

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
130. ÅRGANG · #3 · 2020



NYHET!

Spar tid, penger og ressurser med

ScanOrder

- OrdreApp fra LIC Scadenta

Scann og bestill

- raskt og enkelt

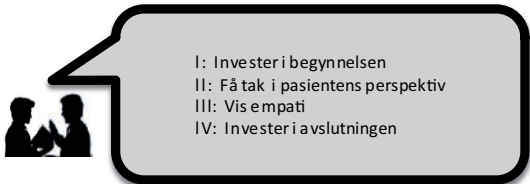
Les mer på www.licscadenta.no



LIC
SCADENTA

205–304

Den opprinnelige modellen «Fire Gode Vaner for Legebesøk»



- I: Invester i begynnelsen
- II: Få tak i pasientens perspektiv
- III: Vis empati
- IV: Invester i avslutningen

220

206 Siste nytt først**209** Leder

God idé med livsvitenskap

211 Presidenten har ordet

Vi tannleger og teknologien

212 Vitenskapelige artikler**212** Onur Bülbül, Christie Krockow og Håvard J. Haugen:**Hvilke kjeveortopediske metallkomponenter gir pasientreaksjoner og hvilke reaksjoner er registrert? En oversikt over metall-hypersensitivitet innen kjeveortopedien****220** Jorun Torper, Vibeke Ansteinsson og Tonje Lundebø:**Konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner» tilpasses odontologien. Trenger tannlegene en ekstra vane?****234** OversiktsartikkelKjell Størksen og Paul K. Sæle: **Protetisk behandling av pasienter med leppe-kjeve-ganespalte****244** Aktuelt fag**244** Ana Benetti, Jan van Dijken, Ulla Pallesen, Anne Peutzfeldt, Liselotte Larsen og Stavroula Michou: **En fylling er ikke bare en fylling ... viser en studie hvor Activa Bioactive-Restorative inngår****246** Lise Lund Håheim, Per Nafstad, Per E. Schwarze, Ingar Olsen, Kjersti S. Rønningen og Dag S. Thelle: **Over 10 tannekstraksjoner predikerer dødsfall av hjerneinfarkt i en 12 ½ års norsk oppfølgingsstudie av eldre menn****249** Bivirkningsskjema**254** Aktuelt**254** Hvordan overleve alderdommen?**258** Åpen publisering av all forskning innen 2024: Hva er Plan S?**263** Fra NTF**263** Informasjon om direkteoppgjørsavtalen til NTFs medlemmer**264** Intervju med Eivind Aakenes – leder i Nordmøre tannlegeforening**266** Siste nytt fra Akademikerne**270** Nytt styre i NTF Student**272** Munnhelsedagen 2020**273** NTFs arbeidskurs i protetik**274** Midnattssolsymposiet**277** Retningslinjer for kollegahjelpsordningen**278** Arbeidsliv: Lojalitetsplikt i kontraktsforhold mellom næringsdrivende tannleger**282** Lokalforeningskurs i 2020?**283** Spør advokaten: Sommerjobb som tannlegestudent**284** Hva skjer med tannlegenenes særaldergrense?**286** Snakk om etikk: Allmenntannlegens samarbeid med spesialist**288** Book en jurist**294** Notabene**294** Tilbakeblikk**295** Personalia**298** Nye bøker**302** Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Ja til mer skravling på jobben



Foto: iStockphoto

Gode kollegaer er viktig for å trives på jobben. En støttende kollega kan for eksempel gi deg bedre helse og forholdet mellom nære kollegaer kan ligne på et ekteskap.

– Dessverre finner vi noen steder at småprat ikke blir prioritert, enkelte steder blir de til og med frarådet, eller motarbeidet, sier forsker Antonia Dietmann ved Kingston Business School i England i en pressemelding.

Hun har forsket på hvordan samtaler om trivielle ting som ikke handler om jobb, bygger sterkere bånd mellom kollegaer og gjør at de samarbeider bedre.

– Småprat om familie, hverdagsliv og hobbyer er en enkel måte å skape gode forhold mellom kollegaer, sier Dietmann.

Det er flere ting som «stjeler» tid på kontoret. Blant annet blir møtevirksomhet sett på som den største tidstyven vi har på norske arbeidsplasser – og ett møte skaper gjerne behov for et nytt møte.

Men Antonia Dietmann er ikke bekymret for at all småpraten skal bli en ny tidstyv.

– Vår studie viser at folk ikke bruker mye tid på praten.

– Den varer som regel kort og skjer bare mellom to og fem ganger om dagen. Det er heller andre samtaler om jobberelaterte ting og oppgaver som trengs å gjøres, som tar tid, sier hun.

Forskerne delte 125 medarbeidere i to grupper, der alle ble bedt om å svare på en spørreundersøkelse om forholdet til kollegaene, egne prestasjoner på jobben og hvor enkelt de mener det er å slå av en prat på jobben.

Den første gruppen fikk det forskerne kaller en verktøykasse med oppskrift på småprat og ble bedt om å snakke så mye med kollegaene som mulig over to uker.

Verktøykassen bestod av forslag til samtaletemaer, tips til gode situasjoner der samtaler kan oppstå naturlig, og måter de kunne gi hverandre oppmuntring.

Den andre gruppen fikk ingen instruksjoner om å prate med andre, men ble bedt om å tegne et kart over nettverket sitt på jobben.

Etter to uker ble begge gruppene bedt om å svare på ytterligere spørsmål.

Der rapporterte begge gruppene om forbedringer i forholdet til kollegaene og arbeidsprestasjoner, og de opplevde en større aksept for småprat.

Dietmann mener ledelsen bør gå foran som et godt eksempel.

– Vi trenger alle hjelp og støtte fra andre på jobben. Småprat kan hindre at problemer eskaleres og være basis for fremtidig samarbeid, sier forskeren.

Det er ikke alle kontorer som er bygget for småprat.

I 2018 publiserte Harvard-forskere en studie i tidsskriftet *Philosophical transactions of the royal society B* som viser at de som jobber i åpne kontorlandskap, faktisk snakker mindre sammen enn de som jobber på egne kontorer.

– Det vi kan spekulere i, er om folk faktisk må isolere seg for å klare å være effektiv. Kontorlandskap gjør at folk kanskje ønsker å være litt mer private, og da kommuniserer de heller med e-post i istedenfor å prate med hverandre, sier han til forskning.no.

Referanser

Dietmann A (2019). Chatting at work: The power of a simple social conversation.
Dietmann, A., Lewis, R., Yarker, J., & Zernerova, L. (2020). Carry on chatting: Do social conversations improve workplace relationships, performance, & reduce loneliness? Division of Occupational Psychology Annual Conference, Januar 2020, Stratford-upon-Avon. UK: British Psychological Society.
Dietmann, A., Lewis, R., & Yarker, J. (2019). Social conversations at work: a systematic literature review. Division of Occupational Psychology Annual Conference, Januar 2019, Chester. UK: British Psychological Society.

Kartlegger psykisk helse

Folkhelseinstituttet (FHI) og Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) inviterer 2000 av Trondheims innbyggere til en undersøkelse om psykiske lidelser.

Norge har aldri gjennomført en nasjonal kartlegging av psykiske lidelser. Hvor

mange som rammes, og hvor mange som får den behandlingen de trenger, hviler med andre ord på antagelser.

Nå skal FHI og HUNT (Helseundersøkelsen i Trøndelag) kartlegge omfanget i Trondheim. Undersøkelsen vil danne grunnlag for en nasjonal kartlegging av psykiske lidelser.

Et av de store folkehelse spørsmålene er om omfanget av psykiske lidelser øker. Foreløpige resultater kan tyde på det. I fjor gjorde forskerne samme undersøkelse blant nord-trønderne i HUNT. Resultatene viste høyere forekomst av depressiv lidelse blant nord-trønderne enn det som er funnet i tidligere studier.

– I mange studier har man funnet høyere forekomsttall i byer enn på landet. En del av kartleggingen blir derfor å undersøke om det er forskjell i psykiske lidelser mellom nord-trønderne og trondhjemmere, sier Reneflot.

Fjorårets undersøkelse i Nord-Trøndelag viste at færre nord-trønderne har såkalt spesifikk fobi sammenlignet med voksne i andre land. Spesifikk fobi er sterk frykt for spesifikke objekter eller situasjoner, for eksempel edderkopper eller tordenvær.

– Vi vet ikke hvorfor det er slik. En mulighet kan være at det å vokse opp og bo i mer rurale strøk gjør at en fra barnsben av er vant til å ferdes i naturen. Da kan man bli mer eksponert for småkryp, og sånn sett ha blitt mer robust mot denne fobien. Det blir spennende å se hva vi finner blant innbyggerne i Trondheim, sier Reneflot.

Datainnsamlingen i Trondheim har vakt begeistring internasjonalt.

– I Norge har vi gode helseregistre, for eksempel Norsk pasientregister og Reseptregisteret. Vi vil kople kartleggingen mot slike registre. Da kan vi utforske risikofaktorer, konsekvenser og behandlingsdekning for psykiske lidelser i langt mer detaljert grad enn det som er mulig i internasjonale studier, sier Reneflot.

Hun understreker at disse koplingene vil være anonyme og uidentifiserbare. Dermed er deltageres personvern godt ivarettatt.

– Norge råder over begrensede helseressurser. Svarene fra Trondheim vil bidra til bedre ressursbruk i forebygging og behandling av psykiske lidelser. Både i Trondheim og i Norge, sier Reneflot.

Kjøper lite antibiotika i utlandet



Foto: Vay Images.

Nær 20 000 deltakere i en befolkningsundersøkelse i Tromsø er spurt om hvorvidt de kjøpte antibiotika i utlandet, skriver Dagens Medisin.

Kirsten Gravningen, som er overlege ved Folkehelseinstituttet (FHI) ved avdeling for smittevern og beredskap, forteller at studien som er publisert i tidsskriftet PLOS-One, konkluderer med at veldig få kjøper antibiotika i utlandet.

– Nordmenn har et lavt forbruk av antibiotika. Derfor ønsket vi å se hva som skjer når de reiser til land hvor det er mulig å kjøpe antibiotika fritt over disk, sier Gravningen, som kan opplyse at 3,7 prosent av de reisende hadde kjøpt antibiotika utenlands det siste året, men bare 1,5 prosent kjøpte uten resept.

Av 20 000 voksne deltakere i studien, var det 11 000 som hadde reist, og av disse var det bare 170 personer som hadde kjøpt antibiotika uten resept.

Tyrkia, Thailand og Spania trekkes frem som land hvor det er dårlig kontroll på antibiotikasalget – fordi det er mulig å kjøpe antibiotika uten resept i disse landene. Ifølge studien var det flest antibiotikakjøp i nettopp Tyrkia, Thailand og Spania, og likevel relativt få, sammenlignet med antallet reisende til disse landene.

34,7 prosent av deltakerne i studien hadde besøkt Spania, 5,4 prosent hadde besøkt

Tyrkia og 4 prosent hadde reist til Thailand. Henholdsvis to av fem kjøpte antibiotika uten resept i Thailand, og tre av fem i Tyrkia. Blant dem som reiste til Spania var det færre som kjøpte uten resept, mens mer enn to av tre hadde kjøpt antibiotika med resept.

Gravningen viser til at jo flere reiser man hadde vært på det siste året, desto større var sjansen for at man hadde kjøpt antibiotika i utlandet.

Undersøkelsen viser ikke hva slags antibiotika som var blitt kjøpt.

– Vi har heller ikke spurt hvorfor de kjøpte antibiotika. Det er en svakhet, sier Gravningen.

Kilde: (file:///C:/Users/bi07/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/T1D7CY1Y/journal.pone.0228792.pdf)

Flere folk og færre fisk



Foto: Vay Images.

Det er for lite omega-3 i verden, viser en ny studie, ifølge forskning.no.

Alle vet at det å spise fisk er bra for helsa, da fisk inneholder omega-3. Spesielt er det viktig for små barns utvikling og for å redusere risikoen for kognitiv svikt – problemer med hukommelse og læring.

Nå har forskere sett nærmere på produksjonen og forbruket av omega-3-fettsyrene EPA og DHA, hos folk og i havet.

Ved hjelp av en modell og store mengder data fra blant annet FNs Food and Agriculture Organization har de kommet

fram til at 70 prosent av verdens befolkning ikke får det de trenger av omega-3-fettsyrer.

En av forskerne, Helen Hamilton, ble nylig ferdig med et opphold som postdoktor ved NTNUs program for industriell økologi, og arbeider nå som bærekraftspesialist hos Biomar Global. Hun sier at løsningen er ikke å ta ut mer fisk fra havet. 63 prosent av alle kommersielt utnyttbare fiskebestander er overfisket, og trenger tid for å bygge seg opp. Det gjør det lite sannsynlig at økt fiske kan bidra til å dekke behovet for EPA og DHA. Tilgjengeligheten kan imidlertid økes ved å bruke fiskeavfall eller sideprodukter, ta i bruk nye primærkilder til omega-3-fettsyrer eller endre kosthold for å redusere misforholdet mellom tilbud og etterspørsel.

Folk spiser sjelden hele fisken. Innvoller og hoder inneholder også omega-3-fettsyrer. Fiskefôr og fiskeoljer kan lages av fiskeavfall.

En annen kilde til fettsyrene EPA og DHA er krill. Årlig fangst av krill på verdensbasis er på rundt 300 000 tonn, og det er langt under den anbefalte maksgrensen på 5,6 millioner tonn i året.

Vi kan også redusere gapet mellom tilgang og etterspørsel ved å spise mindre laks og heller mer skjell, ferskvannskarpe og alger.

Forskerne ser at EPA og DHA kan produseres både av naturlige og genetisk modifiserte mikroalger, så vel som av mikrobakterier og planter

– Det finnes ingen enkel løsning for å lukke gapet mellom tilbud og etterspørsel. Ingen av løsningsforslagene våre er lette. Men vi må finne en måte å balansere et sunt kosthold på, for en økende befolkning samtidig som vi beskytter miljøet, sier Hamilton.

Kilde: Helen Hamilton mfl.: Systems approach to quantify the global omega-3 fatty acid cycle. Nature Food, 2020. Doi.org/10.1038/s43016-019-0006-0

TannSpes

TannlegeSpesialistene i Oslo

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

ANNIKA SAHLIN-PLATT
Periodontist

ELISABET HENDERSON
Protetiker

ELSE K. BREIVIK HALS
Oralkirurg, PhD

RAGNAR BJERING
Kjeveortoped, PhD

GAUTE LYGSTAD
Oralkirurg, PhD-kand.

ANDERS VALNES
Kjeve- og ansiktsradiolog

KARL IVER HANVOLD
Oralkirurg, kjevekirurg

med fler



Foto: UIO

CREATE MORE SMILES

Vi tar risikoen

Oppgjør med en gang

Kostnadsfritt samarbeid

Gratis faktura for kunde

Rimelig delbetaling

**Kontakt oss på 21 31 01 51 eller
butikkssupport@resursbank.no**

**FORSIDEILLUSTRASJON**

Elisabeth Moseng

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

Johannessen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson,

Nina J. Wang, Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Jon E. Dahl, Anders Godberg, Malin Jonsson,

Kristin S. Klock, Anne Rønneberg

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 150,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon Vlls 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: 7100, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media

Grafisk design: 07 Media

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
OPPLAGSKONTROLLERT

God idé med livsvitenskap



Foto: Ketil Wifberg

Nylig arrangerte Universitetet i Oslo (UiO) sin femte Life Science-konferanse. Den skulle peke fremover, og inn i det nye tiåret, med spørsmål om hva som er visjonene for akademia, sykehussektoren og industrien.

UiO satser på livsvitenskap for å løse samfunnsutfordringer innen helse og miljø. Innen livsvitenskapen studerer forskere oppbygging, struktur og funksjon. Slik får vi ny innsikt som blant annet gir bedre metoder for å diagnostisere, forebygge og behandle sykdommer, heter det.

Livsvitenskap gir oss økt forståelse av hva liv er og hva aldring og sykdom er, heter det videre. Det er også en plattform for ny næring for Norge, og omstilling til en grønnere økonomi med nye arbeidsplasser, produkter og tjenester som kommer samfunnet til gode, spesielt innen helsesektoren, sies det.

Odontologisk fakultet er med på satsingen, og var også vertskap, sammen med det medisinske, for seansen *Hvordan overleve alderdommen?*, en kveld under Life Science-konferansen.

Sammen med forskere fra odontologi og medisin, litteraturvitere og filosofer dukket blant annet tidligere kinodirektør, og nå blant annet blogger, Ingeborg Moræus Hanssen opp. Hun lurte på hvorfor det ikke er noen eldre i regjeringen. Poenget hennes er at de eldre er en ressurs, på lik linje med de yngre. Å glemme å ta med den ene gruppen når det skal regjeres er like dumt som å glemme å ta med den andre. Og de eldre er altså glemt, i en tid der balanse mellom kjønn, etnisk bakgrunn, tro og tilhørighet står på agendaen. Ung kraft heies frem, og det skulle bare mangle. Men de kloke avgjørelsene finner ikke sted før eldre mennesker også sitter rundt bordet, sammen med den unge kraften. Verden blir bedre hvis klokskap og erfaring møter ungt mot og energi, der mennesker samles. I respekt og toleranse.

De eldre må melde seg på selv, være interesserte, relevante og aktive i samtalen om hva som skjer i dag – og ikke i gamle dager eller under annen verdenskrig. De eldre må være glad i ungdommen på ordentlig, og følge med i tiden, tidsånden og livet her og nå, sa Hanssen til sin egen aldersgruppe, og ble, for meg, den mest interessante innlederen denne kvelden. Vi trenger dette perspektivet, som sier noe om at den ideelle møteplassen er der jeg finner meg selv igjen, i den andres interesse for meg. Det går selvsagt alle veier. Det er ikke bare de unge som er interessante.

Vi trenger naturligvis både medisin og odontologi. Samtidig er det mye grunnleggende menneskelig som disse fagene ikke gir svar på. De er ikke egnet til de store spørsmålene som eksistens, vitsen ved det hele, og fellesskapsfølelsen. Kanskje dette med livsvitenskap er en veldig god idé. En vitenskap som tar opp i seg både medisin, humaniora og samfunnsvitenskap. Med mere.

Jeg tenkte på det da jeg leste psykiater Finn Skårderuds etterlysning av sjelen i A-magasinet den 28. februar. Han sier at det blir problematisk når den medisinske fornuften parrer seg med markedets logikk, og møtes i velmente ord som produksjon, prestasjon, innovasjon, effektivitet, målstyring, rettigheter, leveranser og dokumentasjon. Verktøyene er skjemaer, nasjonale retningslinjer og standardiserte rutiner. Hvordan får en sjel og pakkeforløp til å gå opp? Vil ikke pålagte manualer og angsten for jusen krympe profesjonshodene? Kanskje pålegg om rutiner gjør de dårligste litt bedre. Det hjelper lite, når de dyktigste blir dårligere.

Flere tanker på én gang dette her. Og slik er vel livsvitenskapen. Og livet. Kanskje det henger sammen, for noen.

Ellen Beate Dyvi,
Ansvarlig redaktør



CEREC Primemill

Excellence made easy.

Den nye CEREC Primemill er din døråpner til overlegen chairside behandling. Foruten å være vår raskeste freseenhet noensinne er den svært brukervennlig samtidig som den er kompatibel med et bredt utvalg materialer.

Kontakt Vivian Heiaas på telefon 97 65 02 06 eller vivian.heiaas@dentsplysirona.com

Les mer på: dentsplysirona.com/cerecprimemill

Vi tannleger og teknologien

Hvordan blir fremtidens arbeidsliv? Hvordan skal kunstig og menneskelig intelligens virke best mulig sammen? Hvilke muligheter og begrensinger gir teknologiutviklingen i arbeidslivet? Dette var tema på Akademikernes vinterkonferanse 2020.

Akademikerne har gjennomført et prosjekt som ser på hvilke konsekvenser teknologiutvikling og digitalisering vil få for akademikeryrkene fremover. Prosjektet viser at høyt utdannede forventer store endringer i egne arbeidsoppgaver, og at god ledelse og satsing på etter- og videreutdanning vil være avgjørende for at vi skal lykkes med omstillingen.

Akademikere er stort sett teknologioptimister som mener at ny teknologi først og fremst betyr muligheter. Dette gjelder ikke minst for oss tannleger. Teknologiutviklingen har allerede kommet langt i vår sektor, men den altomgripende digitaliseringen vi står ovenfor vil antagelig gi helt nye muligheter.

Så hva har teknologiutvikling og digitalisering å si for oss tannleger og vår arbeidshverdag? Hvilke muligheter og utfordringer vil tannleger møte? Flere ulike digitale teknologier/teknologifelt kan bli særlig viktig for vår yrkesgruppe fremover.

- Kunstig intelligens (AI) som beslutningsstøtte og Big Data er teknologier som vil få stor betydning i fremtiden. AI brukes allerede i dag til diagnostikk. For å lykkes med kunstig intelligens og maskinlæring er man avhengig av store datasett. Big Data er en forutsetning for AI. Man kan også bruke stordata til å gjøre analyser av pasientgrupper. Big Data leder dessuten til en mer objektiv forståelse av fenomener, og har således stor verdi inn mot forskning og utvikling.

- 3D-printing er et teknologifelt som antagelig blir viktig for tannleger framover. Mange benytter allerede teknologien.

- Internet-of-Things (IoT) forventes å kunne bidra til innsamling av data over tid. IoT-teknologi gir mange muligheter. Stadig mer avanserte sensorer forventes å gjøre det enklere å samle data og bidrar til at man får flere datakilder.

- Informasjonsbriller kan bli et nyttig verktøy. Ved hjelp av slike briller kan man få opp relevant informasjon i sanntid og samtidig ha hendene frie til å utføre diverse arbeidsoppgaver.

- Sanntidstranslasjon er den siste teknologien som trekkes frem når det gjelder vår bransje. Dette vil for eksempel kunne forenkle kommunikasjon med pasienter som har begrensede norskkunnskaper.



Foto: Kristin Alnæs

Rapporten, som bygger på intervjuer med akademikere, gir tydelig uttrykk for at vi tannleger er teknologi-optimister som ser mange muligheter med den nye teknologien.

Rapporten, som bygger på intervjuer med akademikere, gir tydelig uttrykk for at vi tannleger er teknologioptimister som ser mange muligheter med den nye teknologien. Den kan lede til effektivisering, bedre behandlingstilbud og bedre tannhelse i befolkningen. Forutsetningen er at man har kunnskap og økonomi til å ta del i utviklingen og utnytte potensialet.

Utviklingen kan også føre til andre endringer, blant annet at en del rutinepregede oppgaver vil bli automatisert. I stor grad vil dette gjelde støtteoppgaver – ikke tannlegens arbeidsoppgaver. Det er vanskelig å automatisere både den manuelle jobben som tannleger utfører, og det menneskelige møtet mellom pasient og behandler. Det er dessuten overveien sannsynlig at teknologi og digitalisering vil skape nye muligheter og nye arbeidsoppgaver.

Digitalisering og stadig mer avansert teknologi vil føre til at fremtidens tannleger trenger mer, og annen, kompetanse for å kunne utnytte teknologien. Samtidig vil ferdigheter som kommunikasjon, samarbeidsevner og emosjonell intelligens, fortsatt være svært viktig for tannleger.

Alle akademikeryrkene har samme utfordring: Teknologiutviklingen øker kompetansekravene. Utdanningssystemet må bidra til at alle morgendagens arbeidstakere og ledere får god teknologiforståelse. Det vil også være behov for etter- og videreutdanning og læring i arbeidslivet. Høyt utdannede bidrar til å utvikle teknologien – men vi vil også i stor grad påvirkes av den. Vi må møte disse utfordringene på en offensiv måte, se muligheter og også forsøke å styre utviklingen. NTF må dessuten ta hensyn til dette ved videre utvikling av foreningen og kurstilbudet vårt.

Teknisk forståelse blir stadig viktigere, men vi må ikke la teknologifokuset ta overhånd. Fremtidens tannhelsetjeneste vil kreve høy innsikt i både «mennesker og maskiner». Dessuten blir det etiske perspektivet svært viktig. Ny teknologi gir nye muligheter. Men det er ikke sikkert at vi skal benytte oss av alle mulighetene – eller at det alltid er til pasientens beste. «Gjør kloke valg» – kampanjen er viktig i dette henseende. «Mer er ikke alltid bedre», slik kampanjen fastslår. Som helsepersonell har vi en viktig oppgave med å følge opp dette fremover.

Jeg sier som lederen av Akademikerne sa på vinterkonferansen. «Vi trenger eksperter på både mennesker og maskiner!»

Camilla Hansen Steinum
President

HOVEDBUDSKAP

- Nikkel er det vanligste kontaktallergen i forbindelse med kjeveortopedisk behandling.
- Allergiske reaksjoner er relativt sjeldne.
- Kliniske symptomer ved allergi kan manifestere seg både ekstra- og intraoralt.
- Andre metallelementer kan også utløse en allergisk reaksjon.
- Det finnes alternativer til konvensjonelle apparaturer dersom pasienten viser allergiske reaksjoner.

FORFATTERE

Onur Bülbül, tannlege. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Christie Krockow, tannlege. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Håvard J. Haugen, professor. Avdeling for biomaterialer, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Håvard J. Haugen, Avdeling for biomaterialer, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo; E- post: h.j.haugen@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Bülbül O, Krockow C, Haugen HJ. Hvilke kjeveortopediske metallkomponenter gir pasientreaksjoner og hvilke reaksjoner er registrert? En oversikt over metall-hypersensitivitet innen kjeveortopedien. Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 212–7

MeSH (norsk): Kjeveortopedi; Allergi; Legeringer, odontologiske; Kontaktdermatitt; Oral slimhinne; Systematisk oversikt, publikasjonstype

Hvilke kjeveortopediske metallkomponenter gir pasientreaksjoner og hvilke reaksjoner er registrert?

En oversikt over metall-hypersensitivitet innen kjeveortopedien

Onur Bülbül, Christie Krockow og Håvard J. Haugen

Kjeveortopedisk behandling innebærer som oftest behandling med apparaturer bestående av metaller og metallegeringer. Studier har vist at lekkasje av metallioner kan føre til allergiske reaksjoner. Målet med denne artikkelen er å gi en oversikt over forekomst av allergi, kliniske tegn og symptomer, hvilke metallioner som er allergifremkallende og behandlingsalternativer. En allergisk reaksjon skyldes en immunrespons, og de kliniske tegn og symptomer kan manifestere seg både intra- og ekstraoralt. Man bør være oppmerksom på at en allergisk pasient kan ha bare ekstraorale symptomer, selv om apparaturene befinner seg intraoralt. Dette skyldes trolig at mukosa og hud har ulike egenskaper. Nikkel forårsaker mest allergiske reaksjoner sammenlignet med andre metaller i kjeveortopedien og kan utgjøre opptil 70 % av noen apparaturer. Til tross for den relativt høye prevalensen av nikkelallergi, er synlige bivirkninger på grunn av metalliske kjeveortopediske apparaturer sjeldne og oppdages hos 0,2 til 0,4 % av pasienter. De fleste allergiske pasienter kan behandles med apparaturer av rustfritt stål. Dersom pasienten fortsatt reagerer, finnes nikkelfrie alternativer. Dette kan imidlertid gi endring av behandlingstid og være lite gunstig i noen kasus.

Det er vanlig for barn og unge å få kjeveortopedisk behandling i Norge. Tall fra 2001 viser at 35 % av barn gjennomgår en slik behandling (1). Kjeveortopediske apparaturer som brackets, buer, nakkebøyler og maxillær ekspansjonsapparatatur består stort sett av rustfritt stål og nikkel-titan (NiTi). Årsrapport 2017 fra bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer viser at noen av de mest rapporterte bivirkningene er reaksjoner mot metaller/legeringer (2). Internasjonale studier viser at allergiske reaksjoner er assosiert med utskillelse av metallioner i forbindelse med en kjeveortopedisk behandling og at det er en hyppig rapportert bivirkning. Et relevant spørsmål er om dette er et klinisk problem. Temaet ble tatt opp i en artikkel i NTFs Tidende i 2004 (3), og vi ønsket å gi en nyere oversikt over forekomst av allergi, kliniske tegn og symptomer, hvilke metallioner som er rapportert som allergifremkallende og alternativer for behandling, samt belyse noe ved den biologiske immunresponsen. En stor andel av tilgjengelige artikler om bivirkninger ved kjeveortopedisk behandling omhandler nikkel og dens allergier.

Materiale og metode

Vi har søkt i litteraturløstebasene Pubmed, Google Scholar og Web of Science til denne oversiktsartikkelen. Følgende søkeord ble brukt i forskjellige kombinasjoner; «*orthodontic appliance**», «*orthodontic wires**», «*orthodontic brackets**», «*dental brace*», «*orthodontic brace*», «*orthodontic treatment*», «*orthodontic retainers**», «*hypersensitivity**», «*allergy*». Søkeordene markert med asterisk er MeSH-termer. Søkene resulterte i 1139 artikler. Artiklene som var publisert i tidsrommet 2006–2016 ble inkludert, og dyreforsøk, in vitro-forsøk og de som ikke handlet om metaller i kjeveortopedisk behandling ble eliminert. Artiklene på engelsk, norsk, svensk, dansk, tyrkisk og tysk ble inkludert. Videre ble studier med humane pasienter i alle aldre som har hatt kjeveortopedisk behandling inkludert. Dette resulterte i 414 artikler. Etter eliminering av dubletter, gjestod 118 artikler. De gjestående artiklene ble gjennomgått systematisk av

forfatterne, i forhold til relevans og studiedesign. Vi foretok manuelt søk på to artikler fra 2003 og 2004. Til slutt gjestod 29 kilder. Tabell 1 viser våre inklusjons- og eksklusjonskriterier.»

Resultater og vurdering

Biologiske bivirkninger

Immunsystemet angriper fremmede stoffer som kommer inn i kroppen. Noen ganger kan disse fremmede stoffene stamme fra metaller som er brukt i kjeveortopedisk behandling. For at et metall skal utløse en allergisk reaksjon, må metallioner først reagere med molekyler i kroppen (4). Dette kan føre til en immunrespons som for eksempel allergi. Denne responsen har to faser. En sensitiviseringsfase inntreffer det øyeblikket et allergen trenger inn i kroppen og oppdages. En utløsningsfase forekommer ved re-eksponering til allergenet. Selv om den første eksponeringen ikke nødvendigvis gir symptomer, fører re-eksponeringen til en mer synlig reaksjon (5, 6). Dette gir en forsinket Type IV hypersensitivitetsreaksjon, som er mediert av monocytter og T-celler og er en reaksjon som ofte er assosiert med kontaktdermatitt (7). Likevel kan nikkeleksponering ha en positiv effekt. Fors et al. rapporterte at høye nikkelholdige kjeveortopediske apparaturer før piercing faktisk reduserer risikoen for nikkelsensibilisering med en faktor på 1,5–2. Risikoreduksjonen var, ifølge Fors et al., assosiert med estimert nikkelfrigjøring av apparatur og behandlingslengde, derav kjønn og alder ved piercing og antall piercinger var viktige risikoindikatorer (8).

Diagnose

De kliniske funnene og symptomene ved allergi varierer og kan manifestere seg både intra- og ekstraoralt. Ifølge Kolokitha og Chatzistavrou kan de intraorale tegnene være røde soner, blemmer, ulcerasjoner som kan strekke seg til periorale områder (5). Ekstraoralt kan pasienten få eksem og elveblest på ansikt eller på enda mer perifere hudområder. En studie (9) viser i tillegg at det har blitt observert intraorale reaksjoner som gingivitt, ulcerasjo-

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Populasjon	Intervensjon /eksponering	Sammenligning	Studiedesign
Inklusjonskriterier	Humane pasienter. Pasienter i alle aldre og kjønn.	Kjeveortopedisk behandling.	Ulike behandlingsalternativer.	Kliniske studier. Kasusrapporter. Spørreundersøkelse. Tverrsnitt-studier. Populasjonsstudier. Patch test.
Eksklusjonskriterier	Dyreforsøk. In vitro studier.	Studier som fokuserer på andre komponenter enn metaller.		Ikke-kliniske studier. Reviews.

ner, generalisert brennende følelse, mild ødem på buccal mukosa og ekstraorale reaksjoner som perioral dermatitt, mild hevelse i lepper og diffus urtikaria. Ifølge andre studier (6, 10) er kliniske tegn og symptomer på nikkelallergi brennende følelse, gingival hyperplasi, alvorlig gingivitt i fravær av plakk, labial deskvamasjon, angulær cheilit, erythema multiforme, periodontitt, stomatitt, papuløst perioralt utslett, metallisk smak eller tap av smak, nummenhet eller sårhet på tungerand. En oversikt over disse tegnene og symptomene er samlet i tabell 2.

Studier har vist at pasienter som gjennomgår kjeveortopedisk behandling, kan få allergiske reaksjoner som kun manifesterer seg ekstraoralt uten å vise intraorale symptomer. En kasusrapport (11) beskriver en kvinne som brukte en kjeveortopedisk apparatur bestående av rustfritt stål, «rapid maxillary expansion – RME», i en uke og våknet opp med kraftig kløe i ansiktet og et rødt utslett med små papler på hake, kinn og nakke. Pasienten rapporterte også symptomer i øynene og beskrev disse som lignende på de forårsaket av bjørkepollen. Klinisk undersøkelse samme dag viste papuløst erytem som dekket huden fra kinn til bryst. Hun hadde ingen intraorale objektive eller subjektive symptomer. RME-apparaturen ble fjernet og symptomene forsvant i løpet av 4–5 dager. Et annet kasus (12) dreier seg om en 35 år gammel kvinne som hadde retainer både i underkjeven og overkjeven etter kjeveortopedisk behandling. 13 år senere, etter at hun fødte sitt andre barn, fikk pasienten perioral og periorbital kløende eksem uten noen form for intraorale symptomer. Man byttet ut metall-retainerne med plastskinner og pasienten fikk en forbedring av plagene fire uker etter fjerning. Det ble ingen oppblussing i løpet av de seks følgende månedene.

Ved mistanke om allergi, kan en hudlege utføre en patch-test (10) som er den mest effektive metoden for å bekrefte etiologisk diagnose av kontaktdermatitt (13). Ved patch-testing blir små mengder allergener applisert på huden for en bestemt tid. Resultatene blir vurdert av fagpersonale som graderer pasientens allergiske reaksjon etter intensitet (5).

Før man setter diagnosen metallallergi, bør andre mulige årsaker utelukkes, som candidiasis, herpetisk stomatitt, sår grunnet mekanisk irritasjon og allergier mot andre materialer (10)

Forekomst

Ved kjeveortopedisk behandling bruker man legeringer som kan inneholde metaller som krom, kobolt, nikkel, titan, platina, palladium, kobber, gull, sølv, jern, mangan og molybden (14, 15). Mange støpte metallelementer, inkludert nikkel, palladium, kobolt, gull og krom har potensiale til å indusere uønskede reaksjoner hos hypersensitive pasienter (16). Årsaken til allergiske reaksjoner er relatert

Tabell 2. Intra- og ekstraorale tegn og symptomer

Intraorale	Ekstraorale
Røde soner	Eksem
Blemmer	Urtikaria
Ulcerasjoner	Dermatitt
Gingivitt	Hovne lepper
Brennende følelse	Labial deskvamasjon
Ødem	Angulær cheilit
Gingival hyperplasi	Erythema multiforme
Periodontitt	Papuløst perioralt utslett
Stomatitt	
Endring av smaksopplevelse	
Nummenhet eller sårhet på tungerand	

til korrosjon av metaller. Når kjeveortopedisk apparatur er i kontakt med det orale miljøet, er de utsatte for korrosjon og frigjør metallioner i munnhulen som for eksempel nikkel (6, 17). Kjeveortopediske apparatur er vanligvis laget av rustfritt stål eller nikkel-titan (NiTi) (12). NiTi-legeringer kan ha et nikkelinnhold på mellom 50 % (5, 12, 18) og 70 % (9), mens rustfritt stål inneholder en andel av nikkel på mellom 8 % og 20 % (5, 11, 12, 18–20). Nikkel er inkorporert i majoriteten av legeringene som brukes i kjeveortopedisk behandling for å øke motstand mot korrosjon og forandre mekaniske egenskaper (21).

Nikkel er kjent for å utløse flere allergiske reaksjoner enn alle andre metaller kombinert (15) og anses som den hyppigste årsaken til kontaktdermatitt (5, 11, 15, 22). Naturlig nok, er derfor nikkel omtalt mest i artiklene som er blitt gjennomgått. Forekomsten av nikkelallergi i befolkningen ligger mellom 4,5 % og 28,5 % (5, 13, 20, 22, 23). Nikkelallergi har vist seg å være mer utbredt blant kvinner enn hos menn (8, 9, 20, 22, 24, 25). Ut ifra artiklene som ble vurdert, varierer forekomsten hos kvinner fra 9 % opptil 30 %, mens for menn fra 1 % opptil 6 % (11, 13, 20, 22, 26, 27).

Til tross for den relativt høye prevalensen av nikkelallergi, er synlige bivirkninger på grunn av metalliske kjeveortopedisk apparatur sjeldne, og det oppdages hos 0,2 til 0,4 % av pasienter (28–30). Selv om en pasient har nikkelallergi, betyr det derfor ikke nødvendigvis at han eller hun vil reagere på kjeveortopedisk apparatur som inneholder nikkel. Konsentrasjonen av nikkel som kreves for å utløse en allergisk reaksjon er mye høyere i oral mukosa enn i hud (10).

Krom er også et allergifremkallende metall og er det nest hyppigste metallet som forårsaker kontaktdermatitt (15). Menezes et al. konkluderte i sin artikkel med at det fantes en statistisk signifikant positivt allergisk reaksjon mot krom, mangan og nikkel hos pasientene. Reaksjonene mot nikkel var de mest intense. Videre bekreftet

den i likhet med mange andre studier, at nikkelallergi var mest vanlig hos kvinner, og at majoriteten av de som reagerte på krom var menn (15).

Palladium-baserte legeringer har vært assosiert med stomatitt og orale lichenoid reaksjoner, og palladium-allergi ser ut til å forekomme hovedsakelig hos pasienter som er allergiske mot nikkel (25). En kasus-studie viser en pasient som to uker etter endt kjeveortopedisk behandling fikk kløende utslett og vesikler, forårsaket av et halskjede, som hun tidligere hadde tolerert. Patch-testing av pasienten viste sterk positiv reaksjon til både kobolt og nikkel, også positiv, men mindre reaksjon på palladium (11). Dette viser i tillegg til at det kan være en assosiasjon mellom nikkelallergi og allergi mot andre metaller, og at kjeveortopedisk behandling kan føre til nedsatt toleranse av metaller, hvis behandling utføres før hulltagning i ørene. Likevel viser Fors et al. at høye nikkelholdige kjeveortopediske apparaturer før piercing reduserte risikoen for nikkel sensibilisering.

Behandling

Hvis en pasient likevel reagerer på kjeveortopedisk apparatur, kan en patch-test gjennomføres for å finne årsaken. Den videre behandlingen kan vurderes etter resultatene. Dersom pasienten viser seg å være allergisk mot nikkel, og tegn og symptomer er til stede, anbefaler Noble et al. at nikkel-titan-buene byttes ut med buer laget av rustfritt stål (10). De fleste pasienter som reagerer på nikkel-titan-buer, reagerer ikke på buer av rustfritt stål. Rahilly et al. hevder at dette er sannsynligvis fordi nikkel i rustfritt stål er tett bundet til krystall-gitteret, som forhindrer lekkasje av ioner inn i munnhulen (8), mens andre laboratoriestudier viser liten forskjell mellom nikkel utslipp både fra rustfritt stål og nikkel-titan legering (31, 32). Hvis pasienten fortsetter å reagere, kan en titan-molybdenum-legering, som ikke inneholder noe nikkel, også brukes. Behandling med slike buer kan være et bra alternativ, men kan føre til lengre og flere besøk (10). Andre nikkelfrie alternativer som kan brukes uten risiko er fiber-forsterkede kompositt-buer, rent titan og gullbelagte buer. Modifiserte nikkel-titan-buer er også tilgjengelige som for eksempel resin-belagte buer. Ione-implanterte nikkel-titan-buer er også et alternativ. Ved dette alternativet endres overflaten med nitrogen-ioner slik at titanbuen blir mer resistent mot korrosjon.

Beroende brackets, så finnes det flere nikkelfrie alternativer. Keramiske brackets, brackets laget av polymerer, titan-brackets og gullbelagte brackets kan brukes i behandlingen (6). I en kasusrapport av Kolokitha og Chatzistavrou fikk pasienten keramiske brackets siden pasienten hadde nikkelallergi og hadde ingen tegn på allergisk respons (5).

Skinner kan også være et behandlingsalternativ. Ved mindre kompliserte kasus kan en skinne av typen Invisalign brukes (10). Bruk av Essix-skinne i stedet for tradisjonelle kjeveortopediske apparaturer kan også være en mulighet for allergiske pasienter så vel som for andre pasienter slik der er beskrevet i en kasusrapport av Giancotti et. al der en pasient som var allergisk mot nikkel, ble behandlet med en slik skinne (33).

Samlet diskusjon

De fleste artiklene/studiene som ble gjennomgått, dreide seg hovedsakelig om nikkel. Nikkel er det metallet som fremkaller allergiske reaksjoner hyppigst i befolkningen. Studier viser imidlertid at også andre metaller som palladium, kobolt og mangan kan fremkalle allergiske reaksjoner. Allergiske reaksjoner ved kjeveortopedisk behandling er likevel relativt sjeldne, og studier har vist at de fleste pasienter som man vet er nikkelsensitive, likevel kan behandles med nikkelholdige kjeveortopediske apparaturer uten allergiske reaksjoner (11). Selv om pasienten har metallallergi, er ikke dette nødvendigvis en grunn til å ikke gjennomføre en behandling eller å bytte til andre materialer. Man kan anta at det samme gjelder for andre metaller. Det kan være ulike grunner til at pasienter tolererer metaller i munnen som de vanligvis reagerer på ekstraoralt. Ifølge Ehrnrooth og Kerosuo et al. reduserer saliva sannsynligvis konsentrasjonen av nikkelioner og andre ioner som er frigitt fra apparaturer, og dette kan føre til at terskelen for en reaksjon ikke nås (11, 30).

En patch test for å avdekke eventuell allergi i forkant av kjeveortopedisk behandling kan være til liten nytte, fordi en pasient vil kunne reagere positivt på den ved allergi, men allikevel tolerere metallioner i munnen. Hvis allergi mistenkes eller er kjent, kan kjeveortopedien heller vurdere å sette inn en metallholdig prøve i pasientens munn før behandlingen påbegynnes.

Selv om det kan se ut som at allergi er et relativt lite problem innenfor kjeveortopedien, skal man ikke bagatellisere det. En artikkel fastslår at dersom en pasient er allergisk mot nikkel, så øker risikoen for oralt ubehag under kjeveortopedisk behandling, noe som kan være et hinder for både oral hygiene og behandlingen (13). Kasusstudier viser pasienter som har fått sterke reaksjoner mot metallene i kjeveortopedisk apparatur. For eksempel begynte en pasient å reagere på smykker som hun tidligere hadde tolerert. Dette tyder på at metaller i kjeveortopediske apparaturer kan føre til en sensibilisering av pasienten mot enkelte metaller. Patch-testing i dette tilfellet viste sterk positiv reaksjon til både kobolt og nikkel og en litt mindre positiv reaksjon mot palladium (11). Det ser ut som at det er en sammenheng mellom nikkelallergi og palladium-allergi og at det er potensiale for en kryssallergi (34).

Dersom det viser seg at pasienten reagerer på konvensjonell kjeveortopedisk apparatur, uansett om det er nikkel han eller hun reagerer på eller et annet metall, finnes det andre materialer på markedet som kan brukes. Bruk av andre materialer kan imidlertid føre til økt behandlingstid, og være mest effektive ved mindre behandlingsbehov.

Konklusjon

Nikkel er det metallet som forårsaker flest allergiske reaksjoner. Andre støpte metallelementer har imidlertid også potensiale til å indusere allergiske reaksjoner i kjeveortopedien. Pasienter kan ha kliniske tegn og symptomer både intra- og ekstraoralt. Likevel er synlige bivirkninger på grunn av metalliske kjeveortopedisk apparatur sjeldne og oppdages hos 0,2 til 0,4 % av pasienter. Dersom pasienter reagerer allergisk, finnes flere behandlingsalternativer.

REFERANSER

1. Evjen G, Grytten J, Ramstad T, Ødegaard J, Stenvik A. Malokklusjoner og søknad til folketrygden. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2001; 111: 18–21.
2. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer. Årsrapport 2017. Bergen, 05/2018 Uni Helse / Uni Research AS 2017 s. 16.
3. Jacobsen N, Hensten A. Biomaterialistisk skråblikk på kjeveortopedien. En oversikt over materialrelaterte bivirkninger innen kjeveortopedi. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2004; 114: 623–7.
4. Anusavice KJ, Shen C, Rawls HR. Phillips' Science of Dental Materials. Elsevier Health Sciences; 2013, s. 112–4.
5. Kolokitha OE, Chatzistavrou E. A severe reaction to ni-containing orthodontic appliances. *Angle Orthod*. 2009; 79: 186–92.
6. Rahilly G, Price N. Nickel allergy and orthodontics. *J Orthod*. 2003; 30(2): 171–4.
7. Anusavice KJ, Shen C, Rawls HR. Phillips' science of dental materials. Elsevier Health Sciences; 2013, s. 132.
8. Fors R, Persson M, Bergstrom E, Stenlund H, Stymne B, Stenberg B. Lifestyle and nickel allergy in a Swedish adolescent population: effects of piercing, tattooing and orthodontic appliances. *Acta Derm Venereol*. 2012; 92: 664–8.
9. Volkman KK, Inda MJ, Reichl PG, Zacharisen MC. Adverse reactions to orthodontic appliances in nickel-allergic patients. *Allergy Asthma Proc*. 2007; 28: 480–4.
10. Noble J, Ahing SI, Karaikos NE, Wiltshire WA. Should I be concerned if a patient requiring orthodontic treatment has an allergy to nickel? *J Can Dent Assoc*. 2008; 74: 897–8.
11. Ehrnrooth M, Kerosuo H. Face and neck dermatitis from a stainless steel orthodontic appliance. *Angle Orthod*. 2009; 79: 1194–6.
12. Feilzer AJ, Laeijendecker R, Kleverlaan CJ, van Schendel P, Muris J. Facial eczema because of orthodontic fixed retainer wires. *Contact Dermatitis*. 2008; 59: 118–20.
13. Pazzini CA, Pereira LJ, Carlos RG, de Melo GE, Zampini MA, Marques LS. Nickel: periodontal status and blood parameters in allergic orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2011; 139: 55–9.
14. Anusavice KJ, Shen C, Rawls HR. Phillips' science of dental materials. Elsevier Health Sciences; 2013, s. 404.
15. Menezes LM, Campos LC, Quintao CC, Bolognese AM. Hypersensitivity to metals in orthodontics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004; 126: 58–64.
16. Anusavice KJ, Shen C, Rawls HR. Phillips' science of dental materials. Elsevier Health Sciences; 2013, s. 127.
17. Pantuzo MC, Zenobio EG, de Andrade Marigo H, Zenobio MA. Hypersensitivity to conventional and to nickel-free orthodontic brackets. *Braz Oral Res*. 2007; 21: 298–302.
18. Petoumenou E, Arndt M, Keilig L, Reimann S, Hoederath H, Eliades T, Jager A, Bourauel C. Nickel concentration in the saliva of patients with nickel-titanium orthodontic appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2009; 135: 59–65.
19. Matos de Souza R, Macedo de Menezes L. Nickel, chromium and iron levels in the saliva of patients with simulated fixed orthodontic appliances. *Angle Orthod*. 2008; 78: 345–50.
20. Pazzini CA, Junior GO, Marques LS, Pereira CV, Pereira LJ. Prevalence of nickel allergy and longitudinal evaluation of periodontal abnormalities in orthodontic allergic patients. *Angle Orthod*. 2009; 79: 922–7.
21. Kim H, Johnson JW. Corrosion of stainless steel, nickel-titanium, coated nickel-titanium, and titanium orthodontic wires. *Angle Orthod*. 1999; 69: 39–44.
22. Fors R, Persson M, Bergstrom E, Stenlund H, Stymne B, Stenberg B. Nickel allergy—prevalence in a population of Swedish youths from patch test and questionnaire data. *Contact Dermatitis*. 2008; 58: 80–7.
23. Menezes LM, Quintao CA, Bolognese AM. Urinary excretion levels of nickel in orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007; 131: 635–8.
24. Fors R, Stenberg B, Stenlund H, Persson M. Nickel allergy in relation to piercing and orthodontic appliances—a population study. *Contact Dermatitis*. 2012; 67: 342–50.
25. Muris J, Goossens A, Goncalo M, Bircher AJ, Gimenez-Arnau A, Foti C, Rustemeyer T, Feilzer AJ, Kleverlaan CJ. Sensitization to palladium and nickel in Europe and the relationship with oral disease and dental alloys. *Contact Dermatitis*. 2015; 72: 286–96.
26. Behrents RG. Adverse responses to products or treatments. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2014; 146: 541–3.
27. Petoumeno E, Kislyuk M, Hoederath H, Keilig L, Bourauel C, Jager A. Corrosion susceptibility and nickel release of nickel titanium wires during clinical application. *J Orofac Orthop*. 2008; 69: 411–23.
28. Jacobsen N, Hensten-Pettersen A. Changes in occupational health problems and adverse patient reactions in orthodontics from 1987 to 2000. *Eur J Orthod*. 2003; 25: 591–8.
29. Schuster G, Reichle R, Bauer RR, Schopf PM. Allergies induced by orthodontic alloys: incidence and impact on treatment. *J Orofac Orthop/Fortschritte der Kieferorthopädie*. 2004; 65: 48–59.
30. Kerosuo HM, Dahl JE. Adverse patient reactions during orthodontic treatment with fixed appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007; 132: 789–95.
31. Jia WY, Beatty MW, Reinhardt RA, Petro TM, Cohen DM, Maze CR, Strom EA, Hoffman M. Nickel release from orthodontic arch wires and cellular immune response to various nickel concentrations. *J Biomed Mater Res*. 1999; 48: 488–95.
32. Hussain HD, Ajith SD, Goel P. Nickel release from stainless steel and nickel titanium archwires – An in vitro study. *J Oral Biol Craniofac Res J*. 2016; 6: 213–8.
33. Giancotti A, Mozzicato P, Mampieri G. An alternative technique in the treatment of anterior cross bite in a case of Nickel allergy: a case report. *Eur J Paediatr Dent*. 2011; 12: 60–2.
34. Linauskienė K, Malinauskienė L, Blažienė A. Metals are important contact sensitizers: an experience from Lithuania. *BioMed research international*. 2017; 2017, 3964045.

ENGLISH SUMMARY

Bülbül O, Krockow C, Haugen HJ.

Which orthodontic metal components lead to patient reactions and which reactions are recorded? – An overview of metal hypersensitivity in orthodontics.

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 212–7

Orthodontic treatment normally involves treatment with appliances consisting of metals and metal alloys. Studies have shown that leakage of metal ions can cause allergic reactions. The aim of this article is to give an overview of the incidence of allergy, clinical signs and symptoms, which metal ions that are allergenic and treatment options. An allergic reaction is caused by an immune response. The clinical signs and symptoms may manifest both intra- and extraorally. One should be aware that an allergic patient may have only extraoral symptoms. This is probably because the mucosa and skin have different characteristics. Nickel causes the most allergic reactions compared with other metals in orthodontics and can constitute up to 70 % of some apparatuses. Despite the relatively high prevalence of nickel allergy, visible side effects due to metallic orthodontic appliances are rare and are detected in 0.2 to 0.4 % of patients. Most allergic patients can be treated with appliances of stainless steel. If the patient continues to react, there are nickel-free options. This might prolong treatment time and be unfavorable in some cases.



ENDO-EZE™
MTA FLOW™
Mineral Trioksid Aggregat reparasjonssement



**RETT
KONSISTENS
FOR RETT
PROSEDYRE**



Enkel
applisering gjennom
en 29 ga
NaviTip™-spiss!

Follow us:
 [facebook.com/
ultradentproductsnordics](https://facebook.com/ultradentproductsnordics)
 ultradent.com/eu/blog

ULTRADENT.COM/EU
© 2020 Ultradent Products, Inc. All Rights Reserved.

VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

De fleste av oss spiser brødskeer
eller andre kornprodukter i løpet
av en dag. Bytter du ut fine
kornprodukter med grove,
får du i deg mer næringsstoffer
og holder deg mett lenger.
Det skal ikke så mye til.
Med noen små grep blir
det beste du vet litt
sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**



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

GUM® AccessFloss er en tanntråd med **innebygget tanntrådfører** 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.



Send mail til sigurd.drangsholt@se.sunstar.com for **vareprøver på GUM® AccessFloss**



vare nr:
3200



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

HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®



HOVEDBUDSKAP

- Travle tannleger trenger effektive kommunikasjonsverktøy.
- En odontologisk konsultasjonsmodell, kalt «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk», er blitt utledet fra en anerkjent medisinsk modell og tilpasset tannlegers kliniske hverdag.
- Modellen inneholder brukervennlige og effektive kommunikasjonsverktøy, supplert med verbale eksempler.
- Modellen skal være anvendelig for ulike kategorier av tannleger, konsultasjoner og pasienter.

FORFATTERE

Jorun Torper, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ)

Vibeke Ansteinsson, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ)

Tonje Lundeby, Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling Helse Sør-Øst, Avdeling for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus

Sekundærpublikasjon av: «Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit?» Publisert i European Journal of Dental Education 2019, 1–10.
DOI:10.1111/eje.12421

Korresponderende forfatter: Jorun Torper, TkØ, Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo.
E-post: jorunt@ostfoldfk.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Torper J, Ansteinsson V, Lundeby T. Konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner» tilpasses odontologien. Trenger tannlegene en ekstra vane?

Konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner» tilpasses odontologien. Trenger tannlegene en ekstra vane?

Jorun Torper, Vibeke Ansteinsson og Tonje Lundeby

SAMMENDRAG

Artikkelen presenterer en konsultasjonsmodell for tannleger, i et didaktisk og strukturert format, som gjør den enkel og brukervennlig i en travel klinisk hverdag.

Modellen er videreutviklet fra den medisinske konsultasjonsmodellen «Fire Gode Vaner (The Four Habits Model (4H))» og tilpasset til den spesielle strukturen og innholdet i et tannlegebesøk. Det karakteristiske ved tannlegebesøket er vekslingen mellom samtale og behandling i munnen, noe som gjør verbal kommunikasjon spesielt utfordrende.

Modellen har blitt supplert med en ekstra vane, å fasilitere opplevelse av kontroll (FK), på grunn av den avgjørende betydningen dette har under tannlegebesøk. Vi foreslår derfor å kalle modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (The Four + One Habits Model for Dental Visits (4+1HD))». Den odontologiske modellen består av et strukturelt basis-rammeverk, anvendelig for alle tannlegebesøk, og noen utvidelser som er anvendelige til spesielle formål.

Modellen bør ha klinisk relevans, både med tanke på bedre pasientbehandling og pasientopplevelse, men også fordi den kan lette den kliniske hverdagen for tannleger i ulike kliniske settinger. Den har også vist seg å være et fleksibelt rammeverk for kommunikasjonstrening på alle stadier av tannlegeutdannelsen. Forskning er

nødvendig for å validere og teste modellen, både klinisk og som undervisningsverktøy.

INTRODUKSJON

Den «pasientsentrerte klinisk metoden» ble utviklet på midten av forrige århundre, og har fått stadig større innpass i ulike helseprofesjoner. Metoden innebærer at man ikke bare forholder seg til pasientens sykdom (oppgavefokustert), men også til pasientens opplevelse av sykdommen (pasientsentrert), for å komme fram til en felles forståelse. En slik tilnærming inkluderer pasientens perspektiv, som forventninger, preferanser, symptomer og bekymringer. Medisinsk forskning har vist at bruken av den pasientsentrerte kliniske metoden kan knyttes til bedret diagnostisk kvalitet, pasienttilfredshet, terapeutisk allianse og til reduksjon av frykt og uro (1, 2). Det er også i odontologien stadig mer fokus på pasientsentrert tilnærming i behandler-pasientforholdet (3).

Innen medisin er det opp gjennom årene blitt publisert flere pasientsentrerte konsultasjonsmodeller (2, 4–7). Modellene viser hvordan en konsultasjon kan struktureres, og hvordan behandleren kan veksle mellom ulike ferdigheter, for å bli målrettet og effektiv, samtidig som man ivaretar relasjonen. Slike modeller blir mye brukt i kommunikasjonsundervisningen for leger, og noen steder også for tannleger, siden mange læresteder organiserer fellesundervisning av de to profesjonene under deler av studiet. En slik fellesundervisning av studenter i medisin og odontologi har vært organisert ved Universitetet i Oslo siden slutten av nittitallet. Tannlegestudentene følger den medisinske kommunikasjonsundervisningen i de prekliniske semestrene, for senere å skifte over til separat kommunikasjonstrening når de kommer videre til Det odontologiske fakultet. Overgangen fra fellesundervisning i kommunikasjon i en medisinsk kontekst til trening av kommunikasjonsferdighetene i en odontologisk kontekst medfører noen utfordringer. Det mest utfordrende i denne overgangen har vært mangelen på en didaktisk konsultasjonsmodell som passer inn i tannlegestudentenes og tannlegenes kliniske virkelighet, og som samtidig er i overensstemmelse med det medisinske rammeverket studentene allerede har lært i den prekliniske fellesundervisningen. En modell som bedre speiler tannlegenes kliniske hverdag ville kunne bidra til å styrke studentenes profesjonelle identitet, og dermed motivasjonen deres for å trene kommunikasjonsferdigheter. I arbeidet med å løse denne utfordringen, oppsto ideen om å utlede en odontologisk konsultasjonsmodell basert på samme generiske rammeverk som i fellesundervisningen.

Opprinnelig var fellesundervisningen ved Universitetet i Oslo influert av «Calgary Cambridge-modellen» (5), et omfattende rammeverk for medisinske konsultasjoner. Modellen inneholder et sett

av grunnleggende ferdigheter, og vektlegger hvordan de oppgavefokusterte ferdighetene går hånd i hånd med relasjonsbyggende ferdigheter gjennom hele konsultasjonen. Ferdighetene her er direkte overførbare til odontologi, og de pedagogiske metodene for undervisningen av grunnferdighetene (8) blir fortsatt benyttet innen begge profesjonene. I en odontologisk kontekst vil «oppgavefokusterte» ferdigheter for eksempel sikte mot presis diagnostikk, forsvarlige behandlingsvalg, teknisk kvalitet, og effektive, målrettede konsultasjoner. «Relasjonsbyggende» ferdigheter handler om å skape tillit, få fatt i pasientens problemer, oppfatninger, behov og følelser, og håndtere disse på en god måte.

En annen modell som har vært mye praktisert innen medisin, er «Smith's integrerte modell» (2,4). Smiths modell inneholder, i likhet med Calgary Cambridge-modellen, både oppgavefokusterte og relasjonsbyggende ferdigheter som er overførbare til odontologi. Med sin oppdeling i sekvenser, virket Smiths modell noe tettere opp til en odontologisk hverdag. Allikevel gjenstod det noen grunnleggende ulikheter mellom de to profesjonene som ikke ble reflektert i de foregående modellene. Dette synliggjorde behovet for en modell som var mer tilpasset odontologisk virkelighet, for å styrke studentenes profesjonelle identifikasjon, og dermed motivasjonen for å trene.

Et legebesøk består vanligvis av én sammenhengende samtale, mens tannlegene veksler mellom samtalefaser og kliniske faser, der pasienten er forhindret fra å delta i samtalen. En annen ulikhet mellom de to profesjonene er at legen ofte utforsker psykososiale aspekter mer aktivt, for å kunne tilby en mer helhetlig behandling av pasientens problem. Selv om tannlegene også inkluderer psykososiale aspekter, kan man hevde at det gjennomsnittlige tannlegebesøket består av mer klinisk behandling. Det er derfor avgjørende at en modifisert odontologisk modell er fleksibel nok til å inkludere både psykososiale aspekter og de mer kliniske «hands-on» oppgavene som utgjør tannlegenes kliniske hverdag, slik at den blir anvendelig for flest mulig klinikere, konsultasjoner og pasienter.

«The Four Habits Approach (4H)» (6,7) ble introdusert i fellesundervisningen med medisin ved Universitetet i Oslo i 2006. Denne modellen ble vurdert til å ligge tettere opp mot behovene til en travel praktiserende tannlege enn andre modeller, fordi den fokuserer på effektivitet, men allikevel har en pasientsentrert tilnærming. De fire «vanene» som ble løftet opp i modellen, tilsvarer nøyaktig de ferdighetene som allerede hadde vært ekstra vektlagt i kommunikasjonstreningen av tannlegestudentene. Modellen har et didaktisk og strukturert format, og forutsetter at man mestrer et underliggende sett av kommunikasjonsferdigheter, som alle er funnet å være assosiert med positive utfallsmål. De underliggende ferdighetene samsvarer med de andre konsultasjonsmodellene, men organiseringen

av ferdighetene i en logisk struktur av «vaner» og «vane-komponenter» gjør det enklere å huske dem, trene på dem og praktisere dem i en klinisk hverdag. Denne modellen er derfor mer brukervennlig i det travle hverdagslivet til tannleger og tannlegestudenter enn tidligere modeller. Valget av 4H som utgangspunkt for tilpasningen til odontologi ble etter hvert ytterligere forsterket av at modellen ble validert i flere forskningsprosjekter på ulike medisinske konsultasjoner (7,9–11).

Læring og implementering av kommunikasjonsferdigheter i odontologi er ingen «kvikk fix» (12). Tannlegestudenters og klinikers lære-prioritering kommer ofte i skvis, siden tid til trening på kommunikasjonsferdigheter stadig konkurrerer med trening på tekniske ferdigheter og kliniske fag. I tillegg er det utfordrende å organisere kommunikasjonstrening integrert med den kliniske treningen, og undervisnings-ressursene er ofte for knappe. Til tross for disse utfordringene har undervisning av 4H i medisin vist seg å være gjennomførbar (10,11) og er allerede i gang i stor utstrekning. Siden våre tannlegestudenter allerede kjente 4H fra den prekliniske fellesundervisningen, ville videreføringen av dette generiske rammeverket etter all sannsynlighet bidra til å lette den videre ferdighetstreningen. Alt i alt pekte disse faktorene mot at 4H ville være den beste modellen å tilpasse til odontologi.

Målsetningen med denne artikkelen er å beskrive denne tilpasningen og presentere den odontologiske modellen, som vi har valgt å kalle «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (på engelsk: The Four + One Habits for Dental Visits (4+1HD))».

TILPASNINGEN AV 4H-MODELLEN TIL ODONTOLOGISK KONTEKST

Den medisinske 4H-modellen består av én sammenhengende samtale (figur 1). De opprinnelige fire vanene kan anvendes som overordnet rammeverk også for tannlegebesøk: Fordi pasientene under det meste av tannlegebesøket, i de kliniske fasene, er forhindret fra å

snakke, er det særdeles viktig å investere i de samtalemuligheten man har i starten (vane I) og i avslutningen (vane IV) for å få tak i pasientens perspektiv (vane II). Siden tannbehandling ofte forbindes med smerte eller uro, er det også spesielt viktig å vise empati (vane III).

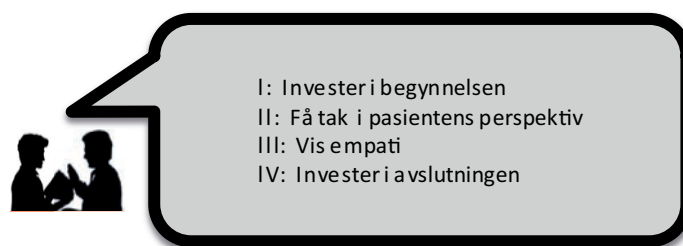
Men fordi tannlegebesøkene stadig veksler mellom samtalefaser og kliniske faser (figur 2), er det foreslått noen strukturelle tilpasninger av modellen for at den skal fungere optimalt: Hver av de separate samtalefasene under et tannlegebesøk har sine bestemte temaer og oppgaver å løse, før man kan gå videre med det kliniske. For å gjøre disse separate samtalefasene mer strukturerte og effektive, har vanene også blitt implementert innenfor hver av dem. Med denne strukturen sikrer man at mest mulig blir avklart mens pasienten har mulighet til å uttrykke seg verbalt.

Den tilpassede odontologiske modellen (4+1HD) består av en basis-kjerne av tre ordinære samtalefaser og to kliniske faser (figur 2), som er anvendelige i alle typer kliniske konsultasjoner. Denne basis-kjernen er supplert med tre utvidelser (stiplede snakkebobler i Figur 2) for å dekke andre temaer som ofte er aktuelle og trenger å samtales om i et tannlegebesøk.

I vestlige land føler cirka 20–30 % av voksne pasienter grader av frykt i forbindelse med tannlegebesøk, og cirka 4–5 % lider av odontofobi (13,14). Kartlegging og håndtering av disse pasientene bør være en integrert del av klinisk praksis. Studier fra allmennpraksis har vist at det å rutinemessig identifisere og kartlegge uro og frykt/fobi har positiv innvirkning på engstelige pasienter, men allikevel er det bare et fåtall tannleger som praktiserer dette rutinemessig (15–18). Systematisk kartlegging av frykt og uro har derfor blitt inkludert i den odontologiske konsultasjonsmodellen. Dette temaet er implementert som en ekstra komponent under vane II (få tak i pasientens perspektiv) og utgjør en utvidelse av den pre-kliniske samtalen som finner sted når en pasient er ny på klinikken (figur 2).

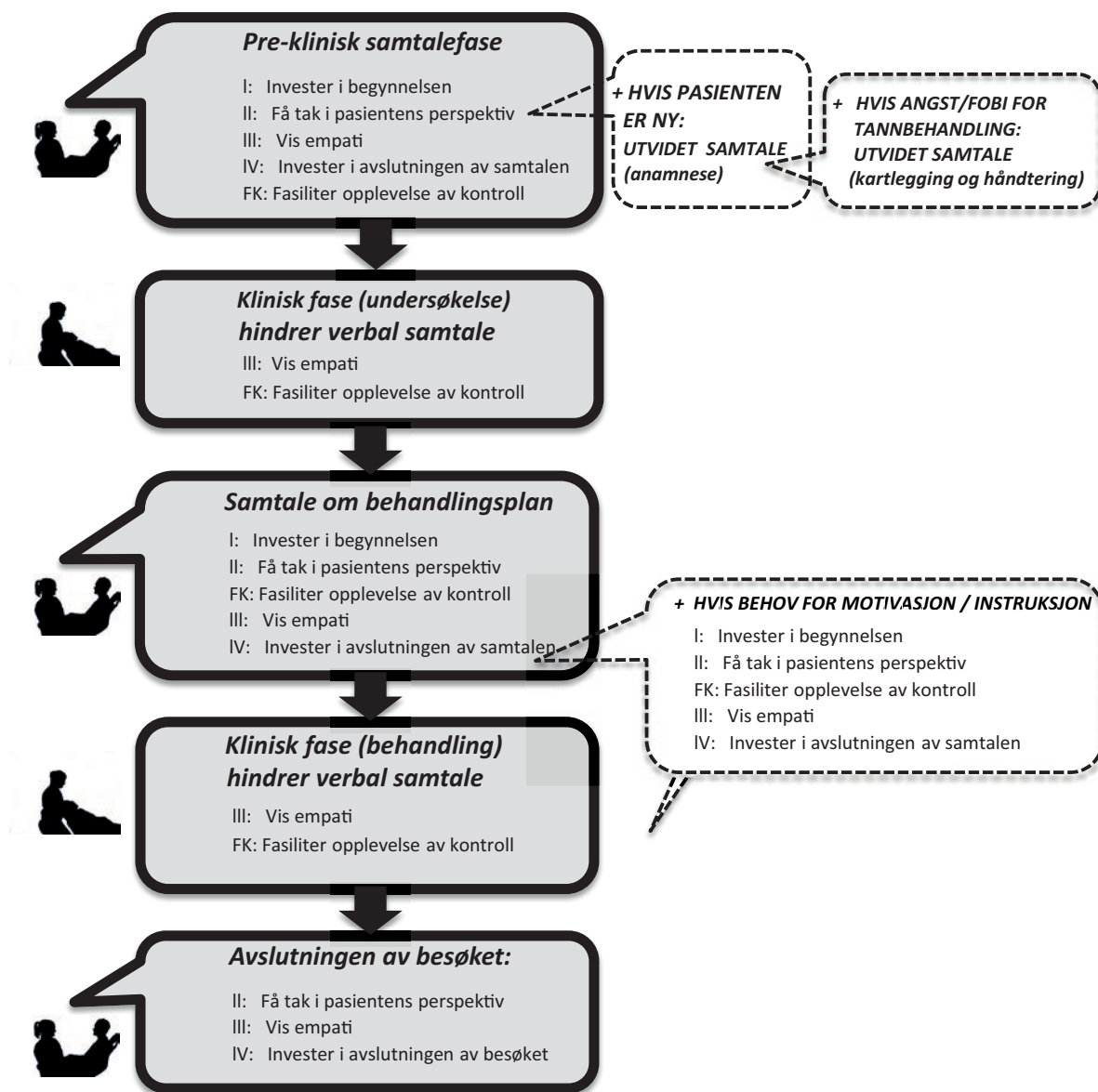
Til forskjell fra et legebesøk inneholder tannlegebesøket vanligvis klinisk behandling, som kan være forbundet med ubehag eller

Den opprinnelige modellen «Fire Gode Vaner for Legebesøk»



Figur 1. Den opprinnelige modellen «Fire Gode Vaner for Legebesøk (4H)». Legebesøket er symbolisert med en sammenhengende snakkeboble.

Modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (4+1HD)»



Figur 2. Modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (4+1HD)». Tannlegebesøket er oppdelt i flere samtalefaser (snakkebobler), avbrutt av kliniske faser. Kjernefasene som alltid finner sted (kortvarige eller lengre), er gråfarget med tykke kanter. Sporadiske samtalefaser (som finner sted bare når de er relevante), er symbolisert med stiplede snakkebobler.

smerte, og hvor pasienten i tillegg er forhindret fra å uttrykke seg verbalt mens behandlingen pågår. Det er derfor viktig å gi pasienten opplevelse av kontroll, noe som har vist seg å være en avgjørende faktor i forebyggelsen av frykt og behandlingsrelaterte problemer (14,19–22). En ekstra vane, å legge til rette for (fasilitere) opplevelse av kontroll (FK), har derfor blitt føyet til i modellen.

DEN TILPASSEDE ODONTOLOGISKE MODELLEN

Tannlegebesøket er presentert i tabellform (tabell 1) med kronologisk inndeling i faser. Tabellen inneholder vanene, deres underliggende vane-komponenter og ferdigheter, supplert med verbale eksempler. Tabellen er inndelt i seksjoner som er plassert i tilknytning til teksten, slik at ferdighetene og eksemplene kan leses etter hvert som fasene beskrives der.

Den pre-kliniske samtalefasen

Den pre-kliniske samtalefasen kan være kort eller langvarig, avhengig av hva slags problem pasienten kommer med og hvor mye informasjon som må utveksles for å løse det. Oppdraget kan variere, fra en enkel reparasjon eller planlagt kontrolltime med en kjent pasient, til konsultasjoner som innebærer mer omfattende kartlegging, for eksempel ved komplekse problemstillinger, eller første møte med nye pasienter. Uavhengig av varighet eller oppdrag, vil de gode vanene være anvendelige som strukturelt rammeverk for denne samtalefasen:

Investert i begynnelsen (vane I)

De første sekundene av besøket er avgjørende for etableringen av relasjon og tillit. Man bør forberede behandlingsrommet og legge til rette for en imøtekommende atmosfære, og bruk av nonverbale ferdigheter er spesielt viktig her. De tre vane-komponentene fra den opprinnelige modellen kan overføres direkte til odontologisk kontekst:

Etabler kontakt raskt

Når man kjenner pasienten, kan den pre-kliniske samtalen ofte være kort og oppgavefokustert. Det kan gå raskt å etablere kontakt og senke pasientens skuldre ved hjelp av en hyggelig kommentar eller ved å referere til tidligere besøk. Når pasienten er ny, kan kontaktetableringen derimot være mer tidkrevende.

Få tak i pasientens hensikt med besøket

Denne komponenten kan ha ulik varighet, avhengig av antallet og kompleksiteten på de problemene pasienten kommer med. Så snart man har fått fram det første problemet og har respondert på dette, spør man pasienten om det er flere ting han ønsker å ta opp.

Planlegg besøket i samråd med pasienten

Etter å ha kartlagt og respondert på alle pasientens problemer og behov, bør tannlegen sette en agenda for besøket, hvor pasientens prioriteringer blir ivarettatt. I de tilfellene hvor tannlege og pasient allerede har avtalt en plan i forkant av besøket, bør man sørge for å få bekreftet at pasienten er innforstått med denne og fortsatt er innstilt på å gjennomføre planen.

Få tak i pasientens perspektiv (vane II)

I den opprinnelige medisinske modellen består vane II av tre hovedkomponenter:

Få tak i hvordan pasienten selv vurderer tilstanden

Pasienter har ofte sine egne ideer om symptomene, årsakene til problemet og hvordan det kan løses. Dette bør man utforske, for å kunne etablere en felles forståelse med pasienten, spesielt hvis man ikke kjenner vedkommende, eller når pasienten ikke har opplevd et lignende problem tidligere.

Få fram betydningen av plagene for pasientens dagligliv og velvære

Noen ganger kan symptomer eller bekymringer påvirke pasientens dagligliv, for eksempel ved kroniske smerter, nedsatt funksjon eller problemer knyttet til utseende og lukt. Denne typen temaer bør kartlegges.

Klargjør pasientens forventninger og spesifikke behov

I den pre-kliniske samtalen handler denne klargjøringen som oftest om forventningene til hva som skal skje i besøket, men den kan også dreie seg om spesifikke behov pasienten trenger å få ivarettatt under besøket. Behov vedrørende de kliniske prosedyrene vil bli beskrevet senere.

Tilleggstemaer når en pasient er ny på klinikken

I den aller første konsultasjonen på en ny tannklinikk utvides den pre-kliniske samtalefasen (figur 2 og tabell-seksjon 1) for å få tak i flere aktuelle temaer av pasientens perspektiv, som relevant medisinsk og odontologisk anamnese. På dette tidspunktet bør det også rutinemessig kartlegges om pasienten har problemer knyttet til tannbehandling, eventuelt uro og frykt. Siden temaet tannbehandlingsfrykt kan vekke følelser som forsvar eller skam hos pasientene, bør dette temaet tas opp på en sensitiv og tillitsvekkende måte, slik at pasienten får muligheten til å utlevere eventuelle utfordringer på sine egne premisser.

Tilleggstemaer hvis det avdekkes uro, frykt eller fobi knyttet til tannbehandling

I de tilfellene en pasient signaliserer uro eller frykt, må denne delen av den pre-kliniske samtalen utvides ytterligere (figur 2 og tabell-seksjon 1), for deretter å diskutere med pasienten hvordan man skal gå videre. Her kan det for eksempel være aktuelt med kliniske tilpasninger som kan hjelpe pasienten å mestre behandlingssituasjonen, eller med andre angst-reduserende tilnærminger (14, 20).

Vis empati (vane III)

I den medisinske modellen består vane III av tre hovedkomponenter: vær åpen for pasientens følelser, gi en empatisk respons, og vis empati også nonverbalt. I den odontologiske versjonen er det viktig å presisere at vane III er inkludert i alle samtalefaser og kliniske fa-

Tabell Seksjon 1. Pre-klinisk samtalefase. Kjernesamtalene som alltid finner sted (kortvarig eller lengre), er farget grå. Sporadiske temaer (som finner sted bare når de er relevante), er ikke farget				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Pre-klinisk samtalefase	Investor i begynnelsen (I)	Etabler kontakt raskt	• Presenter deg for alle i rommet som ikke kjenner deg, og anerkjenn eventuell venting • Sørg for at pasienten får en behagelig, oppreist sitteposisjon. Tilpass øyekontakt, språk og tempo. – «Velkommen, Steffensen, vær så god å sitte ned, – «Takk for at tålmodigheten med at vi ble ti minutter forsinket» • Start gjerne med litt «smalltalk» for å senke skuldre, eventuelt vis kjennskap til pasienten ved å referere til tidligere besøk eller problemer: – «Jeg er spent på hvordan det har gått med deg etter behandlingen vi gjorde forrige måned, – få høre...»	Skape en hyggelig atmosfære, senke pasientens skuldre Få raskere tilgang til viktig informasjon fra pasienten.
		Få fram pasientens hensikt med konsultasjonen	• Start med åpne spørsmål og lyttende ferdigheter: – «Hva kan jeg hjelpe deg med idag?» – «Jeg forstår at du er her pga. tannverk, vær snill å fortelle meg mer om den?» – «OK, du ønsker altså først og fremst få lindret smerten du har på høyre side i underkjeven, – er det noe annet du har lyst til å ta opp i dag?»	Øke diagnostisk nøyaktighet Få tidlig oversikt, og minimere sløsing med tid
		Planlegg konsultasjonen i samråd med pasienten	– «OK, la oss oppsummere: Du trenger å få lindret tannverken på høyre side i underkjeven, men du er også plaget av den brukne fortannen. Jeg er ikke sikker på om vi kan få løst begge problemene innenfor den tiden vi har til rådighet i dag. Hvilken av dem vil du prioritere å komme i gang med først?»	Definere felles mål og rammer for konsultasjonen
	Få tak i pasientens perspektiv (II)	Få tak i hvordan pasienten selv vurderer tilstanden	• Kartlegg pasientens egne vurderinger ved hjelp av åpne, utforskende spørsmål og lyttende ferdigheter: – «Hva tror du selv denne smerten i kjeven kan komme av?» – «Har du prøvd noe tidligere som har vært til hjelp?»	Øke diagnostisk nøyaktighet Få tak i underliggende bekymringer, forventninger og eventuelle naivteorier
		Få fram betydningen av plagene for pasientens dagligliv og velvære	– «Hvordan påvirker dette dagliglivet ditt, f.eks. behovene dine når det gjelder måltider og ernæring?»	Styrke tillit og allianse
		Klargjør pasientens forventninger og spesifikke behov	– «Hva har du tenkt på at jeg kunne gjøre med dette i dag?» – «Er det noe spesielt du vil jeg skal være oppmerksom på i dag?»	Lette behandlings-situasjonen
			Ytterligere temaer og eksempler ved nye pasienter: – «For å sikre deg en trygg og god behandling, trenger jeg å kartlegge noen medisinske spørsmål; OK?» – «For å gjøre behandlingen mest mulig behagelig for deg, er det noe spesielt du ønsker jeg skal ta hensyn til?» – «Er det noe annet jeg kan gjøre som ville lette behandlingssituasjonen for deg?» Ytterligere eksempler hvis det kommer fram at pasienten har frykt eller fobi for tannbehandling – «Det virker som du gruer deg til denne behandlingen; hva er det du opplever mest ubehagelig eller skremmende ved den?» – «La oss snakke litt om hvorfor og hvordan disse reaksjonene trigges, er det OK for deg?» – «For at behandlings-situasjonen skal bli lettere håndterbar for deg, vil jeg gjerne at vi diskuterer hva slags «spilleregler» du vil jeg skal følge, og hvilke mestrings-strategier som kan være nyttige for deg å bruke hvis noe allikevel skulle oppleves som vanskelig» (Teknikkene som er beskrevet i «The Expanded Four Habits Model» (28) kan brukes i denne kartleggingen)	Forebygge medisinske og andre problemer knyttet til behandlingssituasjonen Lette behandlings-situasjonen for begge parter Kartlegge og håndtere frykt og uro Vurdere og bli enige om en optimal tilretteleggelse Forebygge re-traumatisering
	Vis empati (III)	Vær åpen for pasientens følelser	• Vær oppmerksom på hint og nonverbale tegn på følelser, og responder på en kulturelt adekvat måte	Bygge tillit og trygghet
		Gi en empatisk respons ved behov	• Hjelp pasienten med å sette navn på følelsen, og vis anerkjennelse: – «Dette høres vondt ut.» – «Det virker som dette har vært vanskelig for deg...» • F.eks ved stillhet, ansiktsuttrykk, berøring, osv	Bidra til pasient-tilfredshet og allianse
	Investor i avslutningen (IV) av den prekliniske samtalen, og forbered det kliniske	Oppsummer all relevant informasjon, pasientens plager og behov og den avtalte agendaen for resten av konsultasjonen.	– «Slik jeg forstår det, vil du prioritere fortannen i overkjeven i dag, så la oss ta en titt på den først, OK?» – «OK, takk skal du ha for nyttige opplysninger. Da har jeg notert meg at du er allergisk for penicillin, og videre at du trenger å få pauser under behandlingen – «Er det noe mer du vil føye til før vi går i gang med det vi avtalte, å starte med et røntgen-bilde og finne ut hva som kan gjøres med smerten din i dag..?»	Gi forutsigbarhet og opplevelse av trygghet. Bidra til pasient-tilfredshet og allianse
		Inviter til spørsmål før pasienten legges ned i behandlingsposisjon	– «Er det ellers noe mer du lurer på eller trenger, før jeg tar på meg munnbindet og forbereder utstyret?»	Forebygge frykt, stress og andre komplikasjoner under behandlingen
	Fasiliteter opplevelse av kontroll (FK)	Gi forutsigbarhet	– «Er du klar for å heises bakover?»	Lette grensesetting og mestring
		Introduser (eller påminn om) et avtalt stoppsignal	– «Hvis du skulle trenge å stoppe underveis, eller å si meg noe, kan du gi et signal med venstre hånd, slik.»	

Tabell fortsetter

ser (figur 2 og alle tabell-seksjonene). Empatiske ferdigheter er en avgjørende del av den terapeutiske strategien i et tannlegebesøk, ikke minst når man skal utforske og håndtere behandlingsrelatert uro, frykt eller smerte.

Investert i avslutningen (vane IV) av den pre-kliniske samtalen
Uansett om den pre-kliniske samtalen har vært kortvarig eller om den har blitt utvidet, for eksempel i forbindelse med en ny eller engstelig pasient, må alle relevante temaer være avklart og tatt hånd om før man går i gang med det kliniske arbeidet, siden dette forhindrer en videre likeverdig samtale. Vane-komponentene her består hovedsakelig av å oppsummere relevant informasjon, agendaen for besøket som er avtalt, eventuelle behov, og til slutt å invitere pasienten til å komme med spørsmål, før man legger stolen bakover i behandlingsposisjon.

Fasilitert opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Ved overgangen til klinisk fase bør tannlegen alltid huske på at behandling i et intimt og sårbart område kan assosieres med ubehag og smerte. Følelser som frykt og hjelpeløshet kan lett trigges når man ligger i en forsvarsløs posisjon med en tannlege bøyd over seg bakfra og man i tillegg har munnen full av hender og instrumenter, som hindrer verbale muligheter for å uttrykke seg. På dette stadiet i konsultasjonen bør det derfor legges til rette for at pasienten skal oppleve kontroll. Fasilitering av kontroll (FK) bør uttrykkes eksplisitt, og består av to hovedkomponenter:

Forutsigbarhet

Graden av forutsigbarhet bør skreddersys til pasientens kunnskapsnivå, angstnivå og/eller behov for detaljer. De fleste pasientene foretrekker å bare vite overskriftene på prosedyrene som skal utføres, mens andre trenger fortløpende oppdatering på hva som skjer og

hva som kan forventes. Behovet for forutsigbarhet er særlig knyttet til forventet grad av smerte. Hvis man ikke kjenner pasientens behov for forutsigbarhet, er det nyttig med en kort avklaring av dette i forkant.

Muligheten for å avbryte underveis

Pasientene bør rutinemessig oppfordres til å avbryte eller ta pause hvis de skulle trenge det underveis i den kliniske undersøkelsen eller behandlingen. Siden mange pasienter ikke er klar over denne muligheten eller kvier seg for å være til bry, bør alle nye pasienter bli introdusert til et eksplisitt, avtalt nonverbalt stoppsignal.

Den første kliniske fasen, undersøkelsen

Undersøkelsesfasen kan være kort eller langvarig, alt fra et røntgenbilde eller en kort kikk på et konkret problem, til en mer tidkrevende og omfattende undersøkelse. Siden samtale er forhindret mens selve undersøkelsen pågår, bør mest mulig av den verbale diagnostiske kartleggingen være unnagjort i forkant. Det kan allikevel bli nødvendig å stille supplerende spørsmål underveis for å sikre en mest mulig presis diagnose. Ellers, dersom pasienten er tilstrekkelig forberedt og avslappet, kan tannlegens en-veis-kommunikasjon under undersøkelsen begrenses til praktiske instruksjoner og informative kommentarer. I denne fasen er hovedsakelig to av vanene relevante:

Fasilitert opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Som nevnt tidligere, bør graden av forutsigbarhet skreddersys til den enkelte pasientens individuelle preferanser. Hvis de kliniske prosedyrene innebærer ubehag eller smerte, er det særlig viktig å forberede pasienten på dette og oppmuntre til å gi tegn hvis han skulle få behov for å avbryte.

Tabell seksjon 2: Klinisk fase, undersøkelse

Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Klinisk fase undersøkelse	Fasilitert opplevelse av kontroll (FK)	Tilpass graden av forutsigbarhet og kontroll til den enkelte pasients individuelle behov	«Da skal jeg starte med å undersøke tannkjøttet. Vil du at jeg skal informere deg fortløpende om hva jeg eventuelt finner, eller foretrekker du å vente og få en oppsummering når jeg er ferdig?» «Jeg kommer til å føre denne sonden forsiktig rundt hver tann for å måle alvorlighetsgraden av betennelsen..»	Bidra til mestring og samarbeide fra pasienten
	Vis empati (III)	Vær oppmerksom på nonverbale tegn på smerte eller uro Gi en empatisk respons ved behov og oppmuntre til grensesetting	«Jeg ser på skuldrene dine at du spenner deg litt... jeg vet at det kan være ubehagelig akkurat idet man treffer bunnen av lommen....» «husk å gi meg et tegn med venstre hånd hvis det blir for ille, – så skal vi finne ut hva vi kan gjøre med det»	Forebygge frykt, stress og andre komplikasjoner, mer effektiv behandling

Tabell fortsetter

Vis empati (vane III)

Siden undersøkelse i munnen hindrer pasientens mulighet til å uttrykke seg verbalt, bør tannlegen være oppmerksom på nonverbale tegn til smerte eller uro, og respondere empatisk ved behov.

Samtalen om behandlingsplan

Så snart den kliniske undersøkelsen har avdekket eller bekreftet diagnosen(e), starter samtalen om behandlingsplan (på engelsk: «shared decision making»), for å sikre et informert samtykke. Noen ganger kan beslutningen være raskt unnagjort, for eksempel ved enkel reparativ behandling. I tilfeller med flere valg eller mer omfat-

tende behandlingsopplegg, kan denne samtalen være tidkrevende og omstendelig. Også i denne samtalen er de gode vanene nyttige som strukturelt rammeverk:

Investert i begynnelsen (vane I) av samtalen om behandlingsplan
Pasienten bør heises opp i en likeverdig samtaleposisjon og nødvendig informasjonsmaterieell bør være tilgjengelig. Vane-komponentene her består først og fremst av: å informere om diagnosen, relatere den til pasientens bekymringer eller symptomer, og å gi adekvat informasjon. Behandlingsalternativene og begrunnelsen for disse skal presenteres på en forståelig måte, inkludert informa-

Tabell Seksjon 3. Samtale om behandlingsplan.				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Samtale om behandlingsplan	Investert i begynnelsen (I) av samtalen om behandlingsplan	Informert om diagnosen(e) og relaterer den til pasientens bekymringer eller symptomer. Informert om behandlingsalternativene, og hva de innebærer Sjekk pasientens forhånds-kunnskap, og forståelsen underveis i samtalen	• Sørg for en oppreist og god samtaleposisjon og tilpass øyekontakt, språk og tempo: – «Antakelsene dine var riktige; røntgenbildet viser at det er en betennelse på nerven...» – «Vet du hva det innebærer å rotfylle en tann?» – «Er det noe du lurer på angående det jeg har nevnt så langt?...»	Sikre en felles forståelse og enighet Minimere unødvendige ekstra telefoner og konsultasjoner
	Få tak i pasientens perspektiv (II)	Undersøk pasientens egne mål, ideer, forventninger og preferanser. Involvert pasienten i diskusjonen om målsetningen med behandlingen, behandlingsalternativer og hva de innebærer.	– «Hva slags resultat hadde du sett for deg? « – «Etter hva jeg forstår på deg, er det å få hvite og pene fortenner det aller viktigste for deg, stemmer det?» – «Som du ser, er det stor forskjell på disse alternativene, både når det gjelder holdbarhet, pris, og hvor mye tid som går med til behandlingen... -hva er mest viktig av dette for deg?» – «Er det noe mer du trenger å avklare om disse alternativene før du kan ta en avgjørelse?»	Fremme åpenhet og forutsigbarhet, styrke tillit og allianse
	Fasilitert opplevelse av kontroll (FK)	Lytt til pasientens personlige barrierer og behov	– «Jeg skjønner godt at du er skeptisk til å gå gjennom denne tannkjøttbehandlingen, den er jo krevende..»	
	Vis empati (III)	Vær åpen for pasientens følelser og gi en empatisk respons ved behov, også nonverbalt	– «Jeg forstår at dette må være en tøff beskjed å få ... – men nå vi skal samarbeide om å finne en løsning som blir best mulig for deg framover.»	Bygge tillit og trygghet
	Investert i avslutningen (IV) av samtalen om behandlingsplan	Oppsummer den avtalte planen Sjekk pasientens forståelse, og inviter til spørsmål	– «OK, da har vi blitt enige om akuttbehandling av tannen din på venstre side i overkjeven, og gå videre med den restaurerende behandlingen neste gang. – Som du sa, ønsker du bedøvelse ved all behandling, ikke sant?» – «Er det ellers noe du lurer på før vi setter i gang?»	Bidra til pasient-tilfredshet og allianse

Tabell fortsetter

sjon om prosedyrene og implikasjonene av de ulike alternativene. Dette innebærer også å sjekke pasientens egen kunnskap og forståelse underveis.

Få tak i pasientens perspektiv (vane II)

Pasienter kan ha sine egne ideer om behandlingsmetoder og skal derfor involveres i diskusjonen om behandlingalternativene og hva de innebærer. Man bør diskutere pasientens egne mål og forventninger til behandlingen, men også medansvaret for å lykkes med resultatet. Pasientens egne preferanser, krav og mulige begrensninger bør også tas med i diskusjonen.

Fasilitert opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Pasienter er ikke bare bekymret for ubehag og smerte, men mange kan også være urolige med tanke på for eksempel tidsforbruk, estetiske resultater eller økonomiske implikasjoner. Det er derfor viktig å gi pasienten opplevelse av kontroll underveis i forhandlingene om behandlingsplanen.

Vis empati (vane III)

Når man informerer pasienten om diagnosen(e), er det viktig å opptre empatisk, spesielt i de tilfellene hvor man må presentere dårlige nyheter. Det kan også være aktuelt å vise empati når man snakker om pasientenes behov og potensielle begrensninger.

Investert i avslutningen (vane IV) av samtalen om behandlingsplan

Investeringene i avslutningen av denne samtalen består i hovedsak av: å oppsummere og bekrefte beslutninger som er tatt, sjekke at pasienten forstår hva de innebærer og å invitere til spørsmål. Denne samtalen blir som oftest etterfulgt av klinisk behandling.

Motivasjon og instruksjon, hvis det er relevant for behandlingsplanen (er ofte en separat og løsrevet samtale)

I de tilfellene hvor behandlingsresultatet avhenger av pasientens egen innsats og etterlevelse, inkludert endring av tannhelseatferd, blir dette temaet en viktig del av samtalen om behandlingsplanen. Men i de tilfellene man skal i gang med klinisk behandling i samme seanse, blir dette temaet ofte utsatt til etterat behandlingen er overstått, for å sikre bedre oppmerksomhet. Uansett bør pasienten sitte oppreist i en likeverdig samtaleposisjon. I de tilfellene hvor dette temaet tas opp i en atskilt og løsrevet fase, vil de gode vanene være nyttige som rammeverk også for denne samtalen:

Investert i begynnelsen (vane I) av samtalen med motivasjon og instruksjon

Man bør alltid introdusere temaet tannhelsevaner med å spørre pasienten om tillatelse til å snakke om det, og starte med å informere om diagnosen dette temaet er knyttet til.

Få tak i pasientens perspektiv (vane II)

Her bør man utforske pasientens egne oppfatninger, nåværende tannhelsevaner og hvilke mål han/hun selv har for tannhelsen sin. Eventuelle begrensninger og ambivalens må drøftes på en ikke-for-dømmende måte.

Fasilitert opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Siden opplevelse av kontroll er en viktig faktor i motivasjonsprosessen (23), bør man praktisere FK i denne samtalen. Dette kan gjøres både gjennom spørsmålet om tillatelse til å diskutere tannhelsevaner, men også ved å spørre om tillatelse før man setter i gang med instruksjoner og rådgivning, og ellers la pasienten delta i beslutninger og valg.

Vis empati (vane III)

Ettersom utilstrekkelig tannhelseatferd ofte har sammenheng med emosjonelle temaer som skam, avhengighet eller motstand mot endring, er det svært avgjørende at man viser empati og respekt i denne samtalen.

Investert i avslutningen (IV) av samtalen med motivasjon og instruksjon

Samtalen bør avsluttes med en oppsummering og bekreftelse av de tiltakene og målene man har blitt enige om underveis, for deretter å støtte pasienten og invitere til spørsmål.

Klinisk fase, behandling

Siden behandling i munnen gjør det vanskelig å opprettholde en likeverdig samtale, bør alle beslutninger og spørsmål være avklart på forhånd, inkludert pasientens preferanser med hensyn til forutsigbarhet, stoppsignal, smertekontroll og eventuelle andre tilpasninger og hensyn. På denne måten kan tannlegen jobbe mer effektivt og sikre kvaliteten på det kliniske arbeidet ved å begrense en-veis-kommunikasjonen sin til relevante informative kommentarer, praktiske instruksjoner og evt. ros ved god medvirkning fra pasientens side underveis. I denne fasen er det hovedsakelig følgende vaner som er relevante:

Tabell Seksjon 4. Hvis relevant: Motivasjon og instruksjon. Motivasjon og instruksjon gjøres bare hvis det er relevant, ofte i en separat samtalefase.				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
TILLEGGSFASE HVIS BEHOV: Samtale med motivasjon og instruksjon (Fleksibilitet mht beste tidspunkt for denne samtalen)	Invester i begynnelsen (I) av motiverende samtale	Start med å relatere til diagnosen eller problemet. Be om tillatelse til å diskutere pasientens tannhelseatferd	- Sørg for en oppreist og god samtaleposisjon og tilpass øyekontakt, språk og tempo: «Betennelsen i tannkjøttet ditt henger sammen med bakteriebelegg på tennene. Derfor vil jeg gjerne snakke med deg om hvordan vi kan forebygge dette ved å se på de daglige tannhelse rutinene dine, ... er det OK for deg?»	Øke pasientens forståelse av sitt medansvar for behandlingsresultatet, og for egen tannhelse.
	Få tak i pasientens perspektiv (II)	Kartlegg pasientens egne oppfatninger, målsetninger og nåværende tannhelseatferd.	- Bruk åpne, utforskende spørsmål og aktivt lyttende ferdigheter: «Hva synes du selv om dette?»	Gi opplæring og oppmuntre til forebyggende tannhelseatferd
	Fasilitere opplevelse av kontroll (FK)	Bevisstgjør diskrepans. Diskuter hindringer og ambivalens. Be om tillatelse til å instruere før du gjør det.	«Hva tror du kunne ha hjulpet deg over bøygen så du kunne få prøvd ut dette? ... du kan jo tenke over saken litt og se om det kanskje dukker opp en god ide..» «Skal jeg vise deg hvordan denne mellomroms-børsten brukes?»	
	Vis empati (III)	Vær åpen for pasientens følelser og gi en empatisk respons ved behov, også nonverbalt	«Med tanke på den stressende livssituasjonen du er i, skjønner jeg godt at det kan virke hardt å slutte å røyke..»	Bygge tillit og trygghet Bidra til pasienttilfredshet og allianse
	Invester i avslutningen (IV) av motiverende samtale	Oppsummer realistiske mål for endring, og gi oppmuntring og støtte Inviter til spørsmål	«Etter det vi har snakket om tror jeg en realistisk plan kunne være å bruke mellomroms-børsten to ganger daglig, og da er jeg sikker på at du vil kjenne at det blir mindre ganske snart «Er det noe mer du trenger for å komme i gang?»	Styrke pasientens etterlevelse

Tabell fortsetter

Tabell Seksjon 5. Klinisk behandlingsfase.				
Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Klinisk fase behandling	Fasilitere opplevelse av kontroll (FK)	Tilpass graden av forutsigbarhet og kontroll til den enkelte pasients individuelle behov	«Det vil ta ca. 50 minutter å rense rotkanalene. Har du lyst til at jeg skal fortelle deg underveis hva jeg gjør, – eller vil du heller foretrekke å slappe av i dine egne tanker mens jeg jobber?»	Bidra til mestring og samarbeide under behandlingen
	Vis empati (III)	Vær oppmerksom på nonverbale tegn på smerte eller uro. Gi en empatisk respons ved behov, og oppmuntre til grensetting	«Det ser ut som du begynner å bli sliten.. – det skjønner jeg godt, for vi har holdt på lenge nå. - Husk å gi meg et tegn med venstre hånd hvis det blir for mye for deg, så stopper vi opp og finner ut av hvordan vi kan løse det videre»	Forebygge frykt og stress-reaksjoner, mer effektiv behandling

Tabell fortsetter

Tabell Seksjon 6. Samtale ved avslutningen av besøket.

Fase	Vane	Vane-komponenter	Teknikker og eksempler fra tannlegekonsultasjoner	Målsetning
Samtale ved avslutningen av besøket	Få tak i pasientens perspektiv (II)		• Sørg for en oppreist og god samtaleposisjon og tilpass øyekontakt, språk og tempo til pasienten • I tilfelle behandlingen kan ha vært ubehagelig eller slitsom for pasienten, anerkjenn og sørg for debriefing – «Takk for innsatsen, -jeg håper dette ikke har vært altfor tøft for deg?» – «Jeg skjønner godt at du er utmattet; det var en ganske intens seanse... – Er det noe du trenger av oss for å komme litt mer til hektene før du går?»	Gi mulighet for å ventilere og bearbeide eventuelle negative opplevelser
	Vis empati (III)			Forebygge postoperative reaksjoner, f. eks. frykt
	Investert i avslutningen (IV) av besøket	Oppsummer seansen, gi forutsigbarhet på hva som skal skje eller kan forventes videre, og inviter til spørsmål	– «OK, da er vi ferdige med første trinn, å rense ut rotkanalen. Den er nå forseglet med en midlertidig fylling. Hvis du opplever ømhet i tannen etterkant, er det en normal reaksjon, som pleier å gi seg etter et par dager» – «Jeg foreslår at vi setter opp en ny time om to uker, OK?» – «Er det noe du lurer på før du går?» – «Da sees vi om to uker, og hvis det skulle dukke opp problemer i mellomtiden, er det bare å ringe oss»	Bidra til åpenhet, forutsigbarhet og tillit
		Avslutt og forsikre om at man er tilgjengelig hvis behov for videre støtte		Styrke samarbeide og etterlevelse

Fasilitere opplevelse av kontroll (FK) (Ekstra vane i odontologi)

Selv om pasienten har fått tilstrekkelig forutsigbarhet, kan enkelte behandlingsprosedyrer oppleves ubehagelige eller utmattende. Under slike prosedyrer er det ekstra viktig å minne om stoppsignalet. Dette gjelder også når pasienten har fått anestesi. Han bør alltid få muligheten til å avbryte eller ta pause underveis ved behov for det.

Vis empati (vane III)

Under teknisk kompliserte prosedyrer kan det være spesielt utfordrende for tannlegen å holde oppmerksomheten på nonverbale signaler fra pasienten. Ikke desto mindre er det her viktig å sikre at noen følger med, for å kunne respondere empatisk ved behov.

Samtale ved avslutningen av besøket

Uavhengig av innholdet og varigheten på de samtalefasene og kliniske fasene som har funnet sted, skal tannlegebesøket avsluttes med en samtalefase, hvor pasienten sitter oppreist i en likeverdig stilling. Her får man bruk for vane II (få tak i pasientens perspektiv) og vane III (vis empati), i tillegg til vane IV (investert i avslutningen av besøket). Vane IV består i denne fasen hovedsakelig av følgende komponenter:

Debriefing

Ettersom det alltid er en viss mulighet for at pasienten kan ha opplevd behandlingen som smertefull eller utmattende, kan man ved å anerkjenne pasientens innsats og sjekke hvordan han har det, finne åpninger til å respondere empatisk. Slik får man muligheten sammen med pasienten til å finne eventuelle tilpasninger for senere anledninger, og samtidig forsterke tilliten og den terapeutiske alliansen.

Oppsummering

Så snart pasienten er klar for det, er tiden inne for å oppsummere hva som har vært gjort i seansen og bekrefte de beslutningene og avtalene man har blitt enige om.

Gjennomgang av neste skritt og invitere til spørsmål

Til slutt kan man avrunde besøket ved å gi pasienten forutsigbarhet (hva han kan vente seg postoperativt eller hva som skal skje videre) og deretter invitere til å komme med spørsmål. Hvis pasienten trenger hjelpemidler (for eksempel skriftlig materiell), bør han få dette med seg. Før pasienten forlater klinikken, kan man her forsikre om at man vil være tilgjengelig for videre støtte ved behov.

KONKLUDERENDE BEMERKNINGER

Modellen «Fire + En Gode Vaner for Tannlegebesøk (på engelsk: The Four + One Habits Model for Dental Visits (4+1HD))» som er presentert i denne artikkelen, er en videreutviklet versjon av den originale «The Four Habits Model (4H)» (6), som er blitt tilpasset for tannlegebesøk. Modellen har blitt supplert med ekstra vane, å fasilitere opplevelse av kontroll (FK), på grunn av den avgjørende betydningen dette har under tannlegebesøk.

Rammeverket i 4+1HD består av en basis-kjerne, som har til hensikt å gi tannleger nyttige verktøy som er overkommelige å bruke rutinemessig i en travel klinisk hverdag. Siden rammeverket kan utvides, tar modellen også høyde for å kunne brukes til flere oppgaver og problemstillinger, som for eksempel anamneseopptak ved nye pasienter, rutinemessig kartlegging av frykt og andre behandlingsrelaterte problemer, samt motiverende samtaler. Bruken av det samme generiske rammeverket vil kunne lette kontinuiteten av

kommunikasjonstreningen for tannlegestudenter som har lært om 4H i fellesundervisning med legestudentene i sine prekliniske semestre. Erfaringen fra tannlegeundervisningen i Oslo støtter denne antakelsen, men det gjenstår å teste dette empirisk.

Implementering av 4+1 HD i odontologi vil generere flere forskningstemaer vedrørende effektivitet, nytteverdi, gjennomførbarhet og behandlingskvalitet, så vel som grad av tilfredshet og stress hos både pasienten og klinikerens selv. Forsknings-prosjekter på 4H innen medisin peker på modellens gunstige effekt på flere av de nevnte områdene (7,9,10).

Med tanke på risikoen for stressrelaterte sykdommer og utbrenthet blant tannleger og hvordan stressfaktorer er knyttet til pasienthåndtering (24–27), er det verdt å merke seg en norsk studie som blant annet viser at undervisning av leger i bruken av 4H hadde en positiv innvirkning på mestringsstilling og opplevd stress (11).

Tatt i betraktning hvor stor betydning opplevelsen av kontroll har for pasientens angstnivå under tannbehandling (14, 19–22), er det også grunn til å anta at det å praktisere den ekstra vanen FK vil kunne bidra til å øke effektiviteten av den kliniske behandlingen.

Systematisk kartlegging av behandlingsrelatert frykt og uro har også blitt inkludert i modellen, i den utvidede pre-kliniske samtalen som finner sted når en pasient er ny på klinikken. Implementeringen av 4+1HD i tannlegestudentenes kommunikasjonstrening vil dermed kunne bidra til å øke praktiseringen av en slik kartlegging rutinemessig ute i allmennpraksis.

Alt i alt understreker dette betydningen av å forske videre på implementeringen og effekten av 4+1HD i odontologi, for å validere og teste modellen og dens tilleggs-komponenter, både innen undervisning og i tannlegebesøk hos ulike kategorier av klinikere.

REFERANSER

- Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care*. 2007; 45(4): 340–9.
- Fortin AH, Dwanema FC, Frankel RM, Smith RC. Research and Humanistic Rationale for Patient-Centered Interviewing. I: Smith's Patient-centered interviewing: An Evidence-Based Method. 3 utg. Mc Graw- Hill Medical; 2012. s 247–54.
- Nestel D, Betson C. An evaluation of a communication skills workshop for dentists: cultural and clinical relevance of the patient-centred interview. *Br Dent J*. 1999; 187: s 385–8.
- Smith RC. The Patient's Story. Integrated Patient-Doctor Interviewing. Little, Brown and Company; 1996.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 1–3 utg: Radcliffe Medical Press; 1998, 2005 og 2013.
- Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *J Med Pract Manage*. 2001; 16(4): 184–91.
- Stein T, Frankel RM, Krupat E. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study. *Patient Educ Couns*. 2005; 58(1): 4–12.
- Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 1 utg: Radcliffe Publishing LTD; 1998 og 2005.
- Gulbrandsen P, Krupat E, Benth JS, Garratt A, Safran DG, Finset A, et al. «Four Habits» goes abroad: report from a pilot study in Norway. *Patient Educ Couns*. 2008; 72(3): 388–93.
- Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22 153 332). *Patient Educ Couns*. 2011; 84(2): 163–9.
- Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A, Blanch-Hartigan D. Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Educ Couns*. 2013; 91(2): 180–5.
- Lucander H, Knutsson K, Sale H, Jonsson A. «I'll never forget this»: evaluating a pilot workshop in effective communication for dental students. *Journal of Dental Educ*. 2012; 76(10): 1311–6.
- Svensson L, Hakeberg M, Boman UW. Dental anxiety, concomitant factors and change in prevalence over 50 years. *Social Science and Dentistry*. 2016; 33(2): 121–6.
- Raadal M, Skaret S. Background description and epidemiology. I: Ost LG, Skaret E, red. Cognitive Behavior Therapy for Dental Phobia and Anxiety. John Wiley & Sons LTD; 2013. s. 21–31.
- Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian dental journal*. 2013; 58(4): 390–407.
- Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. Reducing patients' state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial. *J Dent Res*. 2002; 81(5): 319–22.
- Hull P, Humphris GM. Anxiety reduction via brief intervention in dentally anxious patients: a randomized controlled trial. *Social Science and Dentistry*. 2010 Dec; 1(2): 108–17.
- Hally J, Freeman R, Yuan S, Humphris GM. The importance of acknowledgement of emotions in routine patient psychological assessment: The example of the dental setting. *Patient Educ Couns*. 2017; 100(11): 2102–5.
- Jerremalm A, Jansson L, Ost LG. Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behav Res Ther*. 1986; 24(5): 587–96.
- Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Psychological stress reduction during dental procedures. *J Dent Res*. 1979; 58(4): 1347–51.
- Deva PA. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical Cosmetic and Investigational Dentistry* 2016; 8 35–50.
- Logan HL, Baron RS, Keeley K, Law A, Stein S. Desired control and felt control as mediators of stress in a dental setting. *Health Psychology*. 1991; 10(5): 352–9.
- Koestner R, Lekes N, Powers TA, Chicoine E. Attaining personal goals: self-concordance plus implementation intentions equals success. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 83(1): 231–44.
- Moore A, Brødsgaard I. Dentists perceived stress in relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29(1): 73–80.
- Brahm CO, Lundgren J, Carlsson Nilsson P, Corbeil J, Hagglin C. Dentists' views on fearful patients Problems and premises. *Swed Dent J*. 2012; 36(2): 79–89.
- Wilson RF, Coward PY, Capewell J, Laidler TL, Rigby AC, Shaw TJ. Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. *Br Dent J*. 1998; 184(10): 499–502.
- Freeman R, Humphris GM. Communication, Stress and Improved Patient Care I: Wilson HF, Brunton PA, red. Communicating in Dental Practice: Stress-Free Dentistry and Improved Patient Care. 1 utg: Quintessence Publishing Co. Ltd; 2006. s. 87–101.
- Lundeby T, Gulbrandsen P, Finset A. The Expanded Four Habits Model-A teachable consultation model for encounters with patients in emotional distress. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(5): 598–603.

ENGLISH SUMMARY

Torper J, Ansteinsson V, Lundebj T.

Original publication:

Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit?

European Journal of Dental Education 2019, 1–10. DOI:10.1111/eje.12421

A consultation model for dentistry is presented, with communication skills in a didactic and structural format, applicable for most types of visits, patients and problems. A characteristic of the dental visit is its division into dialogue phases and clinical phases, which makes verbal exchange especially challenging.

The original Four Habits Model (4H) has been adapted from medicine to the specific structure and content of a dental visit, and a modified model is proposed.

The dental model consists of a structural core framework relevant for all dental consultations, and additional extensions applicable to commonly occurring issues.

Facilitate Perceived Control (FPC) has been added to the model, due to its crucial importance in dental visits, and we suggest naming the model «The Four + One Habits Model for Dental Visits (4+1HD)». The proposed model should have clinical relevance for improving patient care and patient experience, as well as easing the busy everyday life for dentists in a variety of clinical settings. It is also likely to be a flexible framework for communication skills training at all levels of dental education. More research is needed to validate and test the model in various clinical and educational settings.



Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no

Vi er en av de ledende klinikkene i Norge på implantater og implantatprotetikk. Med digital 3D-planlegging godt innarbeidet kan vi sette implantater med høy presisjon. Vi har også et veletablert endodonti team samt protetikkere og kjeveortopeder. Som henviser hos oss er du velkommen til å bli med din pasient på timen for å hospitere. Galleri Oslo Klinikken tilbyr også laserbehandling av nerveskader. Våre spesialister er tilgjengelige for henvisninger innen alle spesialiteter, du kan gjerne henvise elektronisk gjennom helsenett og opus..



Kirurgi:

Shoresh Afnan

HER ID 143227

Mohammad Moafi

HER ID 147594

Wolfgang Feiler

HER ID 143232

Andy Chin Chen

HER ID 143237

Protetikk:

Kåre Jan Attramadal

HER ID 143225

Spesialkompetanse i
implantatprotetikk

Josefine Forsberg

HER ID 148177

Protetiker

Radiologi:

Anders Valnes

HER ID 143236

Endodonti:

Arne Loven

HER ID 143238

Dan Grigorescu

HER ID 143233

Ditt naturlige førstevalg for spesialisttannhelsetjenester.

| implantater | implantatprotetikk | endodonti |
| radiologi | periodonti | oralkirurgi | kjeveortopedi |

HOVEDBUDSKAP

- Pasienter med leppe-kjeve-ganespalte er en heterogen gruppe som følges fra fødsel til voksen alder med individuelle behandlingsbehov
- Det odontologiske behandlingsbehovet varierer mye, men er betydelig større enn hos befolkningen uten spalte
- Alle pasientene gjennomgår et tverrfaglig standardisert behandlingsprogram med taletrening, kirurgi og kjeveortopedi
- Protetiske løsninger er ofte nødvendig for å lage estetiske og funksjonelle tannsett
- Helkeramiske zirconiabroer kan gi gode behandlingsresultater
- Pasientene har egne trygderettigheter
- Protetisk behandling må være godkjent av et av spalteteamene for å utløse trygderettigheter

FORFATTERE

Kjell Størksen, tannlege. Kjevekirurgisk poliklinikk, Haukeland universitetssjukehus

Paul K. Sæle, spesialist i kjeveortopedi. Senter for leppe-, kjeve- og ganespalte, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest og privat praksis

Korresponderende forfatter: Kjell Størksen, Kjevekirurgisk poliklinikk, Haukeland universitetssjukehus, 5021 Bergen. E-post: ksst@haukeland.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Størksen K, Sæle PK. Protetisk behandling av pasienter med leppe-kjeve-ganespalte. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2020; 130: 234–42

MeSH: Ganespalte; Leppespalte; Protetik; Kjeveortopedi;

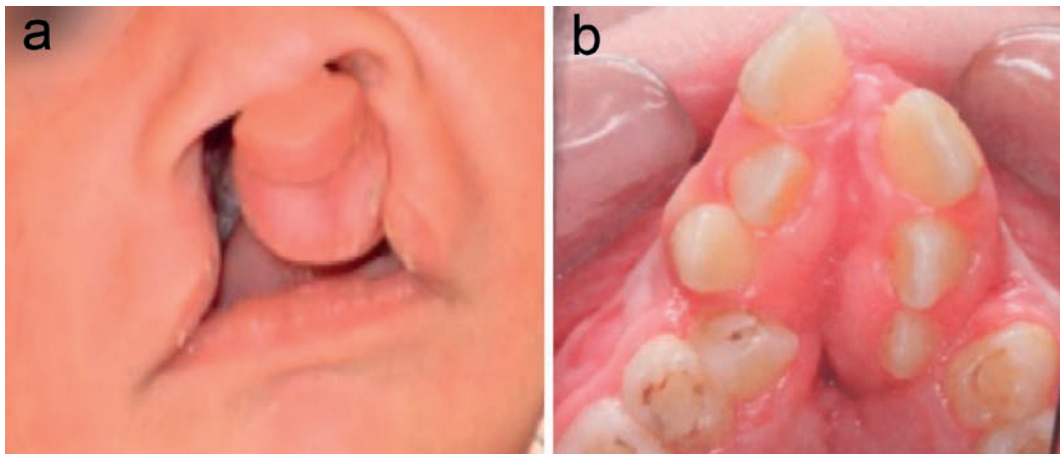
Protetisk behandling av pasienter med leppe-kjeve-ganespalte

Kjell Størksen og Paul K. Sæle

Pasienter med leppe-kjeve-ganespalte må ofte ha protetisk behandling i 18–20 års alder for å korrigere misdannelser i tannform eller for å erstatte manglende tenner i spalteområdet. Den protetiske behandlingen bør skje i nært samarbeid med kjeveortoped. Denne artikkelen gir en oversikt over de vanligste protetiske utfordringene vi har med denne pasientgruppen. Det er spesielle trygderegler for spaltepasienter som det er viktig at utøvende tannleger har kjennskap til.

FAKTABOKS

- Tannleger med autorisasjon står fritt til å utføre behandling hos leppe-, kjeve-, ganespalte (LKG)-pasienter, men implantatforankrede løsninger krever særlig godkjenning
- Dersom pasienter med LKG-spalte skal få trygdeytelser for tannbehandling relatert til spalten er det et krav at den protetiske behandlingen skal være forhåndsgodkjent av et av de to sentrene for LKG-behandling i Norge: Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Vestland fylkeskommune (TkVest/Vestland) (telefon 55 58 65 42 / paul.saele@hfk.no) eller Odontologisk seksjon, Oslo universitetssykehus (telefon 23 07 21 92/93)
- Leppe- ganespalteforeningen. www.lgs.no



Figur 1. Bilateral LKG-spalte før operasjon (a), tannstillingsavvik ved bilateral LKG-spalte før tannregulering (b). Smal overkjeve.

Leppe-, kjeve-, og/eller ganespalte (LKG-spalte) er en av de mest vanlige medfødte misdannelsene i hode-halsregionen på verdensbasis (figur 1). I Norge fødes det omtrent 100–130 barn med en eller annen form for spalte, noe som utgjør omtrent 0,2 % av alle barn som fødes hvert år. Tilstanden LKG-spalte er svært komplisert og krever en tverrfaglig og langvarig behandling fra flere spesialister innen generell medisinsk helsetjeneste og tannhelsetjenesten.

Spalten påvirker en rekke viktige funksjoner, og personer med spalte kan ha problemer med pusten, hørsel, tale og tyggefunksjon,

i tillegg til at det påvirker ansiktets estetikk som kan gi utfordringer for vedkommende sitt selvbylde. Pasienter med ganespalter kan også ha flere helseproblemer (1)

Barn som blir født med leppe-kjeve-ganespalte i Norge går inn i en fast tverrfaglig behandlingsprotokoll som blir styrt ved LKG-senteret enten ved Oslo universitetssykehus (Rikshospitalet) eller ved Haukeland universitetssykehus i Bergen. Behandlingens omfang vil variere mye etter hvor omfattende defekten er. Alle pasientene vil gjennomgå kirurgisk og kjeveortopedisk behandling som kan strekke seg over en tidsperiode fra fødselen og frem til 18–20 års alder.

I tillegg til defekt i kjeven, vil det ofte være agenesier eller misdannede tenner i spalteområdene (2). Pasienter med større spalter vil som regel ha en maxillær retrognati og en smal overkjeve (figur 1, 2). Noen av disse pasientene vil måtte gjennomgå ortognatisk kirurgi for å kunne etablere en tilnærmet normal okklusjon og bedret ansiktsestetikk. Etter all behandlingen i barne- og ungdomsårene vil det ofte være behov for å erstatte manglende tenner og korrigere avvik i tannform. Denne artikkelen vil belyse problemstillinger som er spesielle hos denne pasientgruppen når den endelige protetiske rekonstruksjonen skal gjøres. De som skal gjøre den protetiske behandlingen bør kjenne til dette og en bør ha tanke for at pasientene har en omfattende behandling bak seg. I internasjonale tidsskrifter brukes ofte uttrykket «burden of care». Dette er ofte tilfelle hos pasienter med LKG som har gjennomgått omfattende og tidkrevende behandlinger. Mange pasienter er trett av tannbehandling og er lite motiverte for ytterligere tannjusteringer. Positiv motivering fra hele tannhelseteamet blir viktig.

Vanlige utfordringer ved planleggingen av protetiske erstatninger for LKG-pasienter er oppsummert i tabell 1.



Figur 2. Pasient med underbitt og stort basalt avvik mellom over- og underkjeven.

Tabell 1. Vanlige utfordringer ved planleggingen av protetiske erstatninger for LKG-pasienter

- Underutviklet mellomansikt (maxillær retrognati) underbitt og smal overkjeve
- Hyppigere agenesier i hele tannsettet og spesielt i spalteområdet
- Deformerte tenner i spalteområdet
- Lite benvolum i alveolarkammen i spalteområdet kan gjøre implan-
tatinnsetting vanskelig
- Tendens til frontalt åpent bitt
- Midtlinjeforskyvninger
- Kort og stram overleppe på grunn av arr og grunn sulcus/over-
gangsvoll

Det kliniske bildet kan variere fra defekter i en enkelt tann til store dentale og skeletale avvik. Noe økt kariesaktivitet er også rapportert for pasienter med leppe-kjeve-ganespalte (3)

Agenesier utenom spalteområdet er ikke uvanlig (2). Noen av spaltepasientene kan ha comorbiditet i form av andre fysiske eller psykiske utviklingsforstyrrelser. Litteratur kan beskrive en forekomst av andre fysiske og kognitive avvik i 25 % av tilfeller med LKG (1). Det finnes fortsatt noen få spaltepasienter i Norge som ikke har fått lukket defekten i ganen tilstrekkelig. De er avhengige av en velfungerende obturatorprotese som kan være mer krevende å fremstille, særlig hvis defekten strekker seg helt bak gjennom bløte gane (figur 3 a, b). Disse mer omfattende behandlingene vil ofte bli utført ved LKG-sentrene eller i spesialistklinikker.

I denne artikkelen vil vi belyse de mest vanlige odontologiske utfordringene vi har når pasientene er blitt gamle nok til at den protetiske rehabiliteringen kan gjøres.

Kjeveortopedisk behandling

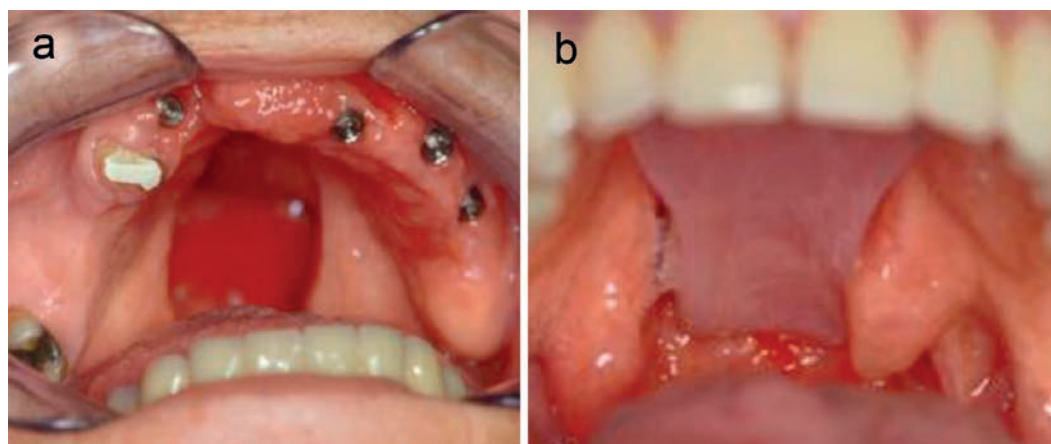
Målet ved enhver kjeveortopedisk behandling er å skape en god stabil okklusjon og normalisert relasjon mellom tannbuene. Pasientene er også best tjent med tannbuer med primært egne tenner, god støtte for leppen og et harmonisk ansikt og pent tannsmil. Faktorer som påvirker behandlingsbehovet er grad av påvirkning fra arv og miljø som gir en varierende grad av behov for kjeveortopedi. Statistikk fra HELFO viser at omtrent 30 % av den norske befolkning mottar kjeveortopedisk behandling i spesialisttannhelsetjenesten. Hos barn med medfødt leppe-kjeve-ganespalte (LKG-spalte) er det nesten 100 % kjeveortopedisk behandlingsbehov etter IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need) index (4).

Den kjeveortopediske behandlingen av pasienter med LKG-spalte kan være omfattende (figur 4, 5), og vil ofte variere som et resultat av spaltens type og størrelse. Det anatomiske avviket og senvirkninger av den kirurgiske justeringen av spalten kommer i tillegg til det barnet arver fra sine foreldre av andre dentale og basale ansiktsavvik.

Det finnes tre hovedtyper av spalter: i) Isolert ganespalte; ii) Isolerte leppespalter; iii) Totalspalter, enten enkeltsidig eller dobbeltsidig.

Alle operasjoner gir arrvev og arrvev hemmer vekst. Pasienter med LKG-spalte gjennomgår sin første operasjon av leppen ved 3–4 måneders alder. Figur 6 viser før og etter leppeoperasjon, og ganen lukkes ved 12 måneders alder.

Når barnet har en spalte som innbefatter kjeven er dagens rutine at denne benspalten lukkes i 7–11 års alder. Figur 7 viser intraoralt røntgenbilde og CBCT-bilde av kjevekammen før og etter bentransplantasjon. I dag er den mest brukte teknikken å hente benmarg/spongiøst ben fra hoftekam til kjevekam. Tidspunkt for operasjon



Figur 3. Pasienten har fått lukket spalten i leppen og kjevekammen. Spalten i ganen er ikke operert og det er kommunikasjon mellom munnhulen og nesen. Store obturatorproteser krever god retensjon. Her er dette løst med en barrkonstruksjon festet til implantater og klips i protesen (a).



Figur 4. Totalspalte med betydelig tannstillingsavvik.

er avhengig av tannfrembrudd og om alle tenner er anlagt eller om det foreligger tannagenesi i spalteområdet. Denne operasjonen lager en sammenhengende kjevekam som gjør det mulig å kjeveortopedisk flytte nabotenner inn i spalteområdet, eller sette inn et implantat i området etter avsluttet vekst.

Barnet med spalte vokser og utvikler seg i perioden med operasjoner i mellomansiktet. Resultatet blir ofte en redusert vekst av maxilla og utvikling av et underbitt og kryssbitt i lateralsegmentet. For å oppheve denne utviklingen blir den kjeveortopediske behandlingen startet tidlig, og dessverre blir den både lang og omfattende (figur 8).

En retrospektiv studie av hele gruppen av pasienter født med LKG-spalte tilhørende den tverrfaglige gruppen i Bergen født mellom 1987 og 2007 er analysert (2). Resultatet viser at 37 % av en gruppe på 989 LKG-pasienter hadde en eller flere agenesier. Studien viste også at dess mer omfattende spalten var, dess høyere var forekomsten av agenesier. Hos pasienter med totalspalter var det mer enn 55 % av gruppen som hadde agenesier (figur 9). En av pasien-

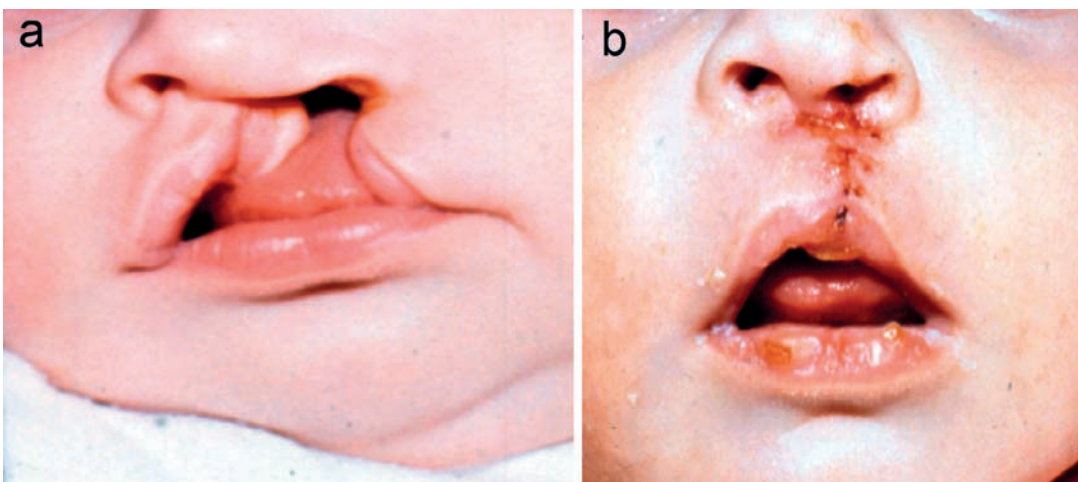


Figur 5. Frembruddsproblem med tann 22 frembrutt i nesen.

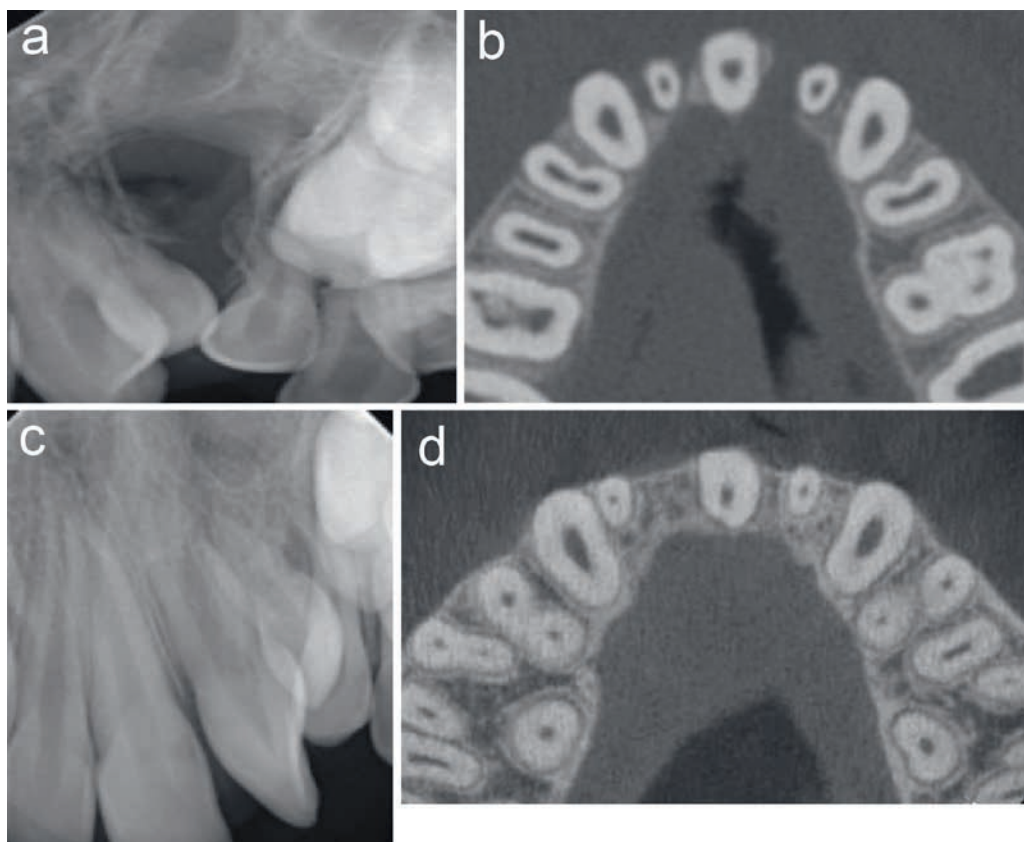
tene hadde 13 manglende permanente tenner. Tall fra den kaukasiske skandinaviske populasjon viser en agenesiforekomst på 6,6 % (5). Antall agenesier vil få konsekvenser for behandlingen og for om kjeveortopedisk behandling kan være tilstrekkelig for å ferdigbehandle pasienter med LKG-spalte kontra populasjonen uten spalte. 7,5 % av de undersøkte pasientene hadde tapptenner som også får innvirkning på tannbehandlingsbehovet.

Protetisk behandling

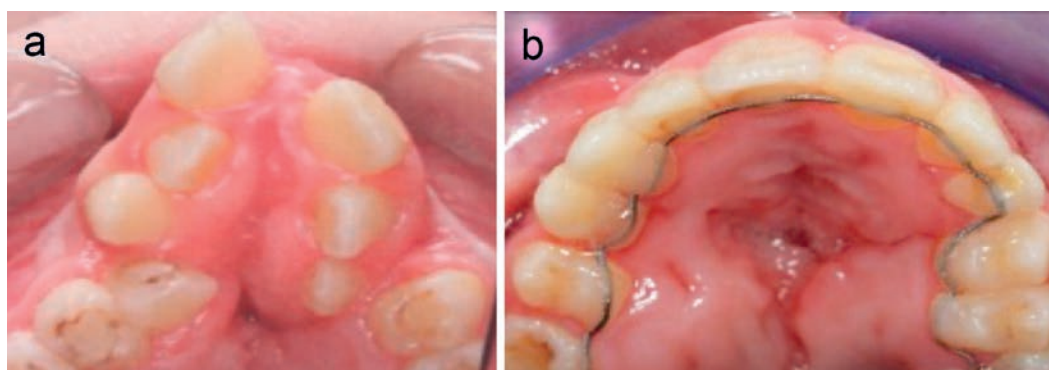
Den tverrfaglige behandlingsprotokollen som LKG-pasienter følger i Norge gjør at det ikke lenger er behov for å lage obturatorproteser



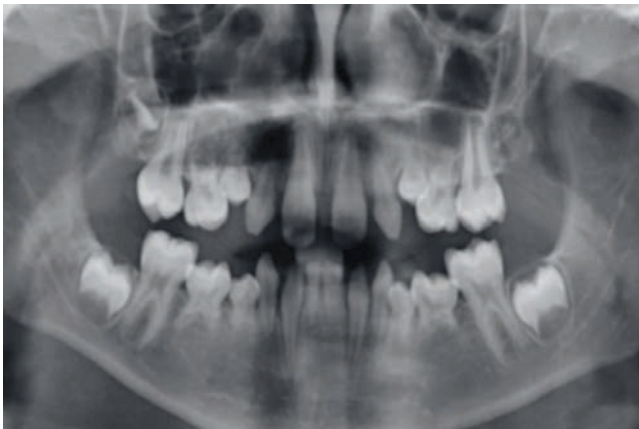
Figur 6. Før (a) og etter leppelukking (b). (Foto: overlege Hallvard Vindenes, Haukeland universitetssjukehus)



Figur 7. Før og etter bentransplantasjon med ben fra hofte til kjevekam. Intraoralt røntgenbilde og CBCT-bilde av kjevekammen før (a, b) og etter bentransplantasjon (c, d). (Foto: Grethe Blindheim, TkVest)



Figur 8. Eksempel på tannstilling før (a) og etter (b) kjeveortopedisk justering av overkjeven.



Figur 9. Eksempel på LKG-pasient med multiple agenesier.

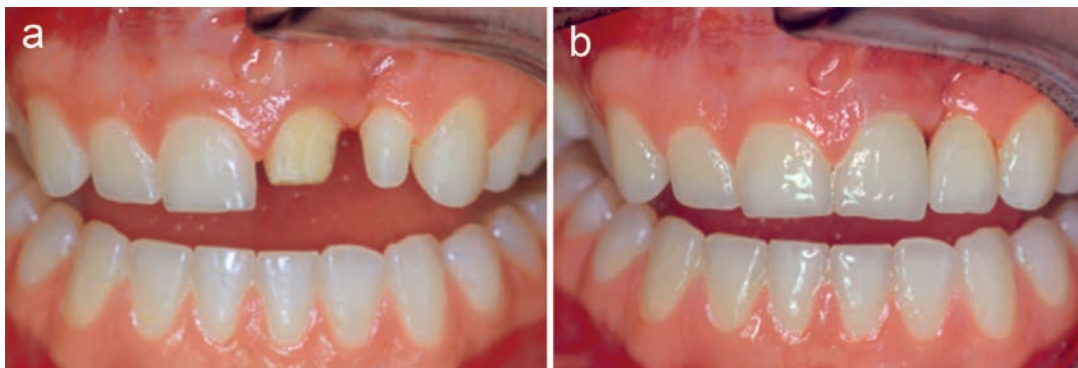
til disse pasientene, og forholdene skal være lagt til rette for den protetiske behandlingen som er nødvendig. Tidlig behandlingsinnsats reduserer også behovet for protetik. I den vitenskapelige litteraturen omkring LKG-spalte og protetisk rehabilitering finner en

mange kasuistikker og lite av systematiserte studier som er relevante i Norge.

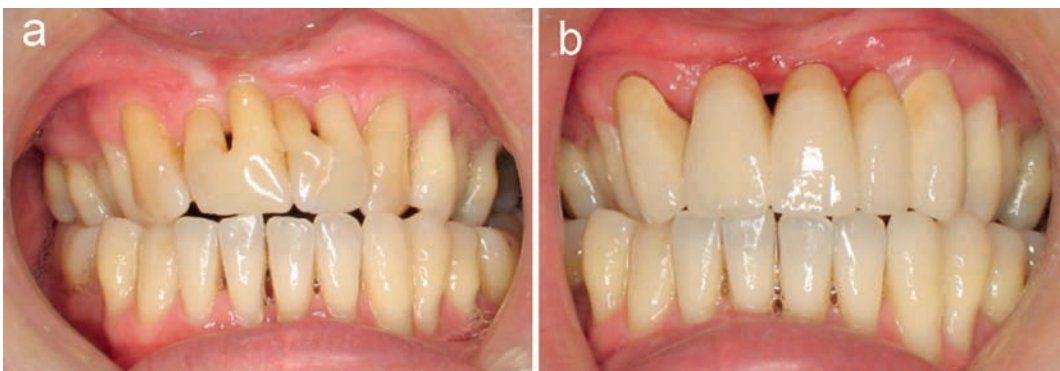
Protetisk behandling skal være basert på henvisning fra et av spalteteamene for å utløse trykderettigheter.

Den protetiske behandlingen kan være så enkel som vist i figur 10 a og b hvor sentralen og lateralen på spaltesiden er vesentlig smalere enn på motstående side. Dette ses relativt ofte (6), og midlertidig løsning vil nesten alltid være en oppbygging i kompositt. En mer varig protetiske løsning kan være en skallfasett. Når hele tannen skal bli bredere og gi mer volum mot bløtvevet kan det være bedre å lage en helkeramisk fullkrone.

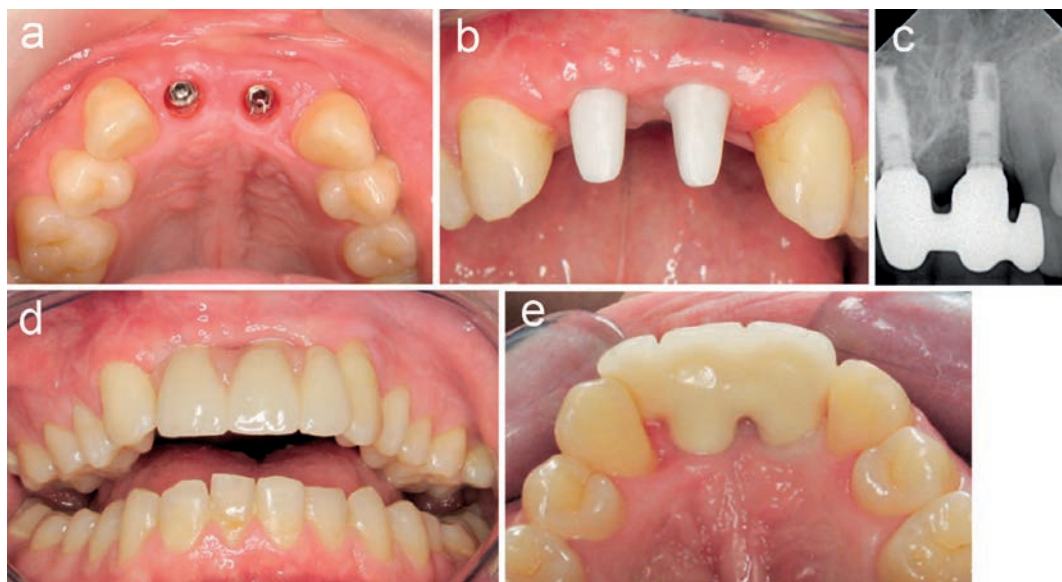
Noen pasienter har flere deformerte tenner i overkjevens front. Dette kan løses med enkelkroner eller med broer. Det er i disse tilfellene viktig å ha fokus på midtlinjen. I figur 11 vises en pasient med fire smale og deformerte tenner. Disse var bygget sammen med kompositt til to store fortenner. Planlegging sammen med tanntekniker viste at midtlinjen kunne gjenopprettes ved å lage en femledds bro fra 13 til 23 etter ekstraksjon av de deformerte tennene.



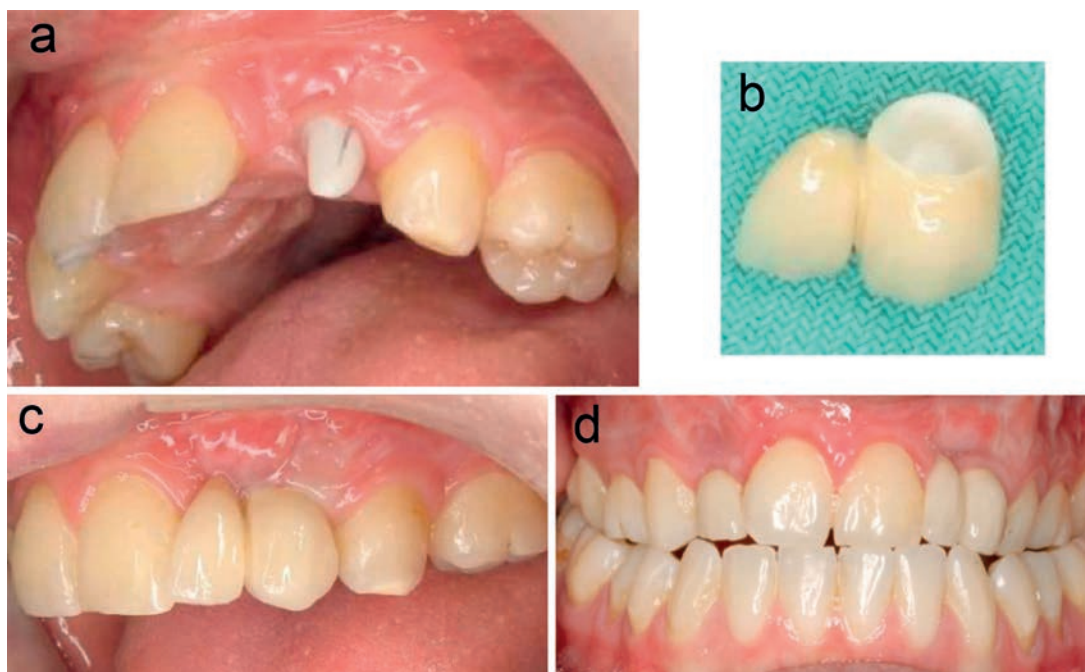
Figur 10. Hypoplastisk tann 21 og tapptann 22 (a) ble bygget ut med to helkeramiske kroner (b).



Figur 11. Tidligere utført behandling med komposittrestaureringer av fire deformerte tenner (a) ble erstattet med en fem-ledds bro fra 13–23 (b). Midtlinjen er nå korrekt og det er oppnådd noe vertikal låsning i front. Bilateralt kryssbitt.



Figur 12. Manglende incisiver løst med en tre-ledds helkeramisk bro på to implantater. For å få en naturlig bredde på kronene er det laget en overlapp mot 23. Midtlinjen stemmer med ansiktets midtlinje.



Figur 13. To-ledds zirconia bro på ett implantat (a). Luken er egentlig for smal for to tannerstatninger, men lateralen legges litt inn på sentralen for å få en naturlig størrelse (b, c). Dermed er den også mer beskyttet ved protrusjon. Ved 6-årskontroll (d).

Hos enkelte spaltepasienter er det vanskelig å få lukket bittet i front og få etablert en god bittfunksjon ved hjelp av kjeveortopedi. Protetisk kan dette løses med en liten vertikal overlapping buccalt mot underkjeven, men tennenes lengde må også avpasses etter lengden på leppen. Ved å låse overkjevens front mot underkjeven

kan dette også motvirke residiv. Leppen kan være kort og arret etter mange operasjoner. Arrdannelsene i overkjevens front gjør at det kan være ekstra smertefullt å få lokalanestesi i dette området. Injisering av anestesi bør derfor være forsiktig og sakte, og gjerne også med overflateanestesi selv på voksne pasienter.



Figur 14. Etter kjeveortopedisk behandling er det oppnådd god intercuspidasjon i sidesegmentene og hjørnetennene er i riktig posisjon. For å oppnå god sagittal relasjon mellom kjevene ble en fortann i underkjeven ekstrahert i forbindelse med den kjeveortopediske behandlingen. Lett hypoplasi på hjørnetennene og betydelige defekter i sentralene. Tann 22 er en liten tapptann som ble ekstrahert. Helkeramisk bro med zirconia kjernemateriale (a, b). Ved fem-års kontroll (c, d).

Hvis det er tilstrekkelig benvolum i overkjevens front (figur 7) kan en benytte implantatretinerte løsninger fremfor å preparere for broer (7, 8). Et eksempel på dette er vist i figur 12 a-e. Målsettingen er som for andre pasienter at en helst vil unngå å preparere friske tenner. Dersom det kan transplanteres tilstrekkelig med ben til spalteområdet vil implantatbehandling være et godt behandlingsalternativ (9, 10). I en del tilfeller vil dette ikke være mulig. For spaltepasienter blir det derfor ofte valgt en tannstøttet broløsning på grunn av vanskelige benforhold for implantatinnssetting og at det er deformerte tenner i spalteområdet som trenger protetisk behandling (11).

Figur 12 og figur 13 viser problemet med å skape tannluker som passer til et naturlig antall tenner. Det vil være kjeveortopediske begrensninger særlig når det gjelder å ekspandere overkjevens tannbue. I noen tilfeller må en bruke protetiske løsninger som det ikke finnes god dokumentasjon for i litteraturen, men som kan fungere godt på de rette indikasjonene. For eksempel kan dette være to-ledds broer på en pilar. Dette kan gjøres både på implantat og på egne tenner. Fortrinnsvise som en mesial ekstensjon for å erstatte en lateral.

Tannstøttede broer kan være aktuelle også når en skal retinere et kjeveortopedisk behandlingsresultat. Dette er særlig viktig hvis en har ekspandert overkjeven eller gjort større tannforflyttinger. Et eksempel på dette er vist i figur 14 hvor en broløsning både korrige-

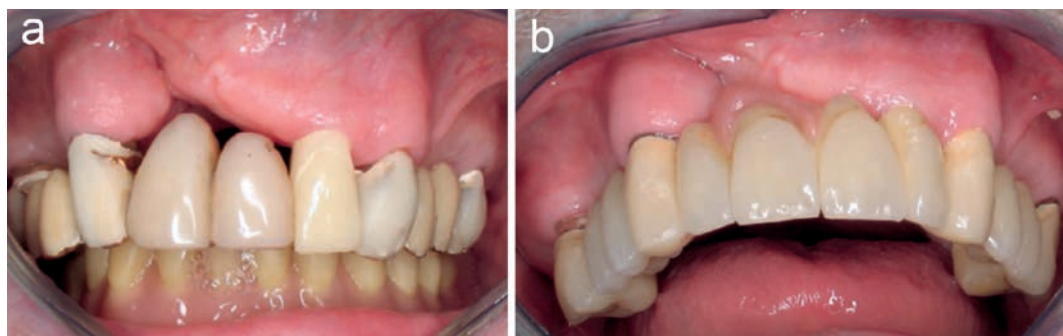
rer misdannede tenner, skaper vertikal overlapping og låsing i tillegg til å opprettholde kjevebredden fra hjørnetann til hjørnetann.

Bildene i denne artikkelen er anonymisert og det er pasientsamtykke til publisering av bilder som er nær i tid.

Diskusjon

Når man behandler pasienter med leppe-kjeve-ganespalte er det viktig å kjenne til de mer spesielle problemstillingene og kravene til protetikken som skal fremstilles. Typiske protetiske vurderinger ved planlegging av behandling av spaltepasienter fremgår av tabell 2. Det mest vanlige er vist i eksemplene i denne artikkelen. Det er avgjørende for sluttresultatet at en allerede i løpet av den kjeveortopediske behandlingen samarbeider for å få til et godt utgangspunkt for den avsluttende protetiske behandlingen.

Pasientene har trygderettigheter etter innslagspunkt 2 i folketrygdens regler for dekning av utgifter til tannbehandling. Problemstilling som er spalterelatert kan dekkes med 100 % refusjon etter offentlig takst. Pasientene kan få gjentagende ytelser når det protetiske arbeidet er utslitt. Ikke alle pasientene eller behandlende tannleger er klar over dette og pasientene går alt for lenge med tannerstatninger som er reparert så mye at ny behandling kan bli vanskelig. Figur 15 viser en bro som har vært i funksjon i over 40 år, men med karies i kantene, reparasjoner og slitasje.



Figur 15. LKG-pasient med en mer enn 40 år gammel bro som var løsnet, slitt og flikket på (a). Ny bro fremstilt (b).

Konklusjon

Pasienter med LKG-spalte har ofte stort og utfordrende behandlingsbehov som krever inter-disiplinært samarbeid mellom flere medisinske spesialiteter. Protetisk behandling av pasienter med LKG-spalte må foregå i tett samarbeid med kjeveortoped. Dette samarbeidet bør begynne i god tid før det protetiske arbeidet skal utføres. Løsningene må tilpasses de høyst ulike forholdene hos de enkelte pasientene og kan kreve ikke-standardiserte tilnærminger.

REFERANSER

- Berg E, Haaland ØA, Feragen KB, Filip C, Vindenes HA, Moster D, Lie RT, Sivertsen Å. Health Status Among Adults Born With an Oral Cleft in Norway. *JAMA Pediatr.* 2016; 170: 1063–70.
- Sæle P, Østhus E, Ådalen S, Nasir EF, Mustafa M. Pattern of clefts and dental anomalies in six-year-old children: a retrospective observational study in western Norway. *Acta Odontol Scand.* 2017; 75: 100–5.
- Worth V, Perry R, Ireland T, Wills AK, Sandy J, Ness A. Are people with an orofacial cleft at a higher risk of dental caries? A systematic review and meta-analysis. *Br Dent J.* 2017; 223: 37–47.
- Brook PH, Shaw WC. The development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod.* 1989; 11: 309–20.
- Aasheim B, Øgaard B. Hypodontia in 9-year-old Norwegians related to need of orthodontic treatment. *Scand J Dent Res.* 1993; 101: 257–60.
- Ruiz LA, Maya RR, D'Alpino PH, Atta MT, da Rocha Svizero N. prevalence of enamel defects in permanent teeth of patients with complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2013; 50: 394–9.
- Borgnat F, Martin P, Paulus C [Implant-borne prosthetic rehabilitation in patients with cleft lip and palate: A retrospective study on 43 patients]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2015; 116: 229–34.
- Wermker K, Jung S, Joos U, Kleinheinz J. Dental implants in cleft lip, alveolus, and palate patients: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014; 29: 384–90.
- Landes CA, Bündgen L, Laudemann K, Ghanaati S, Sader R. Patient satisfaction after prosthetic rehabilitation of bone-grafted alveolar clefts with nonsubmerged ITI Straumann dental implants loaded at three months. *Cleft Palate Craniofac J.* 2012; 49: 601–8.
- de Barros Ferreira S Jr, Esper LA, Sbrana MC, Ribeiro IW, de Almeida AL. Survival of dental implants in the cleft area—a retrospective study. *Cleft Palate Craniofac J.* 2010; 47: 586–9.
- Krieger O, Matulienė G, Hüsler J, Salvi GE, Pjetursson B, Brägger U. Failures and complications in patients with birth defects restored with fixed dental prostheses and single crowns on teeth and/or implants. *Clin Oral Implants Res.* 2009; 2: 809–16.

Tabell 2. Protetiske vurderinger ved behandling av spaltepasienter

- Er det behov for å «låse» over midtlinjen for å bevare det kjeve-ortopediske resultatet?
- Er det behov for vertikal overlapping mot underkjeven for å stabilisere overkjevens posisjon?
- Er midtlinjen korrekt eller kan den korrigeres protetisk?
- Vurdere antall tenner og tannstørrelse for å lukke tannluker og skape en naturlig tannrekke
- Hvilken protetisk løsning er mulig?

ENGLISH SUMMARY

Størksen, K, Sæle PK

Interdisciplinary treatment of patient born with cleft lip and palate, with focus on prosthodontic and orthodontic treatment

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 234–42

Patients with cleft lip and palate (CLP) will in most cases need prosthetic treatment at the age of 18–20 years in order to correct malformed teeth or to replace missing teeth in the cleft area. The prosthetic treatment is performed preferably in close cooperation

with an orthodontist. This paper provides an overview of the most common prosthetic challenges we face when treating this group of patients. In Norway patients with CLP have public funding for their dental treatment.

Kjøp KaVo ESTETICA E50 med helt nytt og fantastisk mykt stoltrekk.

Kjøp innen 31. mai og få valgfri instrumentpakke på kjøpet.

Les mer her: www.dentalnet.no/e50

Velg mellom:

Pakke 1

- EXPERTmatic E680 L
- EXPERTmatic E20 L

Pakke 2

- EXPERTmatic E20 L
- EXPERTmatic E25 L



Valgfritt tillegg:
Unik fonteneskål
fra Kosta Boda

dental sør
OPPLEV 1.KLASSE

KAVO  **Kerr**

En fylling er ikke bare en fylling viser en studie hvor Activa Bioactive-Restorative inngår

Ana Benetti, Jan van Dijken, Ulla Pallesen,
Anne Peutzfeldt, Liselotte Larsen og Stavroula Michou

Det går bra med de fleste tannfyllinger som blir lagt i dag, men en fylling er ikke bare en fylling viser undersøkelser utført ved Københavns Universitet i samarbeid med Universitetet i Umeå.

En klinisk studie (1), der materialet Activa Bioactive-Restorative fra det amerikanske firmaet Pulpdent ble utprøvd uten bruk av adhesiv på voksne pasienter, viste en helt uakseptabel feilfrekvens i løpet av det første året. Dette er langt høyere enn det som normalt ses ved velprøvde plastfyllingsmaterialer. Etter 1 år var 24,1% av fyllingene med Activa Bioactive-Restorative lagt om, mens kun 2,5 % av kontrollfyllingene var skiftet.

Årsakene til feilslag var løsnet fylling, symptomer fra tennene og karies. Som følge av den uakseptable høye feilfrekvensen etter 1 år er studien blitt stoppet og en advarsel sendt til nordiske tannleger via deres fagtidsskrifter (2,3,4).

En forklaring på hvorfor feilfrekvensen er så høy kom fra en laboratoriestudie (5), som løp parallelt med den kliniske utprøvingen, der det ble undersøkt både binding til tenner, materialets adaptasjon og grad av tett kontakt til tannoverflater. I denne undersøkelsen løsnet en del av Activa Bioactive-Restorative når det ikke var anvendt adhesiv eller hvis tannflatene ikke ble forbehandlet med fosforsyre. Resultatene bekreftet at Activa Bioactive-Restorative

ve ikke kan binde til tannen av seg selv, som ellers er hevdet av produsenten. Men det ble oppnådd en akseptabel bindingsstyrke og tett kontakt med tennene når det ble anvendt en adhesiv sammen med materialet.

Pulpdent har senere endret materialets bruksanvisning og anbefaler nå at det brukes en adhesiv. Hvorvidt det vil bedre fyllingenes holdbarhet og om de potensielle bioaktive egenskaper hos Activa Bioactive-Restorative vil fungere sammen med en adhesiv – og dermed uten direkte kontakt med tannsubstansen – er fortsatt uavklart.

REFERANSER

1. van Dijken JWV, Pallesen U, Benetti A. A randomized controlled evaluation of posterior resin restorations of an altered resin modified glass-ionomer cement with claimed bioactivity. *Dent Mater.* 2019; 35: 335–43
2. <https://tandlaegebladet.dk/advarsel-alt-daarlig-klinisk-holdbarhed-af-fyldningsmateriale>
3. <https://www.tannlegetidende.no/i/2019/1/d2e2426>
4. <https://www.tandlakartidningen.se/arkivet/nyhet/debatt-dalig-hallbarhet-hos-testat-fyllningsmaterial/>
5. Benetti AR, Michou S, Larsen L, Peutzfeldt A, Pallesen U, van Dijken JWV. Adhesion and marginal adaptation of a claimed bioactive, restorative material. *Biomater Investig Dent.* 2019; 6: 90-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6964780/>

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 erfaringsgrunnlaget i 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.

WHITE DENTAL BEAUTY

PROFESSIONAL
COMPO *Site* **TE**
SYSTEM

DIN HØYESTETISKE HVERDAGSKOMPOSITT



ACCREDITED BY
STYLEITALIANO
SHADE GUIDES

Norsk Orthoform  ETABL. 1930
Depot as

90 ÅR
1930-2020

Telefon 22 76 01 40 - bestilling@norskorthoform.no - www.norskorthoform.no

Over 10 tannekstraksjoner predikerer dødsfall av hjerneinfarkt i en 12 ½ års norsk oppfølgingsstudie av eldre menn

Lise Lund Håheim, Per Nafstad, Per E. Schwarze,
Ingar Olsen, Kjersti S. Rønningen og Dag S. Thelle

Hjerneslag er en alvorlig sykdom som medfører varierende grad av funksjonsnedsettelse og er en ikke uvanlig dødsårsak særlig blant eldre. Det er en sykdom i blodårene i hjernen som kan være et infarkt eller en blødning. Infarkt kan være forårsaket av emboli fra andre sykdommer i hjerte- og karsystemet eller innsnevring av årene på grunn av aterosklerose/åreforkalkning. Vi har studert om tannekstraksjoner kan være relatert til slag som dødsårsak (1). Mange tannekstraksjoner er knyttet til infeksjoner på grunn av periodontitt og pulpitt selv om noen ekstraksjoner for traumer og tannregulering i ungdommen inngår i totalen i våre data. Studien setter fokus på mulig relasjon mellom orale infeksjoner og sykdom i hjerte- og karsystemet. I vår studie av menn i 2000, Oslo II-studien, sammenliknet vi antall tannekstraksjoner og flere andre helsefaktorer blant 6 530 menn. Vi fikk informasjon om årsakspesifikk død fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

I Oslo II-studien fant vi en økt risiko for hjerneinfarkt ved mer enn 10 tannekstraksjoner med en hasard rate på 2,92 med 95 % konfidensintervall 1.24–6.89. Dette resultatet var uavhengig av andre kjente risikofaktorer som HDL-kolesterol, jevnt ukentlig drikkemønster av alkohol (4–7 ganger) og diabetes. I vår studie fant vi at prediktorer for hjerneblødning var alder, C-reaktivt protein, og kroppsmasseindeks – BMI (inverst). Alder og total kolesterol var prediktorer når diagnosen var uspesifikk.

Mennene i studien hadde tidligere deltatt i Oslo-undersøkelsen 1972/73 og var bosatt i Oslo (30 000 inviterte). Ved 21-års oppfølging av første gangs forekomst (insidens) av slag hadde vi ikke informasjon om oral helse (2). Informasjon om insidens var innhentet ved journalgjennomgang på sykehus og dødsårsaker fra SSB. Resultatene den gang viste at forhøyet systolisk blodtrykk prediker-

te subarachnoidal blødning og diastolisk blodtrykk og daglig røyking predikerte hjerneblødning. Prediktorer for hjerneinfarkt var alder, total serum kolesterol, serum glukose, høyde (inverst), systolisk og diastolisk blodtrykk og daglig røyking. For slag uten spesifikk diagnose var alder, diastolisk blodtrykk og daglig røyking prediktorer.

Hjerneslag viser seg i vår og andre studier å ha en multifaktoriell bakgrunn. Ved sammenlikning av data fra 1972/73 med 2000 fant vi at flere av risikofaktorene hadde endret seg, da mange menn hadde sluttet å røyke og blodtrykkskontroll var bedre, men BMI hadde økt markant (3).

Vi finner i oppfølgingen av Oslo II-studien at også orale infeksjoner som gir seg uttrykk i et høyt antall ekstraksjoner, er assosiert til dødsfall av hjerneinfarkt.

REFERANSER

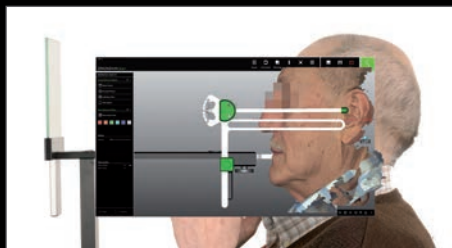
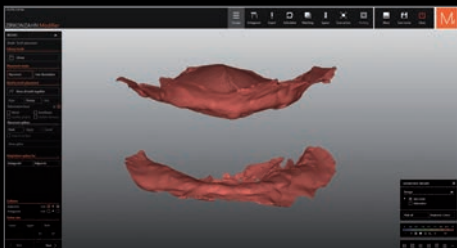
1. Håheim LL, Nafstad P, Schwarze PE, Olsen I, Rønningen KS, Thelle DS. Oral health and cardiovascular disease risk factors and mortality of cerebral haemorrhage, cerebral infarction and unspecified stroke in elderly men: A prospective cohort study *Scand J Public Health*. 2019 Dec 8; 1403494819879351. doi: 10.1177/1403494819879351. [Epub ahead of print].
2. Lund Håheim L, Holme I, Hjermann I, Tonstad S. Risk-factor profile for the incidence of subarachnoid and intracerebral haemorrhage, cerebral infarction, and unspecified stroke during 21 years' follow-up in men. *Scand J Public Health*. 2006; 34(6): 589–597. doi:10.1080/14034940600731523
3. Lund Håheim L, Holme I, Hjermann I, Søgaard AJ, Lund Larsen PG, Leren P. Resultater fra Oslo-undersøkelser blant de samme menn i 1972/73 og i år 2000. Endring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. [Changes in cardiovascular risk factors among men in Oslo during 28 years]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006 Sep 7;126(17):2240–5. Norwegian.

Korresponderende forfatter: Lise Lund Håheim, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: a.l.l.haheim@odont.uio.no



HONOUR YOUR PATIENTS STAND OUT IN THE CROWD WITH QUALITY

*Implantatstøttet maksillær og mandibulær rehabilitering med bruk av Prettau® 2 zirkonia
Fremstilt med Zirkonzahns digital workflow*



Solamøtet Tannhelse

tirsdag 26. mai 2020

**Kursgiver:**

Niklaus P. Lang,
DDS, MS, PhD, Dr.odont.hc,
Hon FRCPS (Glasgow)

*Professor Emeritus University of Berne, Honorary
Professor The University of Hong Kong, Universidad
Complutense de Madrid, University of Zurich,
University College London*

Periodontal prosthesis 2020

Management of the periodontally compromised patient. Up-to-date strategies for treatment and prosthetic rehabilitation.

- Begin with the end in mind, the overall case
- Treatment strategy including the individual tooth, and quality management in periodontal care
- Rehabilitation of the compromised dentition
- Maintenance of the periodontal and implant patient

Hvor: Sola Strand Hotel

Når: Tirsdag 26. mai kl 08.00-15.30

Kursavgift: kr 2500,-

Møteledere: Erland Eggum
og Morten Klepp

Påmelding: send e-post til
aase.stople@colosseum.no

Overnatting og påmelding til kurs-
middag mandag kl 20.00 gjøres direkte
med hotellet på telefon 51 94 30 00.

Kurset teller 6 timer i NTFs etterutdanningssystem

BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege. Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer. Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt at skjemaet blir fylt ut og returnert. Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er). Data (inkludert rapportørens navn) blir lagret i en database ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer/NORCE for statistiske analyser. 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:

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/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)?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umiddelbart	innen 24 timer	innen 1 uke	innen 1 måned	innen måneder	ukjent til år

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Svie/brennende følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Smakstørstyrrelser
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Tørthet
- ☐ 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
- ☐ Øynesyn
- ☐ Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn
☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvilige forandringer
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Rubor
- ☐ Atrofi
- ☐ Impresjoner i tunge/kinn
- ☐ Amalgamatoveringer
- ☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Erytem/rubor
- ☐ Utslett/eksem
- ☐ Palpable lymfeknuter
- ☐ Kjeveleddsdystunksjon
- ☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Urtikaria
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Eksem/utslett
- ☐ Erytem/rubor

Annet:

Angi lokalisasjon:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)? ☐ Fyllinger (direkte teknikk) ☐ Innlegg, fasader ☐ Faste proteiniske erstattninger ☐ Avtagbare proteiniske erstattninger ☐ Bittfysiologisk behandling ☐ Midlertidig behandling ☐ Rotbehandling (rotfylling) ☐ Tannkjøtsbehandling ☐ Oral kirurgi ☐ Tannregulering ☐ Forebyggende behandling Annnet: Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)? ☐ Amalgam ☐ Kompositt ☐ Kompomer ☐ Glassionomer ☐ kjemisk ☐ lysherdende ☐ Bindingsmaterialer ("primer/bonding") ☐ Isolerings- fingsmaterialer ☐ Fissurforslegingsmaterialer ☐ Beskyttende filmer (f.eks. varmish, femiss, fluorlakk) ☐ Pulpaoverkappingsmaterialer ☐ Endodontiske materialer ☐ Sementeringsmaterialer ☐ vannbasert ☐ plastbasert ☐ Metall-keram (MK, PG) ☐ metalllegering ☐ keram ☐ Materialer for kroner/broer/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 ☐ Avtynksmaterialer ☐ hydrokolloid ☐ elastomer ☐ Midlertidige materialer – faste proteser ☐ Midlertidige materialer – avtakbare proteser ☐ Andre midlertidige materialer ☐ Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam) ☐ Andre materialer

Det finnes bare en **original!**



WaveOne® Gold

Les mer på weknowendo.com

VISSTE DU AT FISK KAN ERSTATTE KJØTT I MANGE RETTER?

Mange av oss spiser oftere kjøtt enn fisk. Helst bør man spise fisk til middag to-tre dager i uken. Lag for eksempel laksetaco, fiskeburger eller fiskewok. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet

NYTT ÅR - BEDRE PRISER



Vi har justert våre marginer til DIN fordel !

Hos oss får du:

- Oversiktlig og detaljert raffineringsresultat.
- Betalt for faktisk resultat (ikke lav pris for kun bruttovekt).
- Mulighet å bytte til NOOR gullsmykker til VIP pris.

Enkelt og oversiktlig:

Send din sporbare postpakke med edelmetallskrap til oss.

Vi kjøper også ditt private skrapgull (gamle smykker, barrer, gullmynter, m.m.)

Ved oppgjør vil du få en detaljert oversikt på ditt unike raffineringsresultat.

Velg oppgjørsmåte: Utbetalt til konto eller bytte til NOOR gullsmykker eller gullkjeder.



**Send e-post eller ring
hvis du ønsker mer informasjon !**

Bilder på raffinering
for en gullsmed.

**I over 30 år har norske gullsmeder, tannleger og tanntekniker kjøpt av oss:
Diamanter • Gullsmykker • Halvfabrikata • Dentalgull • Raffineringstjenester.
Vi kjøper alle typer edelmetaller: Dentialskrap, filing, smykker, verkstedskrap, m.m.**



NOOR EDELMETALL AS

E-post: info@norskedelmetall.no • Boks 300, 1401 SKI

64 91 44 00

Hvordan overleve alderdommen?

Hvordan kan vi leve godt som eldre? Hva vet vi om aldring, hva er siste nytt innen forskning på eldre og helse, og hvordan endres vår identitet i ulike livsfaser?



ELLEN BEATE DYVI



KARI ØVERBY, DET ODONTOLOGISKE FAKULTET, UIO

Livsvitenskap er en tverrfaglig vitenskap som gir nye og avanserte svar på det gamle spørsmålet om hva liv er, og hva aldring og sykdom er.

For femte år på rad arrangerte Universitetet i Oslo Life Science-konferansen, fra 11. til 14. februar, med arrangementer om helseforskning, helsenæring, miljøforskning og bærekraft. Flere av arrangementene var åpne for et allment publikum, som da Det odontologiske fakultet sammen med Det medisinske fakultet inviterte til kveldsarrangementet *Hvordan overleve alderdommen* i Gamle Festsal ved Universitetet i Oslo sentrum onsdag 12. februar.

Målgruppen var et voksent publikum som er opptatt av kunnskap, livet og døden, het det i invitasjonen. De fleste som kom, og fylte Gamle festsal i Domus Academica på Karl Johan, så også voksne ut.

Temaene ble belyst i form av en rekke korte presentasjoner, av fagfolk med bakgrunn fra odontologi, medisin, samfunnsøkonomi, filosofi, og litteraturvitenskap. De favnet fra litterære alderdommer til mitokondrier som påvirkes idet vi eldes, via en sunn sjel med en sunn munnhule i et sunt legeme, DNA-reparasjon og hjernesykdommer, om arbeidslivet tåler at vi jobber til vi blir 100, alderdom og antibiotika, hjernehelse og fysisk aktivitet, og til slutt feministisk filosofi og alderdom, med utgangspunkt i Simone de Beauvoir. Alt ble fint sydd sammen av senior-



Seniorrådgiver Astrid Skiftesvik Bjørkeng var ordstyrer under arrangementet om alderdom i Gamle festsal, under Oslo Life Sciencekonferansen 2020.



Ingeborg Moræus Hanssen kåserte klokt om alderdom og alderdomskultur, som forutsetning for demokratiet, og langt på vei den enkeltes ansvar å sørge for.

rådgiver Astrid Skiftesvik Bjørkeng, ved Det odontologiske fakultet i Oslo, som var kveldens ordstyrer.

Planlegg alderdommen, og la den bli en triumf

Etter alt dette ble det innledet til panelsamtale, med snakk om medisinsk etikk og alderdom, hjerneforskning og alderdom, generelle refleksjoner rundt alderdom – og om vi mangler en alderdomskultur. Samtalen foregikk mellom Reidun Førde, Olav Gjelsvik, Jon Storm-Mathisen og Ingeborg Moræus Hanssen.

Ingeborg Moræus Hanssen er en klar stemme i spørsmålene rundt alderdom, og i etterlysningen av en alderdomskultur. Hennes budskap er at de eldre bør synes og delta mer, av hensyn til demokratiet. Vi lever lenger, og er sterkere enn før, mange av oss, og samtidig er vi ikke til nytte, hverken for oss selv eller andre, i hvert fall ikke slik vi kunne vært.

FAKTABOKS

Livsvitenskap er Universitetet i Oslos (UiOs) største satsing noensinne. Livsvitenskap er en tverrfaglig vitenskap der forskere fra ulike fagdisipliner bidrar med sin ekspertise.

Livsvitenskap skal gi økt forståelse av hva liv, aldring og sykdom er. Forskerne studerer oppbygging, struktur og funksjon av levende organismer, for å oppnå ny innsikt som blant annet skal gi bedre metoder for å diagnostisere, forebygge og behandle sykdommer.

Nytt bygg

For å legge til rette for mer tverrfaglig forsknings- og undervisningssamarbeid vil UiO bygge et livsvitenskapsbygg i Gaustadbekkdalen. Statsbygg er byggherre, på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet, og bygget er planlagt å stå ferdig i 2024.



Dentalstøp
Tannteknikk

@ post@dentalstoep.no

☎ 55 59 81 70

🌐 dentalstoep.no

- ➔ Monolittisk zirconia ...
Ingen porselen, ingen «chipping»
- ➔ Vi tar imot digitale avtrykk fra alle intraorale scannere
- ➔ Arbeider på alle kjente implantatsystem





Dekan Pål Barkvoll ved Det odontologiske fakultet åpnet kvelden som handlet om hvordan vi kan overleve alderdommen.

Eldre gjør seg selv usynlige, hevder Hanssen. Hun mener også at alderdommen bør planlegges, og at vi trenger å begynne med det når vi er rundt 60. Vi må tenke på en ny måte, og gjenskape forventningene til oss selv, og møte alderdommen med glede og stolthet. Alderdommen kan bli en triumf, mener Hanssen. Enkelte egenskaper er

knyttet til nettopp det å være eldre, og dette trenger både den enkelte og samfunnet å utnytte bedre.

Eldre og yngre bør møtes og sammen komme frem til løsninger, med gjensidig respekt for hverandres synsvinkler. I alle fellesrom bør det sitte eldre, sammen med de unge. Hvorfor er det ingen over 60 rundt kongens bord, for eksempel? Det burde det være. Vi har bruk for det historiske og etiske perspektivet, i møte med de unges sterke optimisme. Da kommer de kloke beslutningene. Når det er viktig at alle kjønn er likt representert, og alle distrikter, bør det samme gjelde for alder. Når morsrollen debatteres er det aldri en mor over 38 år der, selv om vi er mødre til vi går i graven, påpekte Hanssen.

– Ikke spør hva Erna kan gjøre for deg, spør heller hva du kan gjøre for Erna, sa Hanssen, og vekket latter, og antagelig assosiasjoner.

– Vi som har ressurser har plikt til å delta og ta ansvar, hevder Hanssen videre. Jo mer vi har, jo mer har vi å dele. Og vi kan planlegge det, og sørge for en alderdomskultur i tråd med demokratiske og humanistiske verdier. Ansvar ligger først og fremst hos den enkelte.

Hanssens planlegging har flere elementer, som innebærer alt fra å ta vare på egen helse til å bevare integritet. Første bud er: *Ikke fall!* Der nest: *Ikke bli syk.* Ta alle knep i bruk. Spis riktig, drikk mindre, vær fysisk aktiv og sørg for riktig pleie av eventuelle plager. Og nummer tre er: *Penger hjelper.* Vi må forsake og spare, så vi har reserver og kan kjøpe hjelp når vi trenger det. Gi avkall på dyre reiser, nytt kjøkken og fristende luksus. Fjerde regel er: *Bo riktig.* Uten vindeltrapp, og med toalett vegg i vegg med soveværelset. Femte regel er *Vær til bry.* Be om hjelp og krev din plass. Sjette regel er *Følg med i tiden.* Vær relevant og adekvat. Sett deg inn i ting i tiden, lær og vær oppdatert, ellers vil ikke ungdommen snakke med deg. Vær glad i ungdommen, på ordentlig. Lytt og lær. Ikke belær. Syvende og siste regel handler om *Åldes med verdighet.* Noe som langt på vei er en oppsummering av de seks første reglene.

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Vi kan lite om tenner. Men **mye** om tannleger.

Komplette IT-løsninger for helse

Som totalleverandør av IT-løsninger har Upheads lang erfaring med pasientjournal, røntgen, og flere andre systemer for tannhelseforetak. Foretrekker du å ha server med journalene sentralisert eller i din egen klinikk, tilpasser vi og leverer det som passer best ditt behov.

Kontakt oss på telefon 51 22 70 70 eller gå inn på upheads.no

UPHEADS

«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.



Åpen publisering av all forskning innen 2024: Hva er Plan S?

 KRISTIN AKSNES

Regjeringen har bestemt at all offentlig finansiert forskning skal publiseres åpent innen 2024. Hva betyr det og hvilke konsekvenser kan det få?

I dag betaler vi opp til tre ganger over skatteseddelen for tilgangen til forskning. Først for selve forskningen, så for vurderingen av artiklene gjennom fagfellevurderingen og til slutt betaler vi private forlag dyrt for å få tilgang til resultatene. Hvis det ikke publiseres i de få åpent tilgjengelige tidsskriftene som finnes, som Tidende.

Ved utbruddet av Koronaviruset i Kina oppfordret cOAlition S, organisasjonen bak Plan S, forlagene og tidsskriftene til å dele alle medisinske funn i åpne fora for å hindre spredning av viruset og forbedre behandlingen for pasientene.

Konsekvensene av å holde forskning bak betalingsmurer kan være store. I 2015 publiserte en gruppe medisinske forskere i Liberia et åpent brev i New York Times, hvor de skrev at Ebola-epidemien som drepte mer enn 2 200 mennesker, kunne ha vært unngått hvis det ikke hadde vært dyre betalingsmurer. På 1980-tallet ble det publisert forskningsartikler som advarte mot risikoen av utbrudd, men legene fikk aldri tilgang til kunnskapen i landene det gjaldt. Befolkningen ble heller ikke advart, hygienetiltak ble ikke satt i verk og det ble heller ikke forsket videre på sykdommen.

Konsekvensene er ikke like akutt dødelige i tannlegeverden, men problematikken er den samme og følgene av kunnskapsmangel kan være alvorlige. Alle land og profesjoner bør ha tilgang til god forskning – noe de aller fleste forskningsinstitusjoner stiller seg bak. Men hvordan få det til?

Plan S – innen 2024

Plan S er et initiativ som ble lansert for å gjøre all offentlig finansiert forskning åpent tilgjengelig innen 2024. Bak initiativet står cOAlition S, en sammenslutning av 20 europeiske forskningsråd og finansieringskilder for forskning fra 13 europeiske land, deriblant Norge. Det er også støttet fra EU sentralt. De krever at alle publiseringer som er resultater av forskning de finansierer, skal være umiddelbart tilgjengelige for alle fra publiseringstidspunktet.

Så langt har 13 nasjoner sluttet seg til prinsippene: Finland, Frankrike, Irland, Italia, Luxemburg, Nederland, Norge, Polen, Slovenia, Storbritannia, Sverige og Østerrike.

Men Plan S er også omstridt. Land som for eksempel Tyskland, Italia og Danmark har ennå ikke signert avtalen. Det samme gjelder land utenfor Europa, hvor forlag i land som USA står for svært mye og viktig publisering. Her foregår det også et utstrakt forskningssamarbeid mellom land i og utenfor avtalen.

Diskusjonene dreier seg først og fremst om tempoet i gjennomføringen, økonomien i nye publiseringsløsninger og konsekvenser for forskernes karriere og forskningsfrihet.

Flere hundre forskere underskrev et opprop om å lage en konsekvensutredning av Plan S før den ble vedtatt, men det ble nedstemt i Stortinget. Direktør for Forskningsrådet, John-Arne Røttingen, ble spurt om hvorfor mange områder ikke er bedre avklart og svarte slik:

– Alle er tilhengere av åpen publisering, og vi har arbeidet med dette i 15 år, og hatt forhandlinger uten framgang. Nå var det nødvendig å gjøre en avtale, så må konsekvensene heller avklares senere, sa han til Uniforum da avtalen ble signert.

På tvers av tellekantsystemet

I 2018 undertegnet Forskningsrådet også San Francisco Declaration on Research Assessment, bedre kjent som DORA-erklæringen. Forskningsrådet har forpliktet seg til å vurdere kvaliteten på selve forskningen og ikke legge vekt på hvilken kanal resultatene er publisert i.

Dette går på tvers av dagens publiseringsindikator, populært kalt tellekantsystemet, hvor de mest prestisjetunge tidsskriftene er plassert på nivå 2 og utløser flest poeng og prestisje, og dermed flest penger.

Hvis all forskning skal publiseres i åpne tidsskrifter – hva blir konsekvensene når majoriteten av de mest prestisjetunge tidsskriftene på nivå 2 ikke er åpent tilgjengelige?

Et av poengene i DORA-erklæringen er at forskningen skal vurderes ut fra dens egen verdi, ikke ut fra tidsskriftene den publiseres i. De store tidsskriftene på nivå 2 har brukt årtier på å bygge opp en solid kvalitetskontroll. Hvordan

finne fram til den beste kvaliteten når alt utelukkende skal publiseres åpent i mer og mindre kjente kanaler?

Og hva med det raskt voksende villniset av røvertidsskrifter og plattformer som spekulerer i akkurat dette, hvor hvem som helst kan publisere hva som helst, bare de betaler?

Ved signering av DORA-erklæringen i mai 2018, sa Forskningsrådets direktør, John-Arne Røttingen, til Khrono.no:

– For å svare helt ærlig, så henger ikke dette helt sammen. Det er en stor utfordring for oss, og her har både vi og myndighetene en jobb å gjøre for å forene dagens og framtidens politikk for vurdering av forskning og forskningsarbeider.

Kunnskapsdepartementet har sendt et forslag ut på høring med tre alternativer til hva som bør gjøres med tellekantsystemet. Høringssvarene viser at fleste forskningsinstitusjonene har gått inn for å beholde dagens ordning. Den endelige rapporten er ikke ferdig ennå.

Det er enighet om at det er viktig å utarbeide et oppdatert kanalregister som fungerer som en kvalitets-sikret «hvitliste» over tidsskrifter og kanaler i et landskap med mange useriøse aktører. Mange norske forskere oppgir å ha blitt lurt av tilsynelatende seriøse tidsskrifter, og rapporterer at utgivere av røvertidsskrifter blir stadig flinkere til å fremstå som seriøse.

Åpen publisering, Open Access og rettigheter

I de få vitenskapelige tidsskriftene som publiserer åpent, står tidsskriftet for publiseringen, men overtar rettighetene til artikkelen. Som regel med forfatterens rett til å lagre artikkelen i vitenarkiv som f.eks. Cristin.

I Open Access-publisering må forfatterne selv, eller forskningsinstitusjonen, betale for publiseringen, men har andre typer rettigheter til sin forskning enn når de

publiserer i tradisjonelle tidsskrifter. Dette gjøres i form av lisenser. Et av stridsspørsmålene er hvordan de forskjellige, påbudte Creative Common (CC)-lisensene beskytter forfatterens rettigheter.

Plan S anbefaler lisensen CC BY, som er den mest åpne. Her er det lov for andre å bruke verket i alle sammenhenger, også kommersielt, og det er lov å både endre og bygge videre på arbeidet så lenge det informeres om.

I den siste revisjonen av Plan S er det åpnet for at man i tillegg kan bruke lisensen CC BY-ND, som tillater kommersiell bruk, men forbyr bearbeidelser.

Her forhandles det fremdeles for å komme fram til gode løsninger som i større grad gir forfatterne kontroll over sin forskning.

Avtaler med de store forlagene

Da Plan S-avtalen ble underskrevet, var snaut tre prosent av publiseringskanalene i tråd med avtalen.

I oktober 2019 forhandlet Unit – Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning og universitetene og høyskolene, fram avtaler med fire av de største forskningsforlagene. Disse avtalene vil utgjøre ca. 40 prosent av tidsskriftene på nivå 2.

– Vi er ett av få land i verden som har fått til såkalte «publiser og les»-avtaler med storforlagene Elsevier, Wiley og Springer Nature. Nå er også avtalen med Taylor & Francis på plass. Avtalene med de fire store betyr at vi gjør et kvantesprang når det gjelder åpen tilgang til offentlig finansiert forskning, sa forsknings- og høyere utdanningsminister Iselin Nybøl til regjeringens nettsider. Hun legger til at de forventer lignende avtaler med resten av forlagene. Nye avtaler med forlag skal gi åpen tilgang uten økte total kostnader.



KJEVEORTOPED 1
Nationaltheatret stasjon

Lang erfaring med alle typer kjeveortopedisk behandling for barn og voksne.

*Labial eller lingual apparatur (Incognito) -
Invisalign - Preprotetisk kjeveortopedi -
Periorehabilitering - TMD - Snorkeskinner*

**Ingunn Berteig og
Tor Torbjørnsen**

Spesialister i kjeveortopedi

**Ruseløkkveien 6, 0251 Oslo, rett
over gata for Nationaltheatret
stasjon, utgang Vika**

**post@kjeveortoped1.nhn.no
Tel 22838700
www.kjeveortoped1.no**

CLINIC™



God munnhygiene gir rene tenner og økt velvære

CLINIC by Jordan er en serie med munnhygieneprodukter, som er utviklet med fokus på skånsom og effektiv rengjøring av tennene. Vi har skreddersydde produktløsninger som kan være problemløserne for deg og tennene dine. Finn produktet som passer for deg.

Produktene selges eksklusivt i apotek.

CLINIC™
BY **Jordan***

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Årsrapport 2019 tilgjengelig på NTFs nettsted

Bli bedre kjent med NTF! Årsrapporten for 2019 gir deg et enkelt og visuelt sammendrag over aktiviteter og høydepunkter for året som gikk.



Last ned pdf av årsrapporten på
www.tannlegeforeningen.no



Den norske
tannlegeforening

Informasjon om direkteoppgjørsavtalen til NTFs medlemmer

Viktige fakta i saken

- NTF har vært i dialog med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet fordi vi har vært bekymret for tannlegens direkteoppgjørsavtale med Helfo.
- NTF har også formidlet bekymring for at regelverket er vanskelig å bruke og at vi derfor frykter at det er et underforbruk av stønadsordningen, det vil si at pasientene ikke får den stønaden de har krav på.
- NTF har bedt om en revisjon av direkteoppgjørsavtalen og en helhetlig gjennomgang av folketrygdens regelverk.
- Vi har nå god dialog med Helsedirektoratet som har imøtekommet oss på flere punkter.
- NTF oppfordrer alle medlemmer til å sette seg godt inn i hva det innebærer å ha en direkteoppgjørsavtale med Helfo (se vedlagte presiseringer fra Helsedirektoratet – [lenke](#)).
- NTF oppfordrer alle til å sette seg godt inn i regelverket slik at pasientene får den stønaden de har krav på. Vi vil understreke at Helsedirektoratet påpeker at tannlegens faglige skjønn tillegges stor vekt ved kontroller. God journalføring er derfor avgjørende. De fleste sakene med store tilbakebetalinger etter kontroll har den siste tiden vært saker med innsendingsfeil (ref. Buypass-sakene nedenfor) – ikke saker hvor tannlegens faglige skjønn er tilsidesatt.

For detaljert informasjon om direkteoppgjørsavtalen med Helfo og problematikken vises det til e-post til NTFs medlemmer i februar 2020.

Problematikken kan oppsummeres i disse fire punktene

- En mønsteravtale for direkteoppgjør som ikke er oppdatert eller tilpasset dagens tannhelsetjeneste, samt for dårlig informasjon og veiledning fra Helfo, har ført til svært vanskelige situasjoner når det gjelder innsending av opp-

gjør. Det er ikke gjort tilstrekkelige avklaringer, eller gitt informasjon om, hvordan mønsteravtalen skal forstås når det gjelder hvem som kan sende inn oppgjør, og på hvilken måte oppgjørene skal sendes. Dette gjelder både offentlig og privat sektor.

- Et vanskelig tilgjengelig regelverk for stønad, som fører til en stor usikkerhet i bruk av regelverket blant NTFs medlemmer.
- Det gjøres fortløpende avklaringer mellom Helfo og Helsedirektoratet om tolkning av regelverket for stønad. Dette blir det ikke gitt informasjon om verken til NTF eller til tannlegene. Nye tolkninger er til dels i strid med avklaringer som er gitt tidligere, og kan ikke leses ut av regelverket for stønad. Når det ikke informeres ut om slike avklaringer, skapes det uholdbare situasjoner.
- Helfo har endret praksis i kontrollvirksomheten. Istedenfor å bruke hele virkemiddelpyramiden, går Helfo nå direkte på de strengeste sanksjonene. Dette innebærer både umiddelbar tilbakebetaling av til dels betydelige beløp og tap av retten til å praktisere for trygdens regning.

Dette er problematikken vi har diskutert med myndighetene og som vi nå opplever at vi har god dialog rundt.

Regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut forslag til endringer i folketrygdlovens kapitler 5 og 22 og forslag til forskrift om direkte oppgjør mm. Her foreslås blant annet at det for rett til stønad fra trygden er et vilkår at pasienten bruker en tannlege med direkteoppgjørsavtale. Hvis forslaget blir vedtatt slik så vil ikke lenger pasienten selv kunne kreve refusjon. Høringsfristen var 5/2 -20 og NTF har avgitt høringsvar. Se [lenke](#) til høringsvaret i e-posten fra februar eller gå inn på NTFs nettsted eller regjeringens hjemmesider for å se svaret.



Intervju med Eivind Aakenes – leder i Nordmøre tannlegeforening

Styret: fra venstre Anja Michaelis nestleder, Ellisiv Bræin sekretær, Eivind J Aakenes leder, Katrine Finholt kasserer og Lise Bjordal Furset kurskontakt. Foto: privat.

Hva har vært de viktigste oppgavene for lokalforeningen den siste tiden?

Vi er jo en liten forening hvor medlemmene er spredt over et ganske stort geografisk område. Fylket er ikke fergefritt. Deltakelse på sentrale kurs krever mye reisetid og medfører ekstra utgifter for deltakere. Derfor ser vi det som en viktig oppgave for oss å kunne tilby gode kurs lokalt for våre medlemmer. Dette føler vi at vi har lyktes med. Ellers har vi ikke så mange oppgaver eller problemer.

Hva har vært de største utfordringene?

Det er utfordrende å rekruttere til styret/ frivillig innsats. Spesielt vanskelig er det å få de offentlig ansatte med på laget, siden de har en del egne kurs og ikke får reise på så mye annet. I tillegg er mange av dem ganske unge og opptatt med sitt. Da kan lokalforeningen fort bli en forening for de private tannlegene, og det er ikke det vi ønsker.

Hva har vært de største høydepunktene?

Foreningen arrangerer hvert år Operakurset i Kristiansund. Dette går over to dager og arrangeres i forbindelse med operafestukene i byen. Derav navnet Operakurset.

I fjor arrangerte vi også TSE modul 10 om periodontale sykdommer. Første samlingen ble da lagt til Kristiansund under operafestukene og den andre ble arrangert i Molde. Deltakerne var veldig fornøyde, og ga veldig gode tilbakemeldinger.

Vi arrangerte også hands-on kurs med Arne Lund i Molde. Dette ble raskt fullbooket, så vi var nødt til å kjøre «ekstraforestilling».

I forbindelse med generalforsamling 2018 arrangerte vi kurs med Kjell Størksen. Dette resulterte i svært god oppslutning til generalforsamlingen....

Hvordan jobber foreningen med nye medlemmer og verve nye tillitsvalgte?

Her er det ganske små gjennomsliktige forhold, så foreningen ser ikke det store behovet for å gå aktivt ut og rekruttere medlemmer. Vi bør jobbe mer aktivt med å få de offentlig ansatte med på laget.

Tillitsvalgte blir tilbudt kurs arrangert av Tannlegeforeningen.

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

Fylkeskommunen vifter nå med sparekniven og truer med å legge ned klinikker i DOT. Dette vil ramme befolkningen i de områder dette gjelder, men også våre medlemmer. Vi i lokalforeningen bistår gjerne de ansatte i DOT i denne saken.

Gjennom medlemskap i lokalforeningen kan man også være med å påvirke vår hovedforening NTF.

Forøvrig synes situasjonen for våre medlemmer å være god.

Hvordan oppleves det å være leder i foreningen?

Jeg er nyvalgt leder av foreningen, og har ikke så lang erfaring, men det virker som at dette er en fin oppgave å ta på seg. Vi er en forening med mange trivelige kolleger som jeg håper å bli bedre kjent med.

Som leder er det en del ting å sette seg inn i, og foran oss ligger oppgaven med å oppdatere vedtektene slik at disse er i tråd med NTFs vedtekter. Dette blir litt jobb som vi i fellesskap nok vil klare.

Hva kommer til å skje det neste året?

Vi må straks komme i gang med å forberede neste års Operakurs og dessuten få på plass en plan for ytterligere kurstilbud for våre medlemmer. Det er viktig å få kontakt med gode foredragsholdere tidlig. Mitt ønske er at vi skal kunne tilby gode og prisgunstige kurs for våre medlemmer.

FAKTABOKS

Nordmøre og Romsdal tannlegeforening

121 medlemmer

24 Offentlige / 77 privat

51 menn / 70 kvinner



Fra årets Operakurs som samlet 87 kursdeltakere. Foto: privat.

Siste nytt

fra Akademikerne

 TONJE CAMACHO, INFORMASJONSRAÐGIVER I NTF



Camilla Hansen Steinum deltar i panelet. Fra venstre: konferansier Svein Tore Bergestuen, leder i Samfunnsviterne Merete Nilsson, president i Tekna Lise Lyngsnes Randeberg og NTFs president Camilla Hansen Steinum.

Akademikernes vinterkonferanse «Menneske + maskin»

Akademikernes vinterkonferanse handlet i år om hvordan kunstig og menneskelig intelligens kan virke best mulig sammen. I det store og hele var konferansen preget av teknologioptimisme, men det ble også satt lys på en rekke utfordringer teknologien kan utgjøre for både etikk, datasikkerhet og den norske arbeidslivsmodellen. Flere av foredragene var innom viktigheten av å ta aktive grep for at små virksomheter ikke skal tape kampen mot de store som har mer penger til å investere i dyre teknologiske løsninger. Det om også tydelig frem at vi må tenke nytt om utdanning og kunn-

skapsproduksjon. Viktigheten av allsidighet, tverrfaglighet og livslang læring har aldri vært større. NTFs president Camilla Hansen Steinum deltok i en panelsamtale rundt spørsmålet om akademikerne risikerer å bli overflødig, med grunnlag i en ny rapport fra Sintef.

Konferansen ble streamet og opptak kan ses på www.akademikerne.no

Arbeidslivets klimauke

3.–7. februar var Akademikerne med og markerte Arbeidslivets klimauke – et samarbeid mellom arbeidsgiverorganisa-



Arbeids- og sosialminister Terje Røe Isaksen åpner årets vinterkonferanse.

sjoner og arbeidstakerorganisasjonene i offentlig og privat sektor. Hensikten med denne årlige markeringen er å skape engasjement og samarbeid om gode klimaløsninger på norske arbeidsplasser, og målet å være Norges største klimadugnad. I år var alle hovedorganisasjonene med på kampanjen; LO, Virke, NHO, KS, Unio, YS og Akademikerne.

De valgene vi gjør i dag er avgjørende. Jo mindre vi gjør nå, jo mer må vi gjøre i fremtiden, og skal vi lykkes med å nå klimamålene er det avgjørende at partene i arbeidslivet bidrar i arbeidet. Likevel viser en undersøkelse gjennomført av Norstat blant 600 norske virksomheter i offentlig og privat sektor at antallet ledere og tillitsvalgte som har gjennomført konkrete klimatiltak på arbeidsplassen har gått ned fra 2016 til 2019. 71 prosent sier at deres virksomhet er i stor eller svært stor grad opptatt av miljø og klima. Dette er en reduksjon fra 77 prosent i fjor. Kun halvparten av de som svarte på undersøkelsen mente at det var lønnsomt å gjennomføre slike tiltak. Det er altså tydelig at det trengs mer medvirkning, mer engasjement og flere klimatiltak i arbeidslivet!

Mer informasjon om kampanjen finner du på www.arbeidslivetsklimate.no



Thale Kvernberg Andersen legger frem resultatene i Sintefs rapport.

De gode klimaløsningene finnes på den enkelte arbeidsplass, og i den anledning minner vi NTFs medlemmer på våre tips og råd til en grønnere odontologisk hverdag:

Tips og råd til en grønnere odontologisk hverdag:

1. Kildesorter alt avfall
2. Arbeid mest mulig digitalt og med minst mulig papirutskrifter
3. Bytt ut plastprodukter og engangsutstyr med steriliserbare eller nedbrytbare alternativer
4. Gjør innkjøp i store kvanta for å redusere transport
5. Installer varmepumpe, solcellepanel og andre energibesparende løsninger på klinikken
6. Legg press på produsenter og leverandører – etterspør bærekraftige produkter
7. «Pant» gammelt utstyr – undersøk om depotene har returordninger som gjør at utstyr kan resirkuleres
8. Bruk sosiale medier og andre kommunikasjonskanaler for å snakke om bærekraft og hvordan klinikkens og pasientenes hverdagsvalg kan gjøre en forskjell



Leder i Akademikerne Kari Sollien deltar i paneldiskusjon med Tor Arne Gangsø (KS), Ragnhild Lied (Unio) og Ivar H. Kristiansen (Virke).



76% av pasienter foretrekker smaken av Duraphat 5000 ppm F⁻ vs generika^{#,1}

Effektiv forebygging for pasienter med forhøyet kariesrisiko*

- 5000 ppm fluortannpasta forebygger kaviteter ved å arrestere og remineralisere primære rot- og tidlige fissur karieslesjoner²⁻⁵

Forskriv Duraphat 5000 ppm høykonsentrert fluortannpasta og bidra til å fremme compliance:

- Smaken på en tannpasta er viktig
- **76% av pasienter** foretrekker smaken av Duraphat 5000 ppm F⁻^{#,1}
- Å anbefale et produkt med en foretrukket smak kan være viktig for å støtte compliance



Anbefal Duraphat - produktet du kjenner og stoler på

Sammenlignet med generisk 5000 ppm høyfluorid tannpasta. * Pasienter ≥ 16 år med forhøyet kariesrisiko.

References: 1. Data on File. Preference Survey, January 2020 (n=82). 2. Baysan A et al. Caries Res 2001;35:41-46. 3. Schirmer JF et al. Am J Dent 2007;20. 212-216. 4. Ekstrand et al. Geodent 2008;25:67-75. 5. Ekstrand et al. Caries Res 2013;47:391-8.

TANNPASTA 5 mg/g: 1 g inneh: Fluor 5 mg (som natriumfluorid) tilsv. 5000 ppm fluor; natriumbenzoat (E 211), hjelpestoffer. Indikasjoner: Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne, særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries). Dosering: Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pusning tar ca. 3 minutter. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Tannpastaen har et høyt fluorinnhold og tannspesialist bør derfor konsulteres før bruk. Et økt antall potensielle fluorkilder kan føre til fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor som inneholder fluor, andre legemidler med fluor som inneholder fluor, fluoridtabletter, -dråper, -tyggegummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås ved bruk av Duraphat tannpasta. Ved utregning av anbefalt mengde fluorioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpastaen tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluorioner). Preparatet inneholder natriumbenzoat som virker mildt irriterende på hud, øyne og slimhinner. Graviditet/Amning: Det foreligger ikke tilstrekkelige data fra bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter ved svært høye natriumfluoriddoser. Preparatet skal derfor ikke brukes ved graviditet og amning, med mindre det er utført en grundig nytte-/risikovurdering. Bivirkninger: Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Ukjent: Gastrointestinale: Brennende følelse i munnen. Overdosering/Forgiftning: Toksik dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. Symptomer: Fluor: Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og ab-dominalsmarter. I svært sjeldne tilfeller kan det være dødelig. Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Behandling: Når en betydelig mengde svelges ved et uhell, må pasienten gjennomgå tarmskylning omgående eller brekningsmidler må fremtvinges. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. Kronisk intoksikasjon: Fluorose: Tannemaljen vil få et misfarget eller flekkete utseende når en fluordose >1,5 mg/dag absorberes daglig over flere måneder eller år, avhengig av dosetærrelsen. Dette vil ledsages av alvorlige former for økt skjørhet i tannemaljen. Benfluorose (osteoklase) blir kun observert ved høy kronisk fluorabsorpsjon (>8 mg daglig). Pakninger og priser: 51 g. Dagens pris pr. september 2019: 95,80 NOK. Se www.felleskatalogen.no

Nytt styre i NTF Student

Årsmøte for NTF student ble gjennomført på Geilo 24. januar. Her ble årsberetningen for 2019 wgjennomgått sammen med handlingsplan for 2020, samt valg av nytt styre i studentforeningen.



Tidligere leder Vegard Hauge Svartveit informerer om arbeidet gjennomført i 2019.

For første gang i studentforeningens historie er kjønnsfordelingen i styret lik, og det er også første gang av en kvinne er blitt valgt som leder av studentforeningen.

Handlingsplan 2020-2021

Det nyvalgte styret skal nå i gang med å oppdatere handlingsplanen for studentforeningen. I handlingsplanen står det blant annet at NTF Student (NTF-S) skal jobbe mot fire mål:

1. Politisk påvirkning – NTF-S vil ivareta studentenes stemme i relevante saker innad i NTF og i samfunnsdebatten.
2. Studiehverdagen – NTF-S skal bidra til å motivere og støtte studentene, og jobbe for at odontologistudiene holder høyest mulig kvalitet.
3. Verving og synliggjøring – NTF-S skal arbeide for økt engasjement og foreningstilhørighet i studietiden.
4. Kurs og samarbeid – NTF-S skal spille en aktiv rolle for å hjelpe medlemmene med å bygge nettverk og gjøre dem best mulig forberedt til yrkeslivet.



Nytt styre i NTF Student: (fra venstre) Pernille M. Slettestøl (Krakow), Bent Vidar Yttervoll (UiT), ny leder - Lena Monsen (UiT), Ingeborg Linnea Hansen (UiB), Ottar M. Moen (UiB), Inger Marie Tellefsen (Poznan). Ikke til stede: Mohammad B. Korkosh, Nestleder - Jabar Ali Shah (UiO).

Valg av styre

Styremedlemmene i NTF Student blir valgt ved lokale og elektroniske valg ved studiestedene, men fordeling av verv gjennomføres ved avstemning på årsmøtet.

Følgende ble valgt til leder, nestleder og informasjonsansvarlig for studentforeningen

Leder

Lena Monsen (UiT)

Nestleder:

Jabar Ali Shah (UiO)

Informasjonsansvarlig:

Ingeborg Linnea Hansen (UiB)

Styremedlemmer

Bent Vidar Yttervoll (UiT)

Ottar M. Moen (UiB)

Mohammad B. Korkosh (UiO)

Pernille M. Slettestøl (Krakow)

Inger Marie Tellefsen (Poznan)

Vi takker det avgående styret med leder Vegard Hauge Svartveit for innsatsen de har lagt ned, og ser frem til godt samarbeid med det nye styret.



Årsmøte NTF Student under Geiloseminaret 2020.

Munnhelsedagen 2020

Frokostmøte om viktigheten av god munnhelse og riktig ernæring ved sykdom

Dato: Fredag 20. mars kl. 08:30 – 10:00

Sted: Kulturhuset, Oslo

En godt fungerende munnhelse er grunnleggende for god ernæring. Ved sykdom eller funksjonsnedsettelse kan manglende oppfølging raskt føre til dårlig munnhelse, noe som igjen kan føre til feil- og underernæring. I anledning munnhelsedagen inviterer Den norske tannlegeforening (NTF) og Kliniske ernæringsfysiologers forening (KEFF) til frokostseminar om viktigheten av god informasjon og oppfølging av pasienter og pårørende for å sikre god munnhelse og riktig ernæring ved sykdom.

Frokostseminaret vil streames på NTFs Facebookside

Mer informasjon finner du på www.tannlegeforeningen.no



Den norske
tannlegeforening



KEFF

KLINISKE ERNÆRINGSFYSIOLOGERS FORENING
TILSLUTTET FORSKERFORBUNDET

Arbeidskurs protetik

"Den enkle kronen – kanskje ikke så enkel som du kunne ønske?"

Dato: onsdag 13. og torsdag 14. mai 2020

Sted: Ferdighetssenteret ved UiO

Påmelding og mer informasjon: www.tannlegeforeningen.no

Påmeldingsfrist: 1. april 2020

Ferdighetstrening i preparering, avtrykkstaging og sementering

Kursdeltagerne vil instrueres i bruken av materialer og metoder for kronerrestaurering. Nyere restaureringsfilosofi går i retning av å spare så mye frisk tannsubstans som mulig. Kurset vil omhandle framstillingsteknikk for konvensjonelt sementerte restaureringer.

Kurset kombinerer presentasjon av vitenskapelig litteratur, kliniske kasus og praktisk arbeid.

Kurset teller 12 timer i NTFs etterutdanningssystem



Den norske
tannlegeforening



NTFs symposium

18. – 19. juni 2020

Clarion Hotel The Edge, Tromsø

TEMA: Den akutte pasient

Påmelding: www.tannlegeforeningen.no

Frist for lav påmeldingsavgift: 16. mai 2020

Kurset teller 12 timer i NTFs etterutdanningssystem

Tid: Torsdag 18. juni kl. 10:00 – 17:15 og Fredag 19. juni kl. 09:00 – 16:00

Sted: Clarion Hotel The Edge, Kaigata 6, Tromsø

Målgruppe: Tannleger og tannhelsesekretærer

Antall deltakere: Maks 500

Kursavgift

For tannleger kr 6 800 inkl. lunsj begge dager

Tannleger som ikke er medlemmer av NTF, betaler dobbel kursavgift

For tannhelsesekretærer kr 2300 inkl. lunsj fredag

Ved påmelding etter 16. mai øker avgiften med kr 500.

Middag

Middag torsdag kveld bookes ved påmelding som et tilvalg, og er ikke med i kursavgiften.

Kursavgift og middag betales med kort gjennom NTFs påmeldingssystem.

Pris for middag inklusiv drikke kr. 900,-

Hvis du ønsker å reservere bord, send e-post til sd@tannlegeforeningen.no

Overnatting

Det er reservert en del rom på hotellet i perioden onsdag–søndag.

Opphold i standard enkeltrom kr 1 520 per rom per døgn

Opphold i dobbeltrom kr 1 720 per rom per døgn

Hotellreservasjonen gjøres skriftlig til cl.theedge@choice.no merk bestillingen med ref.16006 innen 16. mai. Overnatting betales med kort direkte til hotellet ved avreise.

NB! Etter 16. mai vil antall reserverte rom bli noe redusert.

Vær tidlig ute med registrering hvis du ønsker å bo på The Edge!

Påmelding gjøres via www.tannlegeforeningen.no



**Den norske
tannlegeforening**

NTFs etterutdanning



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

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

Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist
tlf. 995 62 420

Buskerud Tannlegeforening

Anna Karin Bendiksbj,
tlf. 31 28 43 14

Lise Opsahl,
tlf. 32 84 81 32

Finnmark Tannlegeforening

Sara Anette Henriksen
tlf. 95 77 84 10

Haugaland Tannlegeforening

John Magne Qvale,
e-post: johnqvale@gmail.no

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

Åsne Kraugerud Sjøberg,
tlf. 99 48 71 04

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 Tannlegeforening

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

Pål Vidar Westlie,
e-post: paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 61 27 02 31

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 22 18 19 01

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

Rogaland Tannlegeforening

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

Mona Gast
e-post: Mona@tsmg.no

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

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Sunnmøre Tannlegeforening

Siv Svanes,
tlf. 997 48 895
e-post: siv.svanes@gmail.com

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,
e-post: tstveter@gmail.com

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

Retningslinjer for kollegahjelpsordningen

Kollegahjelpsordningen skal gi støtte og veiledning til kolleger som har behov for det. Alle medlemmer av NTF kan fritt kontakte en av kollegahjelperne i ordningen.

En kollegahjelper er et medlem oppnevnt av og blant lokalforeningens medlemmer som har sagt seg villig til å støtte kollegaer som er i en vanskelig situasjon som påvirker arbeidsinnsatsen som tannlege.

Kollegahjelperne skal fange opp signaler og ta kontakt med berørt kollega. De kan også ta imot henvendelser fra familie, venner og kolleger for deretter å ta kontakt med vedkommende kollega.

Kilden bør i utgangspunktet oppgis, men unntak må kunne gjøres etter utvist skjønn.

Eksempler på problemer hvor en kollega kan ha behov for hjelp er

- sykdom
- misbruk av alkohol/narkotika/tabletter
- konflikter på arbeidsplassen
- utbrenthet
- personlige kriser
- pasientklager
- negativ mediaomtale

Kollegahjelperne skal registrere henvendelsene de får i anonymisert form til bruk i rapporter om antall saker og type problemer på kollegahjelpernes seminar, eller i andre sammenhenger hvor NTF har behov for informasjonen. Kollega-

hjelpernes arbeide skal ikke kunne benyttes i noen annen form for saksbehandling. Det skal bevares anonymitet og full diskresjon under hele prosessen.

Kollegahjelperne skal ha mulighet til å rådføre seg med NTFs sekretariat og kollegahjelpere i egen og andre lokalforeninger.

Samling for kollegahjelperne skal avholdes hvert annet år.

Kollegahjelperne skal ikke

- føre journal
- utføre behandling
- ha mer enn 3–4 samtaler med samme kollega
- løse kollegiale tvister
- gi råd i saker hvor NTFs sekretariat tilbyr rådgivning

Kollegahjelperne velges på lokalforeningenes generalforsamling. Det bør oppnevnes minimum to i hver lokalforening, helst en av hvert kjønn og en fra privat og en fra offentlig sektor.

Fordi man bør tilstrebe en best mulig kontinuitet i ordningen, bør kollegahjelperne derfor velges for minimum 3 år om gangen, og de bør ikke ha andre tunge tillitsverv.

NTFs lokalforeninger skal informere om kollegahjelperens verv til medlemmene, fylkestannlegen, fylkeslegen og rådgivende tannlege.

Vedtatt i mars 2019

Arbeidsliv

Lojalitetsplikt i kontraktsforhold mellom næringsdrivende tannleger

 TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF

Det er i utgangspunktet avtalefrihet mellom næringsdrivende tannleger. Det er imidlertid både lovfestede og ulovfestede begrensninger i hva som kan avtales, og hvordan partene kan opptre både før, under og til dels etter et kontraktsforhold. Et ulovfestet rettslig prinsipp, som er utviklet gjennom rettspraksis, er den gjensidige lojalitetsplikt i kontraktsforhold.

Alle kontraktsforhold innebærer selvsagt både plikter og rettigheter for partene. Men hva gjelder på de områdene som ikke er regulert i kontrakten, eller som kanskje er regulert, men hvor det som er avtalt ikke helt passer på alle tenkelige og utenkelige situasjoner som måtte oppstå?

Den ulovfestede gjensidige lojalitetsplikten gjelder i alle kontraktsforhold, også der dette ikke uttrykkelig fremgår av kontrakten mellom praksiseier og assistenttannlegen.

Vi erfarer at medlemmer ikke bestandig tar tilstrekkelig hensyn til hverandres interesser, og har derfor valgt å ta inn en klausul som presiserer dette i våre standardkontrakter punkt 8, som lyder:

Partene har i alle henseende som angår samarbeidsavtalen en gjensidig lojalitetsplikt. Begge parter er forpliktet til, i rimelig grad, å ta hensyn til den andre partens interesser. Dette gjelder også med hensyn til forhold og situasjoner som eventuelt ikke er uttrykkelig regulert i denne kontrakt.

Dette er ment å innebære en skjerpet lojalitetsplikt, som etter vår oppfatning også kan betegnes som en bransjestandard. Bakgrunnen for dette er at kontraktsforholdet dreier seg om assistenttannlegens levebrød, og at de ofte bare har én oppdragsgiver. Det er i den forbindelse også grunn til å merke seg følgende formulering i en dom fra Bergen tingrett:

Det er rettens syn at det samarbeidsforhold denne kontrakten gjelder – forholdet mellom en assistenttannlege og en praksiseier for et tannlegesenter – typisk vil omfattes av en type samarbeidsforhold som etablerer en særlig streng lojalitetsplikt.

Dette betyr at begge parter, i rimelig grad, har plikt til å ta hensyn til den andre partens interesser. Hverken praksiseier eller assistenttannlegen kan ensidig hevde sine egne interesser, men må innenfor visse grenser ivareta hverandres interesser. Det er med andre ord et krav til «aktsom og lojal opptreden», som sikrer forutberegnelighet for begge parter.

Lojalitetsplikten har en funksjon både før, under og til en viss grad også etter at samarbeidet er avsluttet. Den gjelder alle sider av samarbeidsforholdet, også situasjoner som ikke uttrykkelig er regulert i kontrakten.

Allerede når partene forhandler om innholdet i en avtale, før avtaleinngåelsen, vil dette få betydning. Praksiseier vil for eksempel ha en plikt til å gi et nøkternt anslag over hvor stort pasientgrunnlag eller omsetning assistenttannlegen kan forvente å ha, som er i samsvar med avtalens omfang. Tilsvarende gjelder også for andre opplysninger som har betydning for kontraktsinngåelsen. Dette vil sørge for at partene har felles forutsetninger for avtalens inngåelse.

Også underveis i samarbeidsforholdet, vil dette få betydning. Det er vanlig å legge til grunn at kravene til lojal opptreden er strengere etter at en avtale er inngått. Det vil for eksempel innebære at assistenttannlegen ikke kan ta uforholdsmessig mange eller lange ferier, uten at dette er avklart med praksiseier på forhånd.

For praksiseier vil det innebære at det ikke kan kreves eller forventes at assistenttannlegen i stor utstrekning skal være til stede uten å få betalt, når det ikke er satt opp pasienter til behandling. I ytterste konsekvens kan dette medføre at

tannlegen i realiteten jobber gratis, med arbeid som vanligvis utføres av lønnet hjelpepersonell. På den annen side må assistenttannlegen i rimelig grad bidra til fellesskapet, uten at dette utløser rett til særskilt kompensasjon, f.eks. ved akutt eller kortvarig sykefravær hos hjelpepersonell.

Ikke minst ved avslutningen av samarbeidsforholdet, vil dette prinsippet kunne ha betydning på flere måter. Erfaringsvis er det også da partenes lojalitetsplikt blir satt mest på prøve.

Praksiseier kan for eksempel ikke la være å sette opp pasienter på assistenttannlegen i oppsigelsestiden. Assistenttannlegen på sin side kan ikke reklamere for egen fremtidig praksis eller arbeidssted, men mindre det er avtalt med praksiseier eller er et nøkternt og objektivt svar på direkte spørsmål fra pasienten.

Også etter opphør av samarbeidsavtalen kan lojalitetsplikt ha betydning, for eksempel ved vurderingen av om praksiseier kan påberope eller opprettholde en ellers gyldig etableringsrestriksjon, dersom årsaken til at samarbeidet avsluttes er manglende oppfyllelse av kontrakten (mislighold) fra praksiseiers side. Ett eksempel kan være klart sviktende pasientgrunn-

lag, i strid med partenes forutsetninger da avtalen ble inngått. Her kan for øvrig også avtalelovens bestemmelser komme til anvendelse.

Lojalitetsprinsippet gjelder også ved salg av en virksomhet. Praksiseier må opplyse om samtlige forhold som har betydning for verdien av virksomheten, slik at forhandlingene om salgssum er basert på et reelt grunnlag. Ett eksempel kan være at opplysninger om antall recallavtaler må avgrenses til pasienter som rent faktisk *har* en avtale med *praksiseier* om jevnlig, uoppfordret innkalling på salgstidspunktet. Noen assistenttannleger har egen pasientportefølje, som de har rett til å ta med seg hvis de slutter, og praksiseier vil ha plikt til å opplyse om dette. Et annet eksempel kan være at praksiseier må følge ordinære rutiner for innkalling og pasientbehandling også det siste året før virksomheten selges, slik at regnskapstallene er representative for en gjennomsnittlig årsomsetning.

Det er grunn til å understreke at dersom en av partene først har opptrådt illojalt, vil det kunne innebære at også den andre partens lojalitetsplikt enten blir mindre omfattende eller bortfaller. Hvis det for eksempel mangler nødvendig utstyr og



Send dine tanntekniske arbeider til Sverige

Tumba Dental är Stockholms största tandtekniska labb. Vi erbjuder den bästa kvalitén till konkurrenskraftiga priser. Allt är svensktillverkat och håller hög kvalitet!



tumbadental.se | info@tumbadental.se | +46 8-534 104 50

forbruksmateriell på klinikken fordi praksiseier ikke er betalingsdyktig, kan det heller ikke forventes (eller være mulig) for en assistenttannlege å oppfylle sine forpliktelser etter avtalen.

Alle som går inn i et forpliktende kontraktsforhold har en berettiget forventning om å kunne forholde seg til et minimum av redelighet og respektfull opptreden fra den andre parten. I praksis vil en slik lojalitetsplikt være en minimumsstandard til hva man kan forvente, eller en yttergrense for hva som tillates i et kontraktsforhold. Dersom en av partene opptrer i strid med disse forventningene, vil det kunne være et kontraktsbrudd, også i tilfeller hvor lojalitetsplikten ikke direkte fremgår av avtalen.

Lojalitetshensyn har betydning for hvordan kontrakten skal fortolkes, og tillegges vekt ved vurderingen av om kontrakten helt eller delvis skal settes til side etter avtalelovens bestemmelser.

Brudd på lojalitetsprinsippet er en selvstendig ugyldighetsgrunn, og kan føre til at hele eller deler av kontrakten etter en konkret og skjønnsmessig interesseavveining kjennes ugyldig. Hvis det er snakk om et «vesentlig mislighold» av kontrakten, kan dette gi grunnlag for både heving av kontrakten og erstatningsansvar. Den gjensidige lojalitetsplikten er et selvstendig rettsgrunnlag, som utfyller og supplerer de lovbestemte yttergrensene.

Den engelske formuleringen «principle of good faith» gjenfinnes også i bl.a. avtaleloven, som snakker om «i strid med

redelighet og god tro», «i strid med god forretningsskikk» og urimelige avtalevilkår.

Også avtalelovens generalklausul i § 36, er et utslag av lojalitetsplikten, og lyder slik:

En avtale kan helt eller delvis settes til side eller endres for så vidt det ville virke urimelig eller være i strid med god forretningsskikk å gjøre den gjeldende. Det samme gjelder ensidig bindende disposisjoner.

Ved avgjørelsen tas hensyn ikke bare til avtalens innhold, partenes stilling og forholdene ved avtalens inngåelse, men også til senere inntrådte forhold og omstendighetene for øvrig.

Lovbestemte begrensninger for hva som kan avtales, følger også av blant annet konkurranseloven, likestillingsloven og markedsføringsloven. I tillegg må en avtale mellom næringsdrivende både formelt og reelt gjenspeile at assistenttannlegen er næringsdrivende og ikke ansatt arbeidstaker.

En gjennomtenkt avtale som ivaretar begge parters interesser, og gjensidig respekt for hverandres ulike interesser underveis, vil i de fleste tilfeller bidra til å både forebygge og løse konflikter, også ved opphør av en samarbeidsavtale.

Se også artiklene: «Balanserte kontrakter er den beste forsikringen mot fremtidige konflikter» i Tidende nr. 4 2017 og «Assistenttannleger og foreldrepermisjon» i Tidende nr. 9 2017.

Art in Dent blir en del av Proteket



ART IN DENT
En del av **PROTEKET**



BERGEN TANNTEKNIKK
En del av **PROTEKET**



PROTEKET
Ullevaal Stadion



TANNSTUDIO
En del av **PROTEKET**

LOKALFORENINGSKURS I 2020?

Sekretariatets ansatte deltar som forelesere på en rekke kurs i lokalforeningens regi hvert år.

Ønsker dere en foreleser fra avdeling JUS & ARBEIDSLIV til et av lokalforeningens arrangementer i 2020 ikke nøl med å ta kontakt (i god tid) med oss på jus@tannlegeforeningen.no

Vi kan stille med foredragsholder til enkelttemaer der lokalforeningen har andre eksterne foredragsholdere, kveldskurs eller til et heldagskurs eventuelt lunsj til lunsj kurs.

Alt det praktiske må lokalforeningen stå for. Tannlegeforeningen dekker kostnadene til foredragsholdere fra sekretariatet. Lokalforeningen må selv dekke kostnader til lokale, bespising, eksterne foredragsholdere osv.

Lokalforeningen bestemmer selv om dere vil ta betalt av medlemmene for deltakelse på kurset.

Kjerneområder for den juridiske rådgivningen som gis fra sekretariatet er **arbeidsrett**, **helserett** og **kontraktsrett** (fortrinnsvis samarbeidskontrakter mellom praksiseier og assistenttannlege) kurs sekvenser innenfor disse hovedområder kan tilbys i 2020;

KONTRAKTSRETT

- Samarbeidskontrakter mellom tannleger

ARBEIDSRETT/PERSONALJUS

- Ansettelsesprosessen
- Arbeidsgivers styringsrett
- Arbeidstid
- Oppfølging i prøvetid
- Om ferie
- Nedbemanning på klinikken
- Oppsigelse
 - Virksomhetens forhold
 - Arbeidstagers forhold
 - I prøvetid
- Oppfølging av sykemeldte

HELSERETT

- Journalforskriften
- Forsvarlighetskravet
- Pasientens grunnleggende rettigheter
- Sentrale plikter for helsepersonell
- Utenlandsbehandling

PRAKSISDRIFT

- Kjøp og salg av praksis
- Valg av foretaksform
- Personvern og GDPR

ANDRE TEMA

- NTFs etiske regler
- Årets lønnsoppgjør
- Mønsteravtalen
- Hva gjør du når pasienten klager
- Om lønnsforhandlinger, lønnsfastsettelse og lønssamtale
- Sykehjelpsordningen for tannleger
- Grunnleggende om pensjon



Den norske
tannlegeforening

Oversikten er ikke uttømmende og dere må gjerne ta kontakt dersom det er andre temaer de ønsker belyst så vil vi vurdere om vi kan klare å levere slike foredrag, eller om dere bør finne eksterne foredragsholdere.

Spør advokaten

Sommerjobb som tannlegestudent

✍ **SILJE STOKHOLM NICOLAYSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF**

Jeg er tannlegestudent og skal ha sommerjobb på et tannlegekontor i sommer. Hva må jeg tenke på da?

Svar:

Pasientsikkerheten er førsteprioritet

Frem til du får autorisasjon eller lisens som tannlege kan du bare jobbe som medhjelper hos en autorisert tannlege (enten i privat eller offentlig virksomhet). Det er da tannlegen som er ansvarlig for at helsepersonelloven til enhver tid følges og at virksomheten utøves forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 5. Arbeidet utføres på den autoriserte tannlegens ansvar og forsikring i Norsk pasientskadeerstatning.

Kontrakt, lønn og arbeidsoppgaver

Det må opprettes et ansettelsesforhold og skrives kontrakt mellom deg og arbeidsgiver.

Siden det dreier seg om tidsbegrenset praksisarbeid kan du ansettes midlertidig. Lønns- og andre arbeidsbetingelser skal fremgå av ansettelsesavtalen.

Hvilke oppgaver kan du som student utføre?

Det finnes ingen fast regel om hva du kan eller ikke kan gjøre, men du kan ikke ha selvstendig behandleransvar. Det arbeidet du som student utfører på pasientene skal registreres på pasientenes journaler i ditt navn/med dine initialer, og dermed identifiseres som ditt arbeid. Det er derfor viktig at du har en egen bruker-ID i klinikkens journalsystem. Det er arbeidsgivers ansvar å vurdere dine faktiske, faglige kvalifikasjoner og kliniske kompetanse.

NTF anbefaler følgende retningslinjer for oppgaver:

Studenter som har fullført 1. og 2. studieår kan utføre tannhelsesekretær oppgaver. Studenter som har fullført 3. studieår kan utføre tannpleier oppgaver. Studenter som har fullført 4. studieår kan utføre tannpleier oppgaver og enklere tannlege oppgaver.

Tannlegestudenter med eget selskap

Noen tannlegestudenter etablerer sitt eget enkeltpersonforetak før de har fått autorisasjon som tannlege. For å kunne utføre betalte tjenester som selvstendig næringsdrivende må man midlertidig tegne pliktig ansvarsforsikring i Norsk pasientskadeerstatning (NPE), og det er først når man har autorisasjon som tannlege at det er mulig å få tegnet slik forsikring. Man kan derfor ikke levere tannlegetjenester fra dette foretaket før man har fått autorisasjon.

Labben som yter det lille ekstra

**Vi vokser gjennom løftene vi holder.
Vi formidler tannteknikk hver dag - Fri frakt!**



REHOLT

Tannteknisk Laboratorium AS

PRESISJON I ALLE LEDD

Adresse: J.N. Jacobsensgt. 15 • **Postboks** 194 - 1601 Fredrikstad

Telefon: 69 31 15 12 • 69 31 74 48 • **Telefax:** 69 31 70 86 • **Email:** post@reholt.no

www.reholt.no

DIGITALE AVTRYKK
reholt@3shape.no

Hva skjer med tannlegenes særaldersgrense?

Det er vanskelig å spå om framtiden, men en ting er imidlertid sikkert: Alle vil tape økonomisk på at partene ikke kommer frem til en løsning. Da forhandlingene med staten brøt sammen onsdag 12. februar, ser fremtiden høyst usikker ut. Tannlegeforeningen frykter at det kan ta lang tid før partene finner en løsning.

 **JOHN FRAMMER, ADVOKAT OG LEDER FOR NTFs AVDELING FOR JUS OG ARBEIDSLIV**

Akademikerne og NTF jobbet for en løsning, og brudd var ikke det utfallet vi ønsket. Akademikerne og NTF har vært opptatt av å sikre et godt pensjonsnivå for våre medlemmer, og vi mener at det ville vært mulig å fullføre forhandlingene med et akseptabelt resultat.

Særaldersgrenser betyr at noen arbeidstakere må gå av med pensjon noen år tidligere, for eksempel ved 57, 60, 63, eller 65 år, som er tannlegenes særaldersgrense.

Særaldersforhandlingene dreier seg om pensjonen til om lag 200 000 arbeidstakere i offentlig sektor.

Fordi folk er friskere og lever lenger, er partene i norsk arbeidsliv blitt enige om at det skal være fleksibilitet i forbindelse med uttak av pensjon. Alle kan m.a.o. i utgangspunktet ta ut pensjon fra 62 år, eller vente til de er 72 år. Og det skal lønne seg å jobbe lenger, men hvordan man skal kompensere de som ikke kan velge, de som plikter og ta ut pensjon fra en gitt alder, har man ikke funnet en løsning på.

Særaldersgrensene er det siste som gjenstår før pensjonsreformen av 2009/2011 kan sluttføres. Om vi viderefører dagens regelverk, betyr det på sikt svært lave pensjoner for dem med særaldersgrenser. Dette skyldes i hovedsak innføringen av levealdersjustering, og ikke ha muligheten for å stå lenger i arbeid for å kompensere dette.

Både arbeidsgivere og politikere har varslet at de ønsker å fjerne eller heve grensene i flere yrker, deriblant grensen for tannlegene. NTF har hatt spørsmålet oppe til debatt, både på NTFs tariffkonferanse og NTFs lønnspolitiske forum. Konklusjonen har da vært at det viktigste for våre medlemmer er at de som faktisk ikke kan jobbe på grunn av aldersgrensen, får tilstrekkelige midler å leve av som pensjonist.

Det er mange spørsmål om dette temaet for tiden, her er noen spørsmål og svar:

1. Hva er en særaldersgrense?

Ansatte med særaldersgrense kan og må gå av med pensjon tidligere enn andre.

2. Hvem har slike grenser?

Det er en rekke ansatte i offentlig sektor, f.eks. tannleger, sykepleiere, hjelpepleiere, renholdere, ansatte i politiet, brann- og redningsetaten og i forsvaret.

3. Hva begrunnes disse aldersgrensene med?

Det kan for eksempel være at tjenesten medfører uvanlig fysisk eller psykisk belastning på arbeidstakeren slik at de normalt ikke makter å skjøtte arbeidet forsvarlig til den alminnelige aldersgrensen. Eller at tjenesten stiller spesielle krav til fysiske eller psykiske egenskaper, som normalt blir sterkere svekket før den alminnelige aldersgrensen enn det en forsvarlig utførelse av tjenesten tilsier.

4. Hvorfor har partene forhandlet?

Pensjonssystemet er de siste årene lagt om. Målet er å få folk til å jobbe lengre og at pensjonssystemet skal bli økonomisk bærekraftig over tid.

Det er blant annet innført såkalt levealdersjustering. Det innebærer i praksis at utbetalt alderspensjon per år blir lavere når den forventede levealderen i befolkningen øker. For å få samme pensjon som dagens pensjonister, må folk derfor stå lenger i jobb. Folk som går av tidlig får dermed lavere livsvarig pensjonsnivå på grunn av kortere tid til å opptjene pensjon. Med ny offentlig tjenstepensjon vil ansatte med særaldersgrenser komme mye dårligere ut enn før.

5. Hvorfor ble det brudd?

Det var uenighet om den økonomiske kompensasjonen for dem som omfattes av særaldersgrenser.

6. Hvem har forhandlet?

Arbeidsgiversiden har bestått av regjeringen, med arbeids- og sosialministeren i spissen, KS (kommunenes interesseorganisasjon) og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter. De har forhandlet med LO, Unio, YS og Akademikerne.

7. Er det enighet om disse aldersgrensene?

Nei, politikere i både Venstre og Frp har kjempet for å fjerne dem. Høyre, Frp, Venstre og KrF ble i 2017 enige om at Regjeringen i samråd med partene i arbeidslivet skulle vurdere «om dagens system med særaldersgrenser for ansatte i staten og statlige virksomheter bør endres, i tråd med utviklingen i samfunns- og yrkesliv.»

Da det ble enighet om ny offentlig tjenstepensjon, var det imidlertid enighet om å beholde særaldersgrenser.

8. Skal dagens særaldersgrenser beholdes?

Trolig ikke. Ifølge regjeringen blir det et nytt forhandlingsløp om hvem og hvilke i nær fremtid.

Et ekte dansk kunststykke

bygget på bærekraftige
materialer og god design.

Preges du av håndleddsslitasje som
følge av tilbaketrekk fra piskene?
Da vil du og håndleddet ditt elske
Hekas avbalanserte instrumenter!

Les mer om uniten på:
dentalnet.no/uniclines



Vi arrangerer fabrikkbesøk til Hekas lokaler i København litt senere i år. Ta kontakt for å melde din interesse. Besøket vil by på omvisning i produksjonen, god mat samt sightseeing og egentid i byen.

hekadental®

dental sør
OPPLEV 1.KLASSE

Dental Sør AS | Postboks 901, 4509 Mandal | +47 38 27 88 88 | post@dentalnet.no

Snakk om etikk

Allmenntannlegens samarbeid med spesialist

 **MORTEN KLEPP, LEDER AV NTFS ETIKKRÅD**
LINE BJERKLUND PEDERSEN, MEDLEM AV NTFS ETIKKRÅD

Virkksomheten til tannleger som er medlem av NTF skal ha hovedfokus på pasientenes helse, og kunnskapsbasert behandling. Dette framgår tydelig av våre etiske regler § 1 og 2.

Paragraf 8 handler om pasientbehandling. Her står det at tannlegen skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra tannlegens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Overflødig eller unødvendig behandling må ikke finne sted. Behandlingen bør baseres på gjensidig tillit, og skal bygge på informert samtykke.

Det står også at om undersøkelser eller behandling krever kunnskap eller metoder som tannlegen ikke innehar eller behersker, skal det sørges for at pasienten henvises til andre med større kompetanse på angjeldende felt.

Når det gjelder samarbeidet med spesialist sier paragraf 13 at når en pasient er henvist til spesialist eller annen spesielt kompetent tannlege for en bestemt behandling eller vurdering, skal henvisende tannlege så snart som mulig orienteres om diagnose og utført behandling. Ytterligere behandling skal ikke utføres uten at henvisende tannlege orienteres. Den som mottar henvisning skal kommunisere med henvisende kollega om diagnose, behandlingsbehov og utført behandling.

Henvisning og tilbakevisning av pasienter mellom kollegaer må bygge på faglige kriterier og pasientens behov for et kontinuerlig helsetilbud. En tannlege skal, hverken av tannleger eller andre, kreve eller motta noen form for honorar eller vederlag for å henvise eller anbefale en pasient til en kollega. Tannlegen skal heller ikke betale noen form for honorar eller vederlag for å få henvist en pasient til seg.

Dette betyr at det er en tydelig uttrykt plikt, det skal sørges for henvisning dersom du selv ikke innehar eller behersker det som kreves. Om man velger å henvise en pasient til spesialist, er det viktig med god informasjon til pasienten, og til spesialisten. Henvisende

tannlege og spesialist må også bli enige om det kan utføres noe forbehandling hos henvisende tannlege.

Mange tannleger møter på praktiske utfordringer når det gjelder henvisning til spesialister. I mange deler av landet er det lang reisevei til nærmeste spesialist. Det er også svært få spesialister i enkelte regioner, og dermed lange ventelister. Med slike forhold kan terskelen bli høyere for henvisning. Men dermed opphører ikke plikten til å yte behandling i henhold til § 8. Tannleger i distriktene er vant med å yte mange typer behandling som kollegaer med god tilgang til spesialisttjenester gjerne henviser. Etter endt utdanning har tannlegene god kompetanse, og med bred klinisk erfaring og god kompetanseutvikling gjennom kurs og klinikk tilbys det god og tilstrekkelig behandling av allmenntannleger.

Mange tannleger som har mulighet til å henvise, velger å utføre behandlingen selv, når de mener at de kan tilby nødvendig og adekvat behandling. Imidlertid er det viktig å innse sine begrensninger, slik at man ikke utsetter pasienten for unødvendig behandling og økonomisk belastning. Hvis man tenker at man skal henvise er det også viktig å klargjøre pasientens forventninger. Pasientene har generelt stor tillit til egen tannlege, og vil gjerne at all behandling skal utføres hos denne. Man bør gi god informasjon om hvorfor man ønsker å henvise, men også om hvilke andre alternativer som finnes. Reise og behandling hos spesialist kan være dyrt. Dette er viktig og ofte avgjørende informasjon for om pasienter skal velge henvisning. Man bør etterstrebe at henvisning medfører minst mulig praktisk og økonomisk belastning for pasienten.

Noen tannleger har foretrukne spesialister som de henviser til. Grunnen til dette kan være bekjentskap eller gode erfaringer med tidligere henviste pasienter. Det er ikke noe uetisk ved dette. Men paragraf 13 sier tydelig at det ikke skal foreligge noen fordeler i form av honorar eller annen type vederlag for henviser eller spesialist.

Spesialistene har også forpliktelser. Når man mottar en henvisning, må man vurdere om henvisningen inneholder all nødvendig informasjon, eller om ytterligere informasjon må innhentes på forhånd fra

henvisende tannlege. Når man så har undersøkt pasienten, skal man melde tilbake funn og diagnoser og utført behandling til tannlege og pasient. Noen ganger kan det være hensiktsmessig å diskutere behandlingsplan med henvisende tannlege før man går i gang, spesielt hvis pasienten ønsker eller velger en behandling som helt greit kan utføres av behandlende tannlege.

Når spesialisten har stilt sin diagnose og behandlingen er bestemt og utført, er det viktig med god og rask tilbakemelding til henvisende tannlege. Noen ganger skal pasienten følges opp med kontroller hos spesialist, og noen ganger skal videre behandling utføres hos henvisende tannlege. Et godt samarbeid og god kommunikasjon er sentralt for å sikre et kontinuerlig helsetilbud og et godt sluttresultat på behandlingen.

Selv om det kan være indikasjoner for, og derfor fristende for en spesialist å utføre mer behandling eller annen behandling enn det pasienten er henvist for, skal ikke dette forkomme uten at henvisende

tannlege blir orientert. Her forutsettes god og tydelig kommunikasjon mellom behandlerne, med klar målsetting om faglig enighet innen oppstart av terapi. Pasienten må bli informert om aktuelle alternativer og om konsekvensene av de ulike valgmuligheter. Pasienten skal foreta et valg basert på informert samtykke etter best mulig informasjon og anbefalinger fra de involverte behandlere. Til syvende og sist er det pasienten som bestemmer. Plikten til å kommunisere og orientere og informere påligger tannlegen, med pasients helse som overordnet hensyn.

Forholdet mellom pasient og tannlege bygger i stor grad på tillit. Pasienten har stor tillit til at tannlegen er kompetent og utfører nødvendig og forsvarlig behandling. På samme vis skal forholdet mellom kollegaer være basert på tillit. En tannlege som henviser til en kollega og spesialist må kunne forvente et godt faglig samarbeid og behandling som er til beste for pasienten.



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

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

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

NTF – medlemstilbud

Book en jurist

Book en jurist vil være et medlemstilbud ved enkelte av NTFs arrangementer våren 2020. Du vil som medlem få anledning til å reservere tid med en av NTFs advokater og få veiledning innen f.eks lønn- og arbeidsvilkår, kontrakter, arbeidskonflikter eller spørsmål om oppsigelser, ferie og/eller permisjon.

Midt-Norgemøtet 2020

Trondheim 23. – 24. april – Treffetid torsdag 11.00-16.00

Midnattssolsymposiet 2020

Tromsø 18. – 19. juni – Treffetid torsdag 11.00-16.00

Avtale kan bookes ved å sende e-post til jus@tannlegeforeningen.no
Husk navn, medlemsnummer, hva saken gjelder, samt skriftlig dokumentasjon av betydning for saken.

Frister for forespørsel om time:

Midt-Norgemøtet 2020: Mandag 20. april

Midnattssolsymposium 2020: Fredag 5. juni



**Den norske
tannlegeforening**

Coltène/Whaledent
www.everglow.coltene.com



96%
overall
rating

Description

BRILLIANT EverGlow is a highly esthetic and user-friendly universal submicron hybrid composite. Its filler technology is designed for gloss properties such as a high polishability and long-lasting high luster. It also has convenient sculptability without slumping and good wettability for easy handling. The **BRILLIANT EverGlow** shade system has three translucency levels and exceptional blending properties allowing for highly esthetic and flexible single-shade and multi-shade restorations. The medium-translucent Universal shades provide an exceptional blending effect, making them ideal for seamless, single-shade restorations. Duo Shades, which match two VITA shades in one (e.g. A2/B2), help reduce decision time and the amount of material in storage. For use in multi-shade restorations, the Universal shades can be combined with opaque masses and translucent enamel masses. Each **BRILLIANT EverGlow** shade is available separately as a syringe (3 g) or in boxes with 20 uni-dose tips (0.2 g each). Kits containing 4 or 9 shades are also provided and include a Shade Guide with original material for free.

Special Features

- Excellent sculptability, smooth consistency and non-slumping
- High polishability and gloss retention
- Adheres to the bonded tooth surfaces rather than sticking to the instrument
- Esthetic single-shade restorations
- Versatile shade system with three translucencies

Indications

- All anterior and posterior direct composite single and multi-shade restorations
- Luting and repairing of ceramic and composite restorations

Consultants' Comments

- "Excellent consistency and handling. It is easy to dispense, flows well and doesn't slump."
- "Packs well, good marginal adaptation and can be sculpted."
- "Great chameleon-like properties and one of the easiest composites to finish that I've tried."
- "Great polishability!"
- "Blends well. The blended shade is brilliant for that one patient who's in between shades."
- "Love all the shade options."
- "A little hard to dispense and adapt well."
- "Layers were challenging without having visible lines/seams."

"SUPERB
LIFE-LIKE
ESTHETICS
AND LUSTER."



Clinical Tips

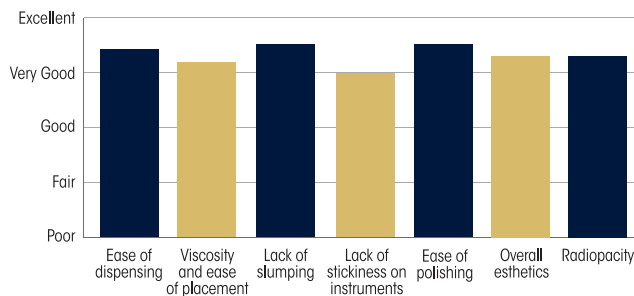
- The opaque shades match/adapt well with porcelain repairs and endodontic access opening restorations.
- For shade matching, extrude a little bit on the tooth and light cure it to check.
- Great for teeth with minimum remaining coronal structure.

Evaluation Highlights

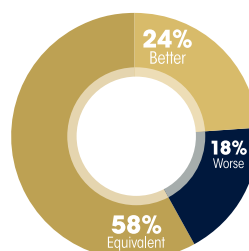
BRILLIANT EverGlow was evaluated by 33 consultants, and used 771 times.

- Versatile system with multiple translucency levels
- Easy to handle and place
- Good adaptability
- Esthetic and high luster
- Unique hard plastic syringe sleeve to avoid cross contamination and damage to label when disinfecting. Syringe sleeve may be wiped down with a surface disinfectant

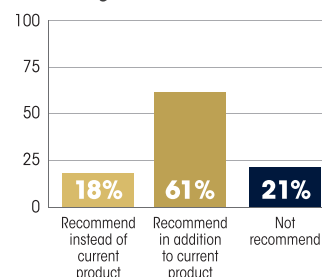
Key Features:



Compared to Competitive Products:



Percentage of Consultants Who Would:



SHAPING THE FUTURE OF ORAL HEALTH

Shanghai China

NATIONAL EXHIBITION AND CONVENTION CENTER

1–4 September **2020**

ABSTRACT SUBMISSION DEADLINE

25 March 2020

EARLY-BIRD REGISTRATION DEADLINE

31 May 2020

Tandfaglige Dage

23-24 april 2020, Bella Center Copenhagen

Tandlægeforeningen i Danmark og Bella Center Copenhagen inviterer til Tandfaglige Dage.

5 gode grunde til at deltage i Tandfaglige Dage:

1 Mød dentalbranchen under ét tag

Du får to dage med faglig viden på højt niveau og kollegialt samvær blandt anerkendte aktører inden for dentalbranchen.

2 Gratis efteruddannelse (tand-talks)

Vælg mellem hele 12 tand-talks fordelt på to dage. De koster ikke noget og kræver ingen tilmelding på forhånd.

3 Kursussessioner med høj faglig efteruddannelse for alle faggrupper

Programmet for tandfaglige Dage er udviklet af en faglig komité med fokus på at sammensætte et alsidigt kursusprogram for hele tandklinikteamet.

4 Skræddersy dit program

Med fleksibilitet som nøgleord, kan du selv sammensætte dit kursusprogram ved at kombinere gratis efteruddannelse med muligheden for at tilkøbe sessioner. Gennem "pay-per-view" konceptet kan du dermed udelukkende vælge at gå til de kurser, som du har lyst til.

5 Internationale Keynote Speakers

I 2020 kan vi præsentere to internationalt anerkendte Keynote Speakers: Morten Schiødt og Stefano Gracis.



Morten Schiødt
Overlæge, dr. odont.,
gæsteforsker



Stefano Gracis
DMD, MSD

Få 20% rabat

Som medlem af den norske tannlegeforening kan du købe kursussessioner til samme pris som danske medlemmer.

Kurs- og aktivitetskalender

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

12.–13. mars	Oslo	NTFs symposium
20.–21. mars	Oslo	NFOKOM Vårkurs
26. mars	Ferdighetssenteret, Oslo	Arbeidskurs i periodonti
23.–24. april	Trondheim	Midt-Norgemøtet
13.–14. mai	Ferdighetssenteret, Oslo	Arbeidskurs i protetik
5.–6. juni	Loen	Loenmøtet
5.–6. juni	Kragerø	Kragerøkurset
18.–19. juni	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium
27.–29. aug	Bergen	SkandEndo
29.–31. okt	Lillestrøm	NTFs Landsmøte

Andre kurs, møter og aktiviteter

19. mars	Oslo	Møte i Sentralt Næringsutvalg (SNU)
24. mars	Oslo	Møte i Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
23.–24. april	Bella Center Copenhagen	Tandfaglige Dage
29.–30. april	Oslo	Møte i NTFs fag- og etterutdanningsutvalg
29. mai	Oslo	Møte i Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
2. juni	Oslo	Møte i Sentralt Næringsutvalg (SNU)
3.–4. juni	Oslo	Hovedstyremøte
4.–5. juni	Oslo	Forum for tillitsvalgte
9.–10. juni	Sandefjord	Samfunnsodontologisk forum
11.–12. juni	Moss/Larkollen Støtvig Hotel	Møte i Nordiske offentlige ansatte tannleger (NOAT)
17. juni	Tromsø	Møte i NTFs fag- og etterutdanningsutvalg
20. aug	Oslo	Møte i Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
26.–27. aug	Oslo	Hovedstyremøte
2.–4. sep	Praha	Videregående kurs for tillitsvalgte i KS-området
1.–14. sep	Shanghai	FDI World Dental Congress
24.–25. sep	Oslo	Møte i NTFs fag- og etterutdanningsutvalg
8. okt	Oslo	Møte i Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
15. okt	Oslo	Hovedstyremøte
11.–13. nov	Gøteborg	Swedental og Riksstämman 2020
25.–26. nov	Oslo	Hovedstyremøte
26.–27. nov	Oslo	Ledermøtet
10.–11. des	Oslo	Møte i NTFs fag- og etterutdanningsutvalg

Viktige datoer 2021–2022

14.–16. jan 2021	Bergen	Vestlandsmøtet
11.–12. mars 2021	Oslo	NTFs symposium
17.–18. juni 2021	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium
26.–29. sep 2021	Sydney	FDI World Dental Congress
4.–6. nov 2021	Bergen	NTFs Landsmøte
13.–15. jan 2022	Bergen	Vestlandsmøtet

Vårens TSE-moduler

Modul	Sted	Tid
Modul 6 – Oral kirurgi og Kjeve- og ansiktsradiologi	Nord-Trøndelag, Steinkjer	1. samling: 13.–14. januar 2. samling: 26.–27. mars
Modul 7 – Restorativ behandling	Østfold, Sarpsborg	1. samling: 31. jan.–1. febr. 2. samling: 27.–28. mars
Modul 8 – Spesielle faglige utfordringer	Nordland, Bodø	1. samling: 28.–29. januar 2. samling: 25.–26. mars
Modul 9 – Endodonti	Troms, Tromsø	1. samling: 11.–12. februar 2. samling: 17.–18. april
Modul 10 – Periodontale sykdommer	Vestfold, Larvik	1. samling: 23.–24. januar 2. samling: 20.–21. mars

Kursene presenteres i «Etterutdanningskatalogen vinter/vår 2020»



Dentalstøp

Import

Kvalitet til lavpris

@ import@dentalstoep.no

☎ 55 59 81 70

🌐 dentalstoep-import.no

- ➔ Vi framstiller og trimmer alle modeller i Norge
- ➔ Ansvar for det tann-tekniske produktet ligger hos oss
- ➔ All kontakt foregår på norsk, med oss i Norge
- ➔ 5 års garanti på fast protetik, og 3 år på avtagbar
- ➔ Vi henter og sender arbeid daglig med Postnord, til hele landet. For å bestille opphenting, ring oss på 55 59 81 70, så ordner vi resten for dere

**Vi tar også
imot digitale
avtrykk fra
alle kjente
system**

Kurs for nye lokale tillitsvalgte i NTF

Den 25. og 26. februar arrangerte NTF sitt årlige kurs for nye tillitsvalgte fra NTFs lokal- og spesialistforeninger. Kurset er i tillegg til opplæringsfunksjonen, en god anledning til å møte politisk ledelse i foreningen, de ansatte i sekretariatet og ikke minst tillitsvalgtkolleger fra hele landet. Foto: Kristin Aksnes.



◀◀ tilbakeblikk

19/20

Tale til damerne

«... En mere prosaisk mand har se't,
Ligheden med en cigaret.
Net og slank og elegant,
Klædt i uskyldsvidt gevandt.
Let og glad du blir i aanden,
Naar du den faar ta i haanden.
Har du gnisten – snart den gløder,
Naar den dine læber møder.
Men! – det kan jo og sig blænde,
At du dig paa den kan brænde,
Og det er jo ogsaa givet,
At ei én er nok for livet,
Saa det blir en meget slet
Lighet med en cigaret.»

Et av seks vers fra Holmboe-Henrichsens tale for damerne ved festen etter årsmøtet i 1920.

🕒 Fra første hefte av Tidende, desember 1920

19/70

Refusjonsordning for barn i ubetjente tannrøktidistrikter?

«Den 18. februar 1970 stilte representanten Thor Myklebust følgende grunngitte spørsmål til sosialministeren: Spørsmål til sosialministeren om folketannrøkta har siste åra vore reist fleire gonger her i Stortinget. ... Statsråden synest kanskje difor at det er innpåtregjande å koma med eit spørsmål som har samanheng med denne saka no på nytt. Når eg likevel gjer det, er det på grunn av at statsråden, etter mi tolkning har svara negativt til dei som har spurt før. Når det har vore spørsmål om refusjon fra staten for utlegg til tannrøkt for folk i slike distrikt som ikkje har tannlækjar i tannrøktdistriktet, og som har lote søkja tannlækjar på andre stader, har statsråden svara at lova om folketannrøkt av 1949 ikkje gjev høve til det.»

🕒 Fra Tidende nr. 3, mars 1970

20/10

Din europeiske kollega

«I flere europeiske land forekommer et fenomen som er velkjent i Norge, i hvert fall i deler av landet. Man er nødt til å importere tannleger for å få stillinger besatt. I Norge er andelen tannleger som er utdannet utenlands hele 23 prosent. Bare England ligger høyere, med 25 prosent.»

... «Det er ikke det helt store antallet likhetspunkter mellom spesialistene og spesialitetene i Europa heller. Kjeveortopedi er faktisk den eneste spesialiteten som går igjen i alle landene.

Norge og Sverige har betydelig flere spesialiteter enn for eksempel Danmark, som nøyer seg med to. Det er likevel Storbritannia som topper listen. Der har de nemlig hele 11 spesialiteter innen odontologi.»

Fra «Database of Oral Healthcare»

🕒 Fra Tidende nr. 4, mars 2010

Fylkene, med tannhelsesjefer, etter 1. januar 2020

Fylkesstrukturen med 11 fylker er etablert. De fleste fylkene har en fylkestannlege, fylkestannhelsesjef eller en direktør for noe med tannhelse, mens tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark ligger under ansvarsområdet til divisjonsdirektør for kultur og levekår.

Her er oversikten, over fylker og tannhelsesjefer, fra nord til sør:

Troms og Finnmark:	Divisjonsdirektør for kultur og levekår, Marianne Pedersen
Nordland:	Fylkestannhelsesjef, Henrik Schmidt
Trøndelag:	Fylkestannlege, Kari Strand
Møre og Romsdal:	Tannhelsedirektør, Anthony Normann Valen
Innlandet:	Fylkestannlege, Claes Næsheim
Vestland:	Fylkestannlege, Lathamini Murugesu
Viken:	Fylkestannlege, Berit Binde
Oslo:	Avdelingsdirektør og fylkestannlege, Lene Helwig-Larsen
Rogaland:	Fylkestannhelsesjef, Pernille Lysaker
Vestfold og Telemark:	Direktør for tannhelse og forebygging, Turid Kristoffersen
Agder:	Fylkestannhelsesjef, Terje Andersen

(Innlandet fylke består av tidligere Hedmark og Oppland, Vestland fylke består av tidligere Hordaland og Sogn og Fjordane, Viken fylke består av tidligere Akershus, Buskerud og Østfold, Trøndelag fylke består av tidligere Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag, Agder fylke består av tidligere Aust-Agder og Vest-Agder.)

Personalia

Dødsfall

Knut Nygaard, f. 05.03.1951, tannlegeeksamen 1976, d. 26.01.2020.
Torbjørn Gravir, f. 19.11.1938, tannlegeeksamen 1963, d. 16.02.2020

Tips og bidrag til Notabenespalten sendes til
tidende@tannlegeforeningen.no

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

Total Fill

Biokeramisk sealer



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

www.technomedics.no/totalfill

EasyCut

Guttaperka-kutter



Enkel og pålitelig brenner for kutting av guttaperka.

www.technomedics.no/easycut

Labrida

BioClean



Bedre og enklere vedlikehold av tannimplantater.

www.technomedics.no/labrida



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år – Del 2

Retningslinjen er ute på høring, med høringsfrist 15. mai, 2020.

Helsedirektoratet ønsker spesielt tilbakemelding på tre anbefalinger fra følgende høringsinstanser:

Regionale helseforetak (RHF) anmodes om å gi uttalelse til 4. anbefaling i kapittel 3 om kjøp av narkosetjenester i forbindelse med tannbehandling.

Det er få private tilbydere av narkosetjenester. De fleste steder er det lokale helseforetaket eneste ressurs for å tilby narkosetjenester. Derfor er det naturlig at avtale blir inngått mellom fylkeskommunen og lokale helseforetak. Vi ber de regionale helseforetakene om uttalelse til hvordan det kan legges til rette for slike avtaler. Se utdrag av anbefalingen i kapittel 3:

«Fylkeskommunen

- skal sørge for at tilbudet om tannbehandling i generell anestesi (narkose) er faglig forsvarlig og tilgjengelig for barn og unge som har behov for et slikt tilbud
- bør ha avtale med helseforetak eller privat virksomhet om kjøp av narkosetjenester.

Ventetiden for tannbehandling i generell anestesi bør

- maksimalt være 1 døgn ved akutt behandlingsbehov
- på sikt være maksimalt 3 måneder ved ordinær behandling.»

Kommuner og helseforetak anmodes om å gi uttalelse til 1. anbefaling i kapittel 6, der fylkeskommunen anbefales å inngå samarbeidsavtaler med kommuner og helseforetak.

I tillegg til overordnede samarbeidsavtaler anbefaler retningslinjen å inngå operative avtaler med underliggende/lokale enheter eller avdelinger. Kommuner og helseforetak gjøres oppmerksom på dette slik at aktuelle enheter kan få uttale seg.

Her er utdrag fra anbefalingen:

«Aktuelle enheter i kommuner:

- Barnevernet og barnevernsinstitusjoner
- Kommuneoverlege, fastlege
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

- Helse- og omsorgstjenesten, bo- og omsorgsinstitusjoner
- Psykisk helse- og rustjeneste, psykolog
- Barnehager

Aktuelle enheter i helseforetak:

- Anestesienhet, oralt helseteam
- Barne- og ungdomsavdeling
- Habilitering- og rehabiliteringsenhet
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og voksenpsykiatrisk poliklinikk»

Fylkeskommunene anmodes om å gi uttalelse til 3. anbefaling i kapittel 1, om tilrettelagte tjenester av kompetent personell for barn med helseutfordringer, habilitering- eller rehabiliteringsbehov.

På rådslag med fylkestannlegene i august 2019 var det delte meninger om anbefalingen. Den ble endret etter rådslaget i tråd med det vi oppfattet som flertallets mening. I tillegg er det utarbeidet et måltall for dekningen av spesialister i pedodonti, se begrunnelsen. Det kom en innvending til dette i den interne høringen, som ikke er tatt til følge. Derfor er det spesielt ønskelig med innspill på denne anbefalingen. Her er utdrag fra anbefalingen:

«Den offentlige tannhelsetjenesten i hvert fylke bør ha

- spesialister i pedodonti og dekningsgraden bør økes til 1 spesialist per 3 000–35 000 barn 0–18 år
- tannlegespesialister som kan delta i interdisiplinært samarbeid om utredning og behandling av barn med * helseutfordringer, habilitering- eller rehabiliteringsbehov.»

Bakgrunn

Helsedirektoratet vedtok å utvikle retningslinjen i 2013 etter anmodning fra deler av tjenesten. Retningslinjen svarer også ut et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2014 om å utarbeide og igangsette et flerårig program for reduksjon av sosial ulikhet i tannhelsen hos barn og unge.

Første del av retningslinjen ble publisert i oktober 2018. Den omhandler helsefremmende og forebyggende tannhelsetjenester, samt opplysningsplikten til barnevern og annen offentlig myndighet.

Innhold i høringsutkastet av retningslinjens del 2:

- Tilrettelagte tilbud for barn og unge med ulike utfordringer
- Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning
- Bruk av legemidler, lystgass eller generell anestesi ved tannbehandling
- Operativ behandling av karies, samt forebygging og behandling av ulike orale sykdommer eller tilstander

Målgrupper for retningslinjen

Primære målgrupper er

- ansvarlige for den offentlige tannhelsetjenesten
- offentlig og privat tannhelsepersonell i allmenntjenesten som yter tjenester til barn og unge.

Sekundære målgrupper er

- helsestasjon- og skolehelsetjenesten
- andre helsetjenester i kommuner og helseforetak, fastleger, psykologer, øvrige helsepersonell
- barnevernet og barnevernsinstitusjoner
- barnehager, skoler og andre som er i kontakt med barn og unge.

Metode og elektronisk publisering

Målet med en nasjonal faglig retningslinje er å bidra til kunnskapsbasert praksis. Det innebærer at forskning, klinisk erfaring og brukererfaring vurderes samlet opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte anbefalinger, inkludert prioriteringskriterier og ressursbruk. Retningslinjens anbefalinger er utformet på bakgrunn av disse hensynene og har målsetning om å

- sikre god kvalitet på tjenestene
- sikre riktige prioriteringer
- løse samhandlingsutfordringer
- sikre helhetlige pasientforløp
- hindre uønsket variasjon i tjenestene

Retningslinjen er publisert i digitalt format. Anbefalingene i korttekst og utdypende tekst presenteres først, deretter «Praktisk – slik kan anbefalingen følges» og «Begrunnelse». Den siste har underfaner som viser forsknings- og/eller lovgrunnlag, og referanser.



TANNLEGER

SPESIALISTER

TANNPLEIERE

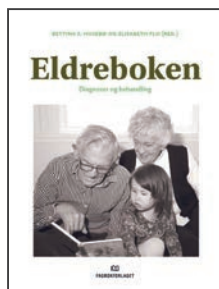
Vil du være med på
å videreutvikle en
**av Norges ledende
tannlegeaktører?**



Odontias visjon er å skape fremtidens tannlegeaktør sammen med Norges flinkeste tannleger og spesialister. Vi gjør dette gjennom en sterk kultur med fokus på kvalitet, personlig service og stadig videreutvikling og forbedring.

Nå søker vi etter en engasjert og erfaren regionsleder for Stor-Oslo.

Se hele stillingsannonsen på finn.no



Bettina S. Husebø
og Elisabeth Flo:

Eldreboken

Diagnoser og
behandling

Hva vil det si å ha en verdig alderdom?

Forlagets egen omtale:

«I Eldreboken treffer leseren eldre som er i sitt livs form, passer barnebarn, trener og er en frivillighetsressurs. Andre opplever sykdom og er mer pleietrengende. Noen har et støttende sosialt nettverk mens andre er isolerte og ensomme.

Eldreboken er initiert av Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen, og leseren får presentert en rekke pasienthistorier som beskriver krevende livssituasjoner og utfordringer for både pasient, pårørende og helsepersonale. Historiene gjenspeiler en del av norsk eldreomsorg med profesjonelle, løsningsorienterte aktører. Bak i boken finnes spørsmål og svar knyttet til de enkelte kapitlene som kan bidra til refleksjon. Forfatterne er 59 forskere og fagfolk fra hele Norge, samt Skandinavia, Tyskland og Japan. Boken presenterer kunnskap fra alle tjenestenivåer: Forebyggende, helsefremmende og oppfølgende tiltak i kommunen og i tannhelsetjenesten.

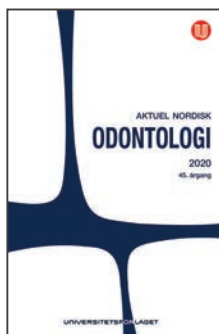
Boken presenterer også kunnskap om utredning og behandling som gjennomføres på sykehjem og i spesialisthelsetjenesten. Eldreboken oppfordrer til lagarbeid, der brukerinvolvering bør initieres allerede i utdanningsløpet for studenter innen medisin, sykepleie, psykologi, farmasi, ernæring, odontologi, musikkterapi, fysioterapi, jus, omsorgsteknologi, sosialt arbeid og andre relevante helsefag.

Om forfatterne:

Bettina S. Husebø er professor ved Universitetet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, leder for Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) og forsker i Bergen kommune. Hun er anestesilege og intensivmedisiner med kompetansepåbygging i palliativ medisin og sykehjemsmedisin.

Elisabeth Flo er psykolog og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og jobbet ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin (SEFAS) da hun var postdoktor. De senere årene har hun forsket på og undervist om søvn hos eldre og personer med demens.»

Bergen: Fagbokforlaget; 2019. ISBN: 9788245021783



Aktuell nordisk odontologi 2020

Forlagets egen omtale:

«Aktuel Nordisk Odontologi bringer ajourførende, korte og letforståelige artikler om klinisk relevante emner for praktiserende tandlæger. Årsskriftet utgives i starten av hvert år og er illustrert. Artiklene er skrevet på dansk, svensk eller norsk. Aktuell Nordisk Odontologi er udgivet af Universitetsforlaget AS.»

I redaksjonen: redaktør Palle Holmstrup, professor, Københavns Universitet, redaksjonssekretær Maria Julie Kvetny, Københavns Universitet. Øvrig redaksjon: Lise-Lotte Kirkevang, lektor, Aarhus Universitet, Gunilla Klingberg, professor, Tandvårdshögskolan i Malmö, Ulla Pallesen,

overtannlege, Københavns Universitet, Aida Mulic, seniorforsker, Nordisk institutt for odontologiske materialer (NIOM)

Fra forordet:

«Dette års udgave af Aktuel Nordisk Odontologi er den 45. årgang, hvilket indebærer, at der er udgivet mere end 600 artikler med det formål at skabe relevant opdatering for klinikere i Norden. I redaktionen har vi tilstræbt at komme rundt i alle de odontologiske fag, og de 45 års udgivelser er vel i sig selv et udtryk for, at det i nogen grad er lykkedes.

I år har vi valgt at bringe artikler om moderne oral mikrobiologi, tandturisme og dens konsekvenser, og om det tabubelagte emne, halitosis. Hvad er evidens egentlig? – og hvordan gennemfører vi beslutninger i klinikken? – er andre emner. Der er ofte diskussion om årsager til, at rodfile knækker, og det er også lykkedes at få en artikel om dette. Desuden om cervical rodresorption, plastmaterialer, om tandregulering, orale perspektiver af neurodegenerative sygdomme, whiplash, caries i primærtandsættet og minimal invasiv behandling.»

Oslo: Universitetsforlaget; 2020.

ISSN Online: 2058-7538. ISSN Print: 1902-3545



Tonje Mølsted
Kristoffersen:

Tannfeenes magiske hjem

Forlagets egen omtale:

«Bli med på den eventyrlige reisen til Alvheim, tannfeenes magiske hjem. Frida går i 1. klasse, og er den eneste i klassen som ikke har mistet sin første tann. En dag møter hun på tannfeene, som tar henne med seg

inn til Alvheim, stedet der alle verdens tannfeer holder til.

I Visdomsdalen oppbevares alle melketennene i verden, og tann trollene prøver å gjøre alt de kan for å komme til en tann med hull i.»

Boka kan for øvrig opplyse om at Tannfedagen er hele to ganger i året: 28. februar og 22. august.

Kolofon forlag. ISBN: 9788230018934



Bjørn Klinge og Pamela Andersson

Din hälsa sitter i munnen

– 101 frågor og svar om munh lsa og kopplingen mellom vetenskap, folksjukdomar og ett l ngt og friskt liv

Forlagets egen omtale:

«Munnen og v r hälsa h nger ihop mycket mer än man tidigare trott. En knapp m rkb r inflammation kan till exempel skada hjärtat. H r f r vi de senaste r nen om munhälsa och dess koppling till olika sjukdomar. Om vi lär oss sköta våra tänder rätt kan vi främja hälsan och hålla oss friskare.

Intresset för, och forskningen kring, v r hälsa har fullkomligt exploderat. På senere tid har mer og mer fokus riktats mot kopplingen mellom tarmen og bakteriefloras påverkan på vår hälsa og immunf rsv r. Nu är det dags att rikta blicken mot munnen og bakteriefloras väg in i kroppen. Vi f r svar på hur tand- og munhälsa påverkar oss og hur kopplingen till våra vanligaste välfärdssjukdomar ser ut såsom diabetes, alzheimer, magproblem og vissa cancerformer, demens med mera.

Här finns konkrete r d og tips på vad kan vi göra för att undvika dålig munhälsa og samtidigt stärka kroppen, samt en tydelig gjennomg ng av munnen og tänderna steg for steg.

Din hälsa sitter i munnen ger oss rejält med lättillgänglig kunskap i ämnet samt 101 frågor og svar på de vanligaste funderingarna og det man inte vågat fråga om. Författarna delar egne erfaringer og skriver engagerende om vanlige tandproblem og munhälsa.

Boken ger svar på alla de vanligaste frågorna og alla frågor man inte vågar ställa som t ex: Har jag fått diabetes för att jag varit slarvig med att borsta tänderna?  r det farligt att bleke tänderna? Jag har dålig andedräkt, vad kan jag göra? Kan stress orsaka tandlossning? Kan man borsta tänderna för ofta? Och vilket  r bäst, eltandborste eller vanlig tandborste? Jag är kraftigt överviktig, kan bakterier i munnen hänga ihop med min fetma?  r det farligere att snusa én att råka? Vad betyr det når man drømmer om att man tapper sine t nder?

Bjørn Klinge  r internasjonelt erk nd professor og spesialist i  mnet. Han  r k nd från tv og underviser og f rel ser internasjonelt. Pamela Andersson  r författare, f rel sare og journalist med sterk koppling till h lso mnet.»

Stockholm: The Book Affair; 2020.
ISBN 9789198534726



Cathrine S. Thommessen og Cecilie B. Neumann

Gode hjelpere kjenner seg selv

Traumebevisst omsorg i arbeid med barn og unge

Forlagets egen omtale:

«Den som skal hjelpe andre, må kjenne seg selv. Professoren og terapeuten viser i denne boken hvordan den som arbeider med sårbare barn og unge, kan bli en bedre hjelper.

Noen sentrale spørsmål:

- Hvordan bli en faglig og trygg hjelper i utfordrende situasjoner?
- Hva er traumebevisst omsorg?
- Hva er å situere seg?
- Hvordan preger holdninger og følelser hjelperens forståelse av andre mennesker?

Boken er skrevet for studenter innen pedagogikk, barnevern og sosialfag. Den er også aktuell og nyttig for pedagoger og fagfolk som arbeider med sårbare barn og unge.»

Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019.
ISBN: 978-82-02-65122-0

NYE BØKER OG ANMELDELSER

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

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

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



Cecilia Eichenholz
Ömo og Hilda
Zollitsch

Estetisk tandvård

Grundbok för
allmäntandläkaren

Forlagets egen omtale:

«Estetisk tandvård är en grundbok som vänder sig til tandläkare og tandläkarstuderenter med interesse för estetisk tandvård. Förutom ämnen som den viktiga kommunikationen tar boken upp bland annet fotografering, färaglära och smile design och beskriver med hjälp av ett antal

pateintfall hur man kan lösa olika estetiska utmaningar. Fokus ligger på ett minimal-invasivt arbetssätt.

Estetisk tandvård är ingen egen specialitet i Sverige, men det är möjligt att ackreditera sig inom området genom organisationen Swedish Academy of Cosmetic Dentistry, SACD eller American Academy of cosmetic Dentistry, AACD. Ett särskilt kapitel beskriver kunskapskraven och ackrediteringsprocessen och presenterar ett antal autentiska, godkända ackrediteringsfall.»

Stockholm: Gothia Fortbildning; 2019.

ISBN: 978-91-7741-104-8



ZENDIUMPRISEN TIL FOREBYGGENDE ORAL HELSE

Kreativitet og omsorg skal belønnes! Tannhelsen blant den norske befolkningen blir stadig bedre. Men det gjelder ikke for alle. Derfor er det stadig nødvendig med nyorientering på tiltak og virkemidler innen oral helse. Det forebyggende tannhelsearbeidet må stadig fornyes og aktualiseres. Zendium vil fortsette å oppmuntre til nyskapende forebyggende innsats innen oral helse. **Zendiumprisen** er ment som en stimulans og anerkjennelse til personer eller grupper som vil «gjøre en forskjell» innen forebyggende tannhelsearbeid.

For 2020 deler Zendium ut NOK 60.000 og prisen er åpen for alle typer prosjekter i Norge eller prosjekter i utlandet ledet av norsk tannhelsepersonell. Prisvinneren kåres av en komité som er uavhengig av Zendium, og prisen deles ut under **Samfunnsodontologisk Forum i Sandefjord 9. til 10. juni 2020.**

ZENDIUM-PRISEN 2020

Send en kort prosjektbeskrivelse til torbjorn@wikos.no

Søknadsfrist er tirsdag 12. mai 2020 kl. 20.00. Spørsmål rettes samme sted eller til Torbjørn Wilhelmsen, tlf 906 55 913

zendium
STYRKER MUNNENS NATURLIGE FORSVAR

tidende

Frister og utgivelsesplan 2020

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

STILLING LEDIG

VAKRE, VILTRE, VIDUNDERLIGE VOSS.

Meget velutstyrt og moderne praksis på Voss søker kollega for deltidsinntreden med sikte på fremtidig overtakelse. 2 behandlingsrom (mulighet for 3) med røntgen, eget rom med OPG og cep. Opus og Helsennett. Maskinell endo, Cerec 4, porselensovner og laboratorie. I tillegg har klinikken dusj, kjøkken og vaskerom. Kontakt: erik@tannlege-barman.no –tel: 40618935

CENTRUM TANNKLINIKK PÅ LILLEHAMMER

søker etter en selvstendig, positiv og kvalitetsbevisst assistent-tannlege med tiltredelse etter avtale. Vi ser etter en tannlege med norsk autorisasjon som snakker og skriver flytende norsk. Søknad/CV sendes til: frisktann@outlook.com

TANNLEGEVIKAR rett ved Gardemoen Oslo lufthavn.

Jeg trenger tannlegevikar 2-4 ganger i uken, omgående, på ubestemt tid. Klinikken ligger i Nannestad kommune, Maura. Velutstyrt, hyggelige lyse lokaler. Med koselig miljø. Vi er til daglig to tannleger og to sekretærer. Spørsmål, ring Tone Rustad 917 17 706

DVI TANNKLINIKK søker etter en dyktig og engasjert tannlege i 100% stilling til vår klinikk sentralt i Fredrikstad sentrum. I dag er vi en allmenn tannlege, en spesialist i oral kirurgi, en spesialist i oral protetikk, to sekretærer og en tanntekniker på huset. Søknaden sendes til dvitannklinikk@gmail.com. CV Behandles konfidensielt.

TANNLEGE SKI TANNLEGESENTER

100 % stilling.
Søknad sendes magnus@tannlege.info

Har du lyst til å arbeide i privatpraksis?

Kollegaer søkes av tannlegene på Helgeland.

Tannboden har ledig 2 stillinger i Brønnøysund.

Brønnøysund startet i 2012, og er en travel praksis.

Tannboden er en tannlegekjede som ble startet i 2003.

1. Ring etter kl 19 til Per på 91 888 222 eller Gunn på 41 52 67 21.

2. Mer informasjon på www.tannboden.no (Brønnøysund, Mo i Rana, Mosjøen)

3. Send mail til perhamre@hotmail.com eller gunn@tannboden.no



www.tannboden.no

TANNLEGE ASKER

Vollen Tannklinikk søker selvstendig, faglig oppdatert og samvittighetsfull tannlege til våre trofaste pasienter under et svangerskapsvika-riat. 3 dager i uken, oppstart juli 2020. Fleksibilitet i ferier og kvelder en fordel. Send søknad, CV og ev. spørsmål til: post@vollentannklinikk.no



Leiar – Tk Vest/Vestland

Vi søker rett person til å bli leiar for
Tannhelsetenesta kompetansesenter Tk Vest/Vestland.

Sjå fullstendig utlysingstekst på www.vestlandfylke.no



TRONDHEIM SENTRUM

Tannklinikken Dent i Trondheim sentrum søker tannlege i 100% stilling (andre stillingsprosjekter kan være aktuelle)

Vil du bli vår nye kollega? Vi er en glad tannhelsegjeng som opplever sterk vekst. Tannklinikken Dent er en moderne, godt utstyrt, digital klinikk som består av to allmenntannleger, en oralkirurg, to tannpleiere og fire sekretærer. Vi søker deg som er faglig sterk, positiv og omgjengelig. Vi tilbyr gode betingelser i et spennende og utviklende fagmiljø.

Tiltredelse og avlønning etter avtale. Søknader og CV sendes til tannlegen@dent.as



Ledig stilling for 1 tannlege

Tannlege i full stilling søkes til travel og velutstyrt praksis i Farsund. I dag jobber det en protetiker/ endodontist, samt to allmennpraktiserende tannleger ved klinikken. Dyktige assistenter samt et hyggelig og faglig utfordrende arbeidsmiljø tilbys. Stillingen er en opparbeidet fulltidsstilling med varierte oppgaver.

Henv. Karl Martin Loga
post@farsundtannlegesenter.nhn.no

Professor/førsteamanuensis i oral kirurgi og oral medisin

Institutt for klinisk odontologi,
Det helsevitenskapelige fakultet

Den som ansettes vil innlemmes i en av forskningsgruppene ved IKO og skal bidra med forskning og utvikling innen sitt fagområde, men også tverrfaglig.

Stillingen er tillagt undervisningsansvar hovedsakelig innen fagområdet oral kirurgi og oral medisin.

I stillingen inngår det også veiledning av studenter på master-, spesialist- og doktorgradsnivå.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til:
Instituttleder Elin Hadler-Olsen, tlf: 776 20 912,
e-post: elin.hadler-olsen@uit.no, kontorsjef Laila Berg Nilsen, tlf: 776 46 751, e-post: laila.b.nilsen@uit.no og
førsteamanuensis Mohammed Al-Haroni, tlf: 776 49 151,
e-post: mohammed.al-haroni@uit.no

Søknadsfrist: 14. april 2020

For fullstendig kunngjøring se: uit.no/ledigestillinger



UiT Norges
arktiske universitet



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.



TANNLEGER SØKES

til ny praksis i Stor-Oslo, som etableres av tannlegekjede.
Vi kan også tilby stillinger andre steder.
Kun skriftlig henvendelse.
Send CV og ønskemål til per.hamre@gmail.com

STILLING SØKES

TANNLEGE (UTDANNET V/UIO)

med flere års erfaring søker jobb i en hyggelig praksis i Oslo og omegn med god pasient tilgang.
Ta gjerne kontakt på odontba@gmail.com

KJØP & SALG

PRAKSIS I ASKER LEDIG FOR SAMARBEID/ OVERDRAGELSE ELLER SALG

Jeg har ikke kapasitet til å drive praksisen alene i Asker lenger.
Praksisen er 164 km², 3 behandlingsrom, stor sterilisering, røntgenrom, venterom med resepsjon, møterom/spiserom, garderobe.
Gratis parkering og bussholdeplass rett utenfor praksisen.
Kontakt kr-aan@online.no

TANNLEGEKONTOR PÅ ÅRNES VURDERES SOLGT PGA SYKDOM

Primært en kjeveortopedisk praksis med gode muligheter til fremtidig privat allmennpraksis. Kommunens befolkningsgrunnlag 23 000 innbyggere med økning ca 500 innbyggere pr år pga nærhet til Gardermoen. 4 uniter fullt utstyrt for kjeveortopedi og delvis fullt utstyrt for allmennpraksis. 7 datamaskiner basert på Opus. 30 min fra Gardermoen flyplass og kort avstand til Oslo både med tog og buss. Lang vannvei med båt opp til Lillehammer. Selges rimelig. Tlf 63901393 eller 90161801 eller 91111079.
Adresse Fys ark gården Øvre Hagavei 14 2150 Årnes.
Tor Nordhagen

LEDIGE TANNLEGELOKALER

I Vestland fylke, Askvoll kommune er det ledige tannlegelokaler i sentrum av Askvoll.

Sentrum Eigedom har utleige til den offentlige tannhelsetjenesta for HAFS regionen som har lokalitet i Askvoll.
I samband med videre satsing i Askvoll har vi bygd ny tannklinikk til den offentlige tannhelsetjenesta. Det er såleis eit godt fagleg nettverk i Askvoll for tannhelse. Vi har såleis dei tannlegekontora frå år 2000 ledig for privat klinikk.

Det er gode arbeidstilhøve og lokala ligg i nær tilknytning til dei nye lokala.

Klinikken vart flytta ut for 1 år sidan og er no klar for ny aktivitet.

Klinikken er fullt utstyrt med 3 stk. komplette stoler, alt av utstyr, innredning både i kontor, skranke, venterom, kantine, garderobe, behandlingsrom osv. Overflater og utstyr fremstår som godt vedlikeholdt og det er klar til å starte med minimale investeringar i privat utstyr for rette vedkommende.

Kundegrunnlag for privat klinikk i Askvoll er opplyst å vere gode. Vi kan tilby utleige av eit moderne bygg med utstyr til særskilte gunstige vilkår for rette vedkommande. Vi kan og selje klinikken samla både bygg og utstyr.

Kontakt: Sentrum Eigedom as:

Leif Vagstad: 91859964 – leif.vagstad@eninvest.net

Øystein Våge: 97742679 – oystein.vage@vestbyggas.no

LEDIG NÆRINGSLOKALE SENTRALT I HARSTAD

Stort lokale på 175 kvadrat med tannklinikk og laboratorium under et og samme tak. Alt utstyr inkludert. Lokalet disponerer egne parkeringsplasser. Kan være behjelpelig med plass å bo.
Ta kontakt for mer informasjon på telefon 974 62 994.

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

Kjeve & ansiktsradiologi

- Anders Valnes



Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A
0369 Oslo



23 19 61 90
post@oralkirurgisk.no



ORALKIRURGISK
KLINIKK



BEACON

Trådløs stabilitetskontroll



- > Viser tydeligt når implantatet kan belastes
- > Reduserer behandlingstiden
- > Tryggere for pasienten og behandleren
- > Patentert og bevisbasert teknikk



Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic for ytterligere informasjon.
W&H Nordic, t: 406 45 612, e: office@whnordic.no, wh.com  

