

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
130. ÅRGANG · #4 · 2020



NYHET!

Spar tid, penger og ressurser med

ScanOrder

- OrdreApp fra LIC Scadenta

Scann og bestill

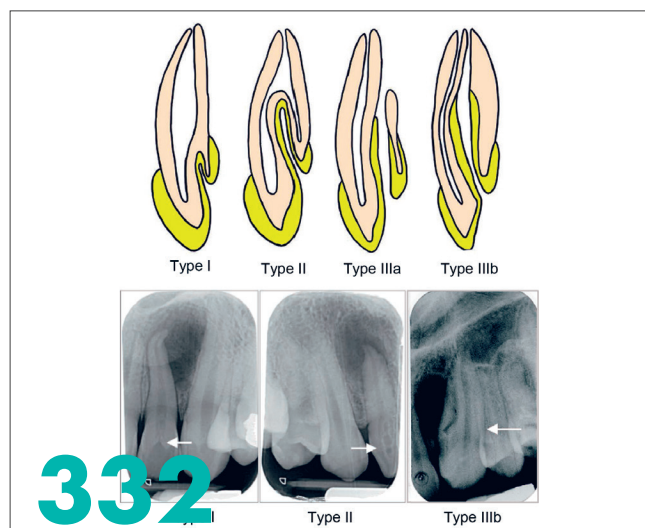
- raskt og enkelt

Les mer på www.licscadenta.no



LIC
SCADENTA

305–396



306 Siste nytt først

309 Leder

Både mye og lite å frykte

311 Presidenten har ordet

Koronakrisen

312 Vitenskapelige artikler

312 Aida Mulic, Nils Oscarson og Anne Bjørg Tveit:
Hvordan er kariessituasjonen hos eldre i Tromsø?

318 Oversiktsartikkel

318 Karen Marie Giltvedt, Tore Bjørnland og Heming Olsen-Bergem: **Hvordan håndtere pasienter med økt blødningsrisiko**

326 Kasuistikker

326 Marie Alnæs, Torgeir Storaas, Lars Björkman, Hilde Kristin Vindenes og Sindre Brudevoll: **Anafylaksi etter endodontisk behandling**
332 Line Rørslett Hardersen, Margareth Kristensen Ottersen og Pia Titterud Sunde: **Ortograd rotfylings-terapi av unge tenner med dens invaginatus: To kasus**

343 Bivirkningsskjema

347 Aktuelt

347 24. januar – 24. mars 2020: Koronasituasjonen dag for dag
352 Rapport fra Danmark
356 Rapport fra Sverige 19. mars: Uklar situasjon for svenske tannleger
358 Koronalukking av Oslofakultetet: Basalt smittevern er essensielt
360 Felles legemiddelliste og kommunal e-journal planlagt innført i 2030

362 Kommentar og debatt

362 Obligatorisk etterutdanning og et mulig alternativ (Reinert Amundsen)

364 Svar til «Om obligatorisk etterutdanning og et mulig alternativ» NTFs obligatoriske etterutdanning

368 Fra NTF

368 Ny informasjonsside om koronaviruset

369 NTFs hovedstyre møtte Stortingets helse- og omsorgskomite

370 Intervju med Hannu Larsen, leder Norsk forening for oral protetik (NFOP)

372 Aktuell informasjon fra NTFs fagkomité for anbefalt bruk av antibiotika i odontologisk praksis

374 NTFs tariffkonferanse 2020

377 Nye funksjoner lansert på NTFs nettsted. Er medlemsprofilen din oppdatert?

378 NTFs Årsrapport

379 Oversikt over kollegahjelpere

380 Arbeidsliv: Dette bør du vite om ferie og feriepenger!

383 Spør advokaten: Assistenttannlegers ansvar overfor praksiseier ved negativ omtale fra pasienter på sosiale medier

384 Snakk om etikk: Informert samtykke og privatpraktiserende tannlege.

386 Hva skjer – Aktivitetskalender

390 Notabene

390 Tilbakeblikk

391 Høytidelig prisoverrekkelse fra Olav Thon-stiftelsen 391

392 Personalia

395 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Nordmenns forbruk nest høyest i Europa



Foto: Vay Images.

Norges relative nivå for personlig konsum per innbygger lå 26 prosent over gjennomsnittet for de 28 EU-landene i 2018. Kun Luxembourg hadde et høyere konsumnivå, viser tall fra Eurostat.

Resultatet fra den Europeiske kjøpekraftsundersøkelsen 2018 viser at Norge hadde Europas nest høyeste konsumnivå per innbygger. Personlig konsum er en prisnivåjustert volumindeks som uttrykker mengden varer og tjenester som forbrukes per innbygger i et land sett i forhold til et annet land. I internasjonale sammenligninger brukes gjerne BNP per innbygger som et mål på materiell levestandard. Personlig konsum kan imidlertid være et bedre egnet mål for lands relative velstandsnivå.

Mens Luxembourgs konsum lå 34 prosent over EU28, konsumerte Albanias innbyggere hele 61 prosent under det samme gjennomsnittet. Bulgaria kom lavest ut av EU-landene, med et konsumnivå på om lag halvparten av gjennomsnittet for unionen. Totalt havnet 18 av de 28 EU-landene under EU28, og i 4 av disse lå konsumet mer enn 30 prosent under gjennomsnittet for EU som helhet.

Samtlige nordiske land konsumerte et større volum varer og tjenester enn gjennomsnittet av EU-landene. Norge skilte seg imidlertid ut med et relativt høyt nivå også i en ren nordisk sammenligning. Personlig konsum per innbygger var 7 prosent høyere enn på Island, 11 prosent høyere enn i Danmark, 13 prosent høyere enn i Finland og 17 prosent høyere enn i Sverige. Sveits og Tyskland lå like bak Norge med indekser på henholdsvis 124 og 120.

Personlig konsum inkluderer alle varer og tjenester som forbrukes av husholdninger, uavhengig av om det er det offentlige eller privatpersoner som betaler for disse.

Tjenester innen helse, utdanning og kultur er eksempler på goder som forbrukes av husholdninger, men som finansieres ulikt på tvers av Europa. Volumindeksen personlig konsum gjenspeiler ikke hvorvidt slike tjenester finansieres over skatteseddelen eller betales direkte av husholdninger, men sammenligner det totale forbruket per innbygger mellom land. Norges indeks for «utdanning» og «helsepleie» lå på henholdsvis 119 og 122, og kan tolkes som at vårt relative «omfang» av utdanning og helsepleie per innbygger var omtrent 20 prosent over gjennomsnittet for EU-borgere. Det er utfordrende å definere og måle sammenlignbare helseutgifter og -aktiviteter mellom land. Volumet av slike tjenester må derfor tolkes med varsomhet. Vi ser et tydelig mønster hvor land med prisnivå under EU28, for eksempel Albania, får oppjustert indeksen for personlig konsum, mens høykostnadsland som Norge og Island får nedjustert sine indekser betraktelig. Forskjellen mellom relativt sett høy- og lavinntektsland utjevnes. Til tross for dette, observerer vi klare forskjeller i mengden varer og tjenester som konsumeres på tvers av Europa.

Nesten 15 prosent er innvandrere



Foto: Vay Images.

Ved inngangen til 2020 var det registrert 25 400 flere innvandrere enn året før. Det bor nå nær 800 000 innvandrere i Norge, noe som tilsvarer 14,7 prosent av befolkningen, skriver Statistisk sentralbyrå (SSB).

Nye tall fra statistikken Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre viser at

det per 1. januar 2020 var bosatt 790 500 innvandrere i Norge.

Det er registrert 2 500 flere innvandrere fra Polen i 2020 sammenlignet med året før, noe som var den største økningen per land, men mye av dette skyldes spesielle forhold ved registreringen av utvandring i 2019. Disse førte til færre registrerte utvandring enn hva som normalt ville vært tilfellet.

Etter Polen var den største tilveksten i bosatte fra India – et land med langt færre bosatte i Norge enn personer fra de store innvandrerlandene som for eksempel Polen, Litauen, Sverige og Syria. Det var registrert 1 600 flere innvandrere fra India i løpet av fjoråret.

Andre land med økt antall bosatte er Syria med 1 200 og Filippinene med 1 000.

Innvandrere fra nordiske land hadde en svak nedgang foregående år. I 2020 var det også noen færre innvandrere fra Somalia.

Norskfødte med innvandrerforeldre talte 188 800 personer ved inngangen til 2020, som er 9 500 flere bosatte enn året før. Denne økningen er omtrent som året før, og denne gruppen utgjør nå 3,5 prosent av totalbefolkningen.

Norge og EFTA på pristoppen



Foto: Vay Images.

De siste publiserte tallene fra Eurostat viser at EFTA-landene Island, Sveits og Norge var på pristoppen i 2018. Prisene var lavest i Tyrkia og de andre Balkan-landene, skriver Statistisk sentralbyrå (SSB).

Tall fra den europeiske kjøpekraftsundersøkelsen viser at Island i 2018 var dyrest i Europa, hvor prisnivået for varer og tjenester til personlig konsum var 66 prosent over EU-gjennomsnittet.

Prisene i Norge var høyest for konsumgruppene «matvarer og alkoholfrie

drikkevarer» og «alkoholholdige drikkevarer og tobakk», på henholdsvis 63 og 126 prosent over EU-gjennomsnittet.

Norges priser på «matvarer og alkoholfrie drikkevarer» var 10 til 39 prosent høyere enn de andre nordiske landene. De fleste matvaregruppene var dyrest i Norge sammenlignet med resten av EU og resten av EFTA-landene. Prisene for matvaregrupper som «brød og kornvarer», «melk, ost og egg», «olje og fett», «frukt, grønnsaker og poteter» lå godt over EU-snittet. Prisnivået for varegruppen «fisk» var kun 7 prosent over, mens alkoholfrie drikkevarer lå 82 prosent over. Både for alkohol og tobakk var prisnivået i Norge godt over EU-snittet, noe som blant annet skyldes et høyt avgiftsnivå på slike varer.

For konsumgruppen transport som inkluderer kjøp, vedlikehold, reparasjon av biler og passasjertransport, var Norge på topp med 42 prosent over EUs gjennomsnitt. Tilsvarende prisnivå for Island og Danmark var 37 og 28 prosent.

En rekke tjenester som hotell- og restauranttjenester, tjenester knyttet til kultur og fritid var relativt høyere i Nord-Europa, spesielt i de nordiske landene.

Island og Norges hotell- og restauranttjenester hadde de høyeste prisene med 76 og 61 prosent over EU-gjennomsnittet, mens Albania og Nord Makedonia lå på rundt 60 prosent under. For tjenester knyttet til kultur og fritid hadde de nordiske landene prisnivå fra 23 til 64 prosent over EU, mens prisnivået i de baltiske landene var fra 39 til 50 prosent lavere. Det store spennet mellom Balkan og Nord-Europa skyldes blant annet lønnsforskjeller.

I Luxembourg og EFTA-landene var prisnivået for utdanning to til tre ganger høyere enn EU. For konsumgruppen helsepleie var prisnivået i EFTA-landene to ganger høyere enn gjennomsnittet i EU. Konsumgruppen helsepleie består av kjøp av legemidler og andre medisinske produkter, samt helsetjenester som også inkluderer sykehustjenester. Utdanning omfatter både grunnskole og videreutdanning.

Det er særlig utfordrende å sammenligne prisnivå mellom land for helse og utdanning. Utdanning- og helsetjenester som konsumeres av private husholdninger er eksempler på tjenester hvor det for en stor del mangler rene markedspriser. For utdanning estimerer Eurostat en enhetspris per elev eller student basert på eksisterende utdanningsstatistikk fra hvert enkelt land. For sykehustjenester er det fra hvert enkelt land estimert priser på et utvalg spesifiserte tjenester, som for eksempel hjerteoperasjon og keisersnitt. For andre helsetjenester som legebesøk, laboratorietjenester, osv., benyttes offentlige satser.

Har du oppdatert adressen din?
www.tannlegeforeningen.no/min-side

Tidende i nedbrytbar pakkefilm



Foto: Yaj Images

Fra og med Tidende nr. 4 2020 går vi over til å pakke bladet, når det har vedlegg, i den hundre prosent biologisk nedbrytbare pakkefilmen Bioska 501.

Pakkefilmen kan (og må) kastes med matavfallet. Biofilmen er fri for genmodifiserte organismer og brukes også for å oppnå utvidet holdbarhet av friske produkter, som frukt, grønnsaker og rotgrønnsaker, den er altså godkjent for direkte matkontakt.

Bioska 501, som lages av finske Plastiroll, er en flerlagsfilm der det er blitt brukt flere forskjellige biologisk nedbrytbare og komposterbare råvarer for å få de nødvendige egenskapene som styrke og god gjennomsluktighet.

Om produktet sier Plastiroll: Biofilmen er 100 % biologisk nedbrytbar og kompostabel i henhold til EN13432 og testet av Vinçotte. Laget i henhold til den franske normen NF T 51-800 (et krav for å kunne brukes i det franske markedet, der alle pakkefilmer må være biologisk nedbrytbare). Produksjonsprosessen er CO₂-nøytral.

TannSpes

TannlegeSpesialistene i Oslo

Ny henvisningsklinikk på Vinderen i Oslo

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

ANNIKA SAHLIN-PLATT
Periodontist

ELSE K. BREIVIK HALS
Oralkirurg, PhD

GAUTE LYGSTAD
Oralkirurg, PhD-kand.

KARL IVER HANVOLD
Oralkirurg, kjevekirurg

ELISABET HENDERSON
Protetiker

RAGNAR BJERING
Kjeveortoped, PhD

ANDERS VALNES
Kjeve- og ansiktsradiolog

med fler



Foto: UiO

Kombiner to **unike** kompositter og få en **sterk fylling**



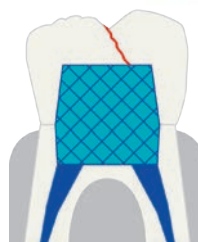
everX Flow™ Stopper frakturer

Fiberforsterket bulkkompositt til dentinerstatning

- Til store og dype kaviteter samt oppbygging
- Tixotrop for god adaptasjon
- Enkel å applisere, flyter ikke ut
- Leveres i to farger:

"Bulk" lysherdes i 5,5 mm

"Dentin" lysherdes i 2 mm



everX Flow
stopper frakturer



God adaptasjon

G-ænial® Universal Injectable

Sterk kompositt med unik konsistens og stort indikasjonsområde

- Høy bøye- og slitstyrke
- Til alle typer fyllinger, også klasse II
- God røntgenkontrast – lett å identifisere
- Slank sprøyte og kanyle – letter håndteringen



GC Nordic AB
E-post: info.sweden@gc.dental
Tel: +46 734 195 873
[Facebook/GCNORDIC](https://www.facebook.com/GCNORDIC)



**FORSIDEILLUSTRAJON**

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 Vils gate 6,

PB 2073, Vika, 0125 Oslo

Tlf: 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 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

Både mye og lite å frykte



Foto: Kristin Wiberg

En global pandemi har vært spådd lenge, av både Verdens helseorganisasjon (WHO) og av eksperter på globalisering. Ingen kunne vite når og hvordan den ville komme. Nå er den her.

Jeg vil kanskje provosere noen når jeg sier at vi ikke har så mye å frykte. Og jeg mener det. Ganske enkelt fordi vi bor i Norge. Ikke slik å forstå at vi ikke skal frykte, og sørge over, liv som går tapt. Jeg er livredd, for å miste de mest utsatte av mine nærmeste. Mor på sykehjemmet. Hun MÅ ikke bli smittet.

Og vi har god grunn til å frykte økonomiske konsekvenser. Inntektstap og betalingsproblemer. I verste fall konkurs. Det er mange som er urolige. Samtidig vil vi klare oss. De fleste av oss. Og gjør vi ikke det har det ikke nødvendigvis noe, eller bare, med koronaviruset å gjøre.

Like fullt er det like vondt å være privilegert og ha bekymringer, kjenne frykt, sorg og smerte, som det er å være upriviligert og kjenne det samme. Opplevelsen på individnivå er smertefull uansett. Og samtidig ulik for hver enkelt.

Min påstand er likevel at det ikke er noe særlig synd på oss nordmenn. Mange, og de fleste, andre er mye verre stilt enn oss. Vi har strengt tatt ingen rett til å klage. Vi har muskler, og vi kommer oss på beina igjen.

Jo, vi bruker av oljefondet når mange får dekket deler av inntektstapet sitt. Tannlegene får sin del, med god hjelp fra Tannlegeforeningen, som forhandler med myndighetene på vegne av sine medlemmer.

Sparepengene krymper. Og det har Norge råd til. Vi var kjemperike, og nå er vi kanskje ikke fullt så kjemperike. Sammenlignet med andre er vi fortsatt rike, og avstanden mellom rik og fattig er antagelig blitt enda større. Tilgi meg hvis jeg tar feil, eller er for enkel i analysen. Jeg er ikke økonom.

Ved influensautbrudd tidligere har vi sett at lav- og middelinntektsland er dårligere rustet til å håndtere epidemier enn høyinntektsland. Det er derfor grunn til større bekymring for befolkningen i disse landene, og særlig for de mest sårbare. For mennesker med dårlig ernæringsstilstand, som bor tett, der sanitærforholdene er dårlige og det er begrenset tilgang til helsehjelp. Selv om covid-19-spredningen skyldes at vi reiser mye, og dermed sprer smitte vidt, og isolasjonen i flyktningleirene i teorien kan bidra til å beskytte de som bor der, vil pandemien mest sannsynlig også ramme der.

Når dette skrives er vi ikke der ennå, og kanskje vi er der når denne utgaven av Tidende kommer ut, 16. april.

WHO har bevilget 15 millioner amerikanske dollar til bekjempelse av koronaviruset i lav- og middelinntektsland. Det er langt fra nok. Kanskje Norge bør bidra mer? En mulighet er å ta imot flere flyktninger, for å redusere trangboddhet i leirene.

Nå, i slutten av mars, ser situasjonen med antall nysmittede ut til å være stabil her i landet. Det kan være et tegn på at tiltakene som er satt inn virker, og det er for tidlig å være sikker. Vi må derfor holde ut med det som er, til vi vet mer.

Når dette Tidende kommer ut, er påsken over, datoen for justering av tiltak, 13. april, er passert, og vi er kanskje over i noe annet.

Jeg våger å si at trolig kan en del virksomheter være i sving igjen fra 14. april. Det er ikke usannsynlig, slik situasjonen er nå. Etter alt å dømme er antallet nye som blir smittet, innlagte på sykehus, i respirator og døde under kontroll. Med det mener jeg at det kommer ingen store overraskelser når tallene presenteres på daglig basis. Og helsevesenet har beredskap til å ta imot de som blir syke. De kan håndtere epidemien.

Først må man ta kontroll, så kan man ta styring er det noe som heter. Kanskje vi kan ta befolkningen ut av karantene og hjemmekontorer, samtidig som vi passer ekstra godt på de som er spesielt utsatt? Det er ganske mange som er havnet i den kategorien, med Helsedirektoratets anslåtte 1,6 millioner nordmenn som tilhører en eller annen risikogruppe. Sørger man for redusert smitterisiko for disse, skulle mye være unngått når det kommer til alvorlig sykdom grunnet koronaviruset.

Jeg hører at flere tar til orde for at vi må komme oss videre, og unngå å havne i en situasjon der tiltakene tar livet av flere enn viruset. Tar jeg ikke helt feil, blir det ennå flere som mener det etter hvert som påskeferien nærmer seg, og særlig når den går mot slutten. Og tiden vil være inne til å slippe opp, gradvis, så vi kan løfte blikket og se fremover. Eller ta hverdagen tilbake, som vi hører at det heter, når en ikke sier det med å holde hjulene i gang. Få påsken overstått. Så er vi der. Tror jeg. Og vi kan jo bare fortsette å vaske hendene og holde avstand, og nyse i armkroken.

Med alle forbehold. Jeg er ikke klarsynt heller.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør



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.®



Koronakrisen

Når dette skrives, mandag 23. mars, står vi midt i en krise som ingen av oss kunne forutse og ingen vet hvordan ender. Den mest truende pandemien siden spanskesyken herjet for 100 år siden, har nådd oss. Verden og Norge står midt i en krevende situasjon. Livet er på mange måter satt på vent. Vi vet ikke hva vi står overfor eller hvor lenge situasjonen vil vare. Det virker som en liten evighet siden forrige uke da jeg tok bussen til Oslo som vanlig, med kofferten pakket til NTFs symposium. Etter det ble hverdagen helt annerledes – og siden forrige torsdag morgen har jeg nesten døgnet rundt sittet foran PCen eller i telefonen i mitt eget hjem, enten i løpende kontakt med politikere, myndigheter, tillitsvalgte og sekretariatet, eller for å berolige engstelige pasienter.

Tannhelsetjenesten er en viktig del av helsetjenesten. Tannlegene står i førstelinjen for å gi befolkningen et tilbud om nødvendig tannhelsehjelp, samtidig som vi skal bidra til å begrense smitten. På denne måten skal vi også bidra til å avlaste resten av helsetjenesten. Vi er høyt utdannet helsepersonell – og det har virkelig kommet tydelig frem under denne krisen. Det ble tidlig klart at myndighetene ser at tannleger kan brukes også til andre oppgaver i helsetjenesten, og medlemmene våre er svært positive til å bidra! Tusen takk!

I en krise som denne får vi virkelig sett hva som bor i oss alle. Dette har vært en helt ny situasjon, også for politikere og myndigheter. Det er krevende og frustrerende at informasjonen og rådene vi helst skulle hatt fra dem i går, ikke kommer før i morgen. Men i skrivende stund har NTF hyppig og god dialog med myndighetene – først og fremst Helsedirektoratet, men også Helse- og omsorgsdepartementet og politikerne på Stortinget.

Krisen har ikke minst satt samfunnet i en alvorlig økonomisk situasjon. For vår sektor gjelder dette særlig for de privatpraktiserende tannlegene. Myndighetene har bedt oss sørge for nødvendig tannhelsehjelp, samtidig som hele inntektsgrunnlaget er vekk, nettopp grunnet myndighetenes nødvendige reguleringer i krisetiden. Faren for nedleggelse eller konkurs er reell for mange når kostnadene overstiger inntektene over lengre tid. Vi arbeider for tiltak som kan hjelpe, og vi er i dialog med politikerne på Stortinget om behov for en krisepakke til privat sektor.

NTF har kompetanse og kjennskap til tjenesten, og vi kan bringe informasjon videre raskt og effektivt. Vår strategi har vært å jobbe sammen med myndighetene for å finne de gode løsningene og støtte opp om de gode



Foto: Kristin Abenes

Myndighetene har bedt oss sørge for nødvendig tannhelsehjelp, samtidig som hele inntektsgrunnlaget er vekk, nettopp grunnet myndighetenes nødvendige reguleringer i krisetiden. Faren for nedleggelse eller konkurs er reell for mange.

tiltakene, og vi har kontinuerlig argumentert for de tiltakene vi mener er gode og riktige. Vi opplever at dette har vært viktig. NTF skal være en del av løsningen.

Vi har også hatt et godt og nært samarbeid med Akademikerne og de andre akademikerforeningene, noe som er svært verdifullt i den situasjonen vi er i. Samhold og fellesskap er helt avgjørende for å komme seg gjennom denne krevende perioden.

Vi så tidlig at vi måtte rigge om måten vi arbeider på og prioritere ressurser. Vi har avlyst alle NTFs sentrale arrangementer frem til sommeren, og lokal- og spesialistforeningene har gjort det samme. De ansatte i sekretariatet har så langt det lar seg gjøre hjemmekontor og stort sett alle møter gjennomføres på digitale plattformer. Takk for forståelsen vi møter, på tross av at dette har store kostnader for oss alle på flere måter.

Situasjonen er krevende, uforutsigbar og skremmende. Alvoret er stort – og ingen er uberørt. Vi bidrar alle på vår måte til å hindre spredning. Ukene som ligger foran oss, vil vise om tiltakene lykkes, og først da vil vi se konsekvensene. Klarte vi å hindre smittespredning og redde liv? Hvor store konsekvenser vil krisen ha for næringslivet? Hvordan vil Norge se ut etter en påkjønning som dette?

Når dere nå leser Tidende, har det gått fire uker, og det er midten av april. Kanskje står vi fortsatt midt i en krise, eller vi har opplevd at tiltakene har effekt – og vi er på vei tilbake til en normal situasjon.

Uansett er jeg så langt, midt i kaoset og bekymringen, stolt over hvordan våre medlemmer og NTF som forening har agert i denne situasjonen. Jeg opplever tillitsvalgte som virkelig trår til og bretter opp ermene, medlemmer som stiller opp for pasienter og hverandre, på tross av økonomisk usikkerhet og smitterisiko, og ikke minst, et sekretariat som klarer å løse oppgavene når behovet er størst og det stormer som mest. Takk til hver og en av dere!

Jeg er sikker på at vi også vil komme oss gjennom disse utfordringene, selv om det blir krevende. Og er det noe dette viser, er det at vi står sterkere sammen enn hver for oss, og at vi er helt avhengige av hverandre når det først smeller. Men før det blir det mange tøffe tak. Jeg lover at NTF skal gjøre alt det vi kan for at vi alle skal kunne stå oppreist også når dette er over. Vi er her for dere.

Lykke til, alle sammen!

Camilla Hansen Steinum
President

HOVEDBUDSKAP

- For å kunne planlegge forebygging, operativ behandling og oppfølging av orale forhold hos eldre er det viktig å kjenne til forekomst og fordeling av sykdom i denne delen av befolkningen.
- Det er store ulikheter i sykdomsnivå og behandlingsbehov i den voksne/eldre befolkning; det er liten forskjell mellom de yngste eldre 60–74 år, mens kariesforekomsten øker betydelig etter 75 år.
- Hjemmeboende eldre har god oral helse opp til 80-års alder.
- Det er viktig å sette inn individuelle ikke-operative strategier for de eldste personene, det er særlig viktig når det gjelder rotkaries.
- Det operative behandlingsbehovet blant de over 80 år er stort fordi det er høy forekomst av ubehandlede karieslesjoner i dentin.

FORFATTERE

Aida Mulic, seniorforsker, PhD, Master odont. NIOM – Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer AS

Nils Oscarson, forskningsleder, odont.dr. TkNN – Tannhelse-tjenestens kompetansesenter Nord-Norge

Anne Bjørg Tveit, forsker, dr.odont. TkNN – Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge

Denne artikkelen er en modifisert versjon av en tidligere publisert artikkel: Mulic A, Tveit AB, Stenhagen KR, Oscarson N, Staxrud F, Jönsson B. The frequency of enamel and dentin caries lesions among elderly Norwegians. Acta Odontol Scand, 2019 Jul 3; 1-7. doi: 10.1080/00 016 357.2019.1 634 283. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00 016 357.2019.1 634 283>

Korresponderende forfatter: Aida Mulic, NIOM – Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer AS, Sognsveien 70A, 0855 Oslo.
E-post: aida.mulic@niom.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Mulic A, Oscarson N, Tveit AB. Hvordan er kariessituasjonen hos eldre i Tromsø? Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 312–6

Artikkelen ble godkjent for publisering 19.12.2019

MeSH (norsk): Eldretannpleie; DMF-indeks; Karies; Rotkaries; Befolkningskarakteristika

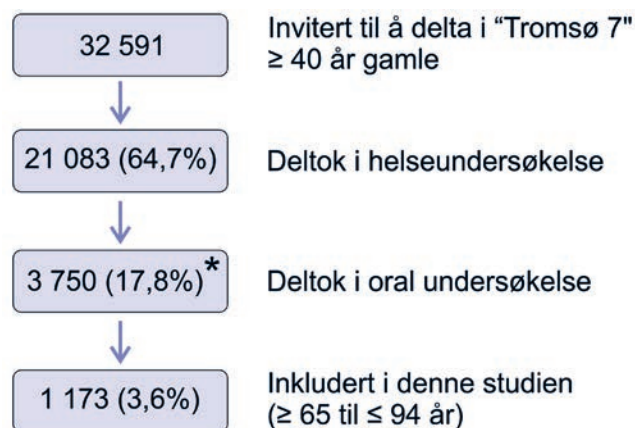
Hvordan er kariessituasjonen hos eldre i Tromsø?

Aida Mulic, Nils Oscarson og Anne Bjørg Tveit

Det er sparsomt med data om oral helse blant eldre i Norge. Hensikten med denne undersøkelsen var å beskrive forekomsten av emalje-, dentin-, rot- og sekundærkaries i en eldre populasjon i Tromsø. I alt 1173 individer (fra Tromsø 7 undersøkelsen) ble delt inn i aldersgruppene 60–64, 65–69, 70–74, 75–79 og 80–94. Syv kalibrerte tannleger registrert approksimalt og okklusalt primær- og sekundærkaries (Sec), samt rotkaries (Root) (D1-2: i emaljen; D3-5: i dentin, Sec1-2 og Sec3-5, Root D3-5). DMFS og DMFT ble regnet ut.

De som var mellom 65–69 år hadde mer primærkaries (DS1-5) sammenliknet med de som var eldre, mens de eldste (80–94) hadde signifikant mer sekundærkaries (Sec 1-5) ($p < 0.05$). Rotkaries (Root3-5) forekom hos 13,8 % av de som var mellom 65 og 79 år, 21 % blant 80–94 åringer. Ca. 48 % av de eldste (80–94) hadde en eller flere flater med karies i dentin, mens tallet for de andre aldersgruppene var 35 % ($p < 0.05$).

Hjemmeboende eldre har god oral helse opp til 80 års alder. Derfor er det viktig å sette inn individuelle ikke-operative strategier for de eldste individene, spesielt når det gjelder rotkaries. Forekomsten av karieslesjoner i dentin er høy blant de over 80 år, noe som krever betydelig operativ behandling.

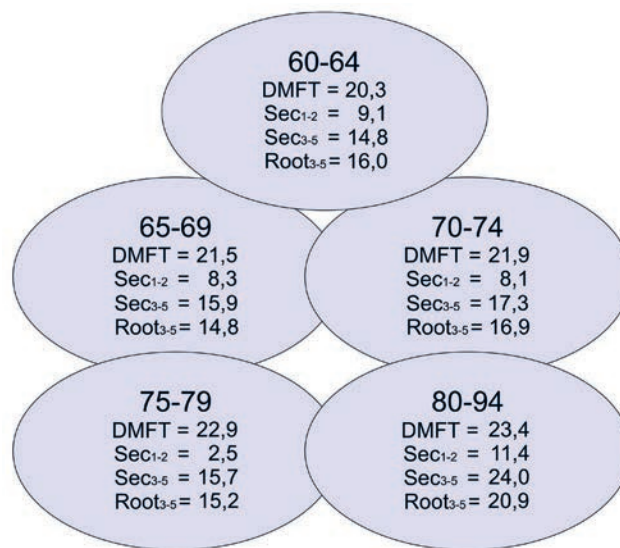


Figur 1. Oversikt over studiepopulasjonen. Antall personer og prosent av inviterte personer i parentes. Merket med stjerne: Tannløse (n=108) ikke inkludert.

Eldre utgjør en stadig større del av verdens befolkning. I Norge, hvor den totale populasjonen var tilnærmet 5,3 millioner individer i 2017, var 12,4 % mellom 65 og 79 år og 4,2 % mer enn 80 år. Prognosen indikerer at 20 % av befolkningen vil være mer enn 70 år i 2060 (1). Stadig flere eldre beholder tennene sine. WHO (verdens helseorganisasjon) har satt som mål at 50 % av eldre over 65 år skulle ha mer enn 20 gjenværende tenner i 2000 (2). Det er sparsomt med data om oral helse blant eldre i Norge, og det er derfor vanskelig å vite om vi har nådd dette målet (3). Dessuten er det viktig å vite hvordan forekomsten og fordelingen av sykdom er i den eldre befolkning for å kunne planlegge forebyggelse, operativ behandling og oppfølging av den eldre populasjonen.

Litteraturen beskriver en global trend; forekomsten av ubehandlet karies øker med økende alder og en ser en topp ved 70 år (4). En relativt ny studie fra Tromsø blant 20–79 åringer rapporterer det motsatte; det ble funnet mer primærkaries blant den yngste del av populasjonen (5). I den siste studien ble det registrert både emalje- og dentinlesjoner noe som kan forklare forskjellen fra den globale trenden. Mange studier (6–8) har brukt kavitedannelse som kriterium for å registrere karies, i henhold til WHO sin definisjon på karies i populasjonsstudier (9). Dersom en bare registrer dentinlesjoner, som blir en konsekvens av dette, resulterer det i en betydelig underrapportering av karies. Dette gjør det ikke bare vanskelig å sammenlikne studier, men enda viktigere, vanskelig å planlegge ikke-operativ behandling og umulig å vurdere progresjonen av karieslesjoner. For å kunne vurdere mengden av ubehandlet karies blant eldre, er det også viktig å registrere forekomsten av sekundærkaries og rotkaries.

Nyere populasjonsstudier fra Norge viser at individer mellom 65 og 74 år har lavere forekomst av generell sykdom og lavere medisin-



Figur 2. Fordelingen av DMFT (%), samt sekundær (Sec-) og rot (Root) karies i fem aldersgrupper.

bruk enn eldre >75 år (Norwegian Public Health Institute) (www.fhi.no/publ/). Dødelighet på grunn av hjertesykdom og diabetes er også forskjøvet til eldre aldersgrupper enn tidligere (www.fhi.no/publ/). Det er interessant å finne ut om oral helse status følger den generelle helsetrenden i Norge.

Hensikten med denne undersøkelsen var derfor å beskrive fordelingen av emalje-, dentin-, rot- og sekundærkaries i en eldre populasjon i Tromsø.

Materiale og metode

Materialet som ble brukt i denne undersøkelsen er del av befolkningsstudiet som ble gjennomført for syvende gang i Tromsø (Tromsø 7). Tromsø undersøkelsene er i første rekke helseundersøkelse, men i Tromsø 7 var for første gang tannhelse inkludert. Dataene er samlet inn i perioden mars 2015 til november 2016. Individer som deltok i studien var alle hjemmeboende. De to første som kom til helseundersøkelse hver time ble spurt om de ville delta i en tannundersøkelse også. Bare tre individer takket nei. Figur 1 viser oversikt over studiepopulasjonen. Aldersgruppen 60–64 år ble brukt som referansegruppe i denne studien.

Det ble tatt et orthopantomogram (OPG), 4 bite wings (BW) og 8 kliniske foto av hvert individ. I alt 8 tannpleiere jobbet på forskningsstasjonen som var knyttet til tannhelse og de var opplært til å ta gode røntgenbilder og kliniske foto. Etter at dataene var samlet inn studerte syv kalibrerte tannleger røntgenbildene (BW) og de kliniske bildene og registrerte karies. Alvorlighetsgraden av primærkaries (DS) og sekundærkaries (Sec) approksimant og ok-

Tabell 1 Prosentvis fordeling av karies lesjoner i dentinet (PrimaryDS₃₋₅ + Sec₃₋₅ + Root₃₋₅). Merket med stjerne: Referansegruppen (60–64) brukt for sammenligning.

Deltagere		Antall karies lesjoner i dentin (%)						
Aldersgruppen	n	0	1	2	3-4	5-6	7-10	11-32
65–69	471	65,8	15,3	6,0	6,6	2,4	2,7	1,2
70–74	347	65,6	14,2	6,5	6,5	2,9	3,4	0,9
75–79	205	65,2	12,2	7,8	7,3	2,5	4,5	0,5
80–94	150	52,4	17,6	12,2	7,5	6,1	2,7	1,5
60–64*	539	63,1	16,7	6,3	7,4	3,6	1,9	1,0

klusalt, samt rotkaries (Root) ble gradert (D1-2: i emaljen; D3-5: i dentin, Sec1-2 og Sec3-5, Root D3-5). Deretter ble DMFS og DMFT regnet ut. Tannlegene hadde en gjennomsnittlig inter-observatør enighet på Kw =0,70 og intra-observatør enighet på Kw =0, 81. De statistiske analysene ble gjennomført med IBM * SPSS® Statistics 24 (New York, US).

Etiske aspekter

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og Regional etisk komité (REK); REK Nord 10.02.2015 ref. 2014/940. Skriftlig samtykke ble innhentet av alle individer før deltagelse.

Resultater

Individene i aldersgruppen 65–69 år hadde i gjennomsnitt 21,9 gjenværende tenner. Det var 1,6 flere enn de i aldersgruppen 70–74 år, som igjen hadde 2,5 flere gjenværende tenner i gjennomsnitt enn de i aldersgruppen 75–79 år.

Figur 2 viser en oversikt over fordelingen av tidligere karieserfaring (DMFT), samt sekundær (Sec)- og rot (Root) karies i de fem aldersgruppene. DMFT i de to yngste aldersgruppene var tilnærmet lik, dog noe høyere i referansegruppen (60–64). Det er statistisk signifikante forskjeller i DMFT mellom de eldste (80–94 år) og de øvrige gruppene, men unntak for gruppen 75–79 år ($p<0,05$).

De som var i aldersgruppen 60–69 år hadde mer primærkaries (DS1-5) sammenliknet med de som var eldre. Gjennomsnittstallene for DS1-5 etter alder var: 0,7 (60–64); 0,7 (65–69); 0,6 (70–74); 0,5 (75–79); 0,5 (80–94). Forekomsten av primær dentinkaries (DS3-5) var i gjennomsnitt 0,3 flater for hele populasjonen med små variasjoner mellom aldersgruppene (0,4 (60–64); 0,4 (65–69); 0,3 (70–74); 0,3 (75–79); 0,3(80–94)). Men de eldste (80–94) hadde signifikant mer sekundærkaries (Sec 1-5) enn hva som ble registrert i de yngre gruppene ($p<0,05$) (Figur 2). Rotkaries (Root3-5) forekom hos 14,8 %, 16,9 % og 15,2 % av de som var mellom 65–69,

70–74 og 75–79 år gamle. I den eldste aldersgruppen (80– 94) hadde 20,9 % rotkaries.

I denne eldste aldersgruppen (80–94) hadde ca. 48 % en eller flere flater med karies i dentin, mens tallet for de andre aldersgruppene var 35 % ($p<0,05$) (Tabell 1).

Diskusjon

For å kunne planlegge ressurser knyttet til ikke-operativ kariesbehandling, altså ikke med fylling, er det viktig å kartlegge den totale kariessituasjonen blant eldre. En detaljert kariesregistrering der alle grader av karies blir notert gjør det mulig å skille mellom ulike behandlingsopsjoner; de lesjoner som trenger operativ behandling og de lesjoner som trenger ikke-operativ karies behandling. Det er i dag generelt akseptert at tidlige karieslesjoner, grad 1–2 og i noen tilfeller også grad 3, skal behandles ikke-operativt, fordi det er sterk evidens for at slike lesjoner kan stanses med individuell forebyggende behandling (10). Dersom en synliggjør mengden emaljelesjoner er det lettere å planlegge ikke-operativ behandling og innkallingsintervaller, noe som er i tråd med moderne kariesbehandling (11). Emaljelesjoner progredierer også hos eldre, når pasienten kommer i en situasjon der den daglige orale hygien ikke kan ivaretas. Da vil progresjonen være omtrent like rask som hos yngre. Dersom en bare registrer dentinlesjoner resulterer det i en betydelig underrapportering av karies. Dette gjør det ikke bare vanskelig å sammenlikne studier, men enda viktigere, vanskelig å planlegge ikke-operativ behandling og umulig å vurdere progresjonen av karieslesjoner. For å kunne vurdere mengden av ubehandlet karies blant eldre, er det også viktig å registrere forekomsten av sekundærkaries og rotkaries.

Resultatene fra denne studien viste at forekomsten av primærkaries og sekundærkaries begrenset til emaljen var lav. Betydelig høyere forekomst av emaljekaries ble funnet i aldersgruppen 20–34 år i en annen studie fra Nord Norge (5). I gjennomsnitt hadde disse 5,4 flater med emaljekaries til sammenlikning med 0,3 og 0,2 som

ble funnet i aldersgruppene 65–74 og 75–94 i Tromsø 7 undersøkelsen. Selv om studiene ikke er direkte sammenliknbare kan tallene tyde på at tidligere behandlingsfilosofi, som innebar operativ behandling av emaljelesjoner, ikke etterlot mange ubehandlede emaljelesjoner i nåværende eldre befolkning (12).

Forekomsten av primære dentinlesjoner (DS 3-5) var lav i alle aldersgrupper i denne studien (i gjennomsnitt 0,3) sammenliknet med den andre studien fra Nord Norge (5) hvor forekomsten var høyere; 1,5 og 0,8 i aldersgruppene 20–34 og 35–49. Grunnen er nok at de eldre har mer fyllinger og flere ekstraherte tenner enn de yngre.

Alle dentinlesjoner (primær-, sekundær-, og rotkaries) er å betrakte som ubehandlet karies. I 2010 hadde 35 % av den globale populasjon ubehandlet karies i permanente tenner, noe som var det hyppigst forekommende orale problemet (4). Det er sagt at forekomsten av ubehandlet karies på verdensbasis når en topp i 25 års alder og deretter rundt 70 års alder (4). I vår studie var forekomsten av slike lesjoner nesten 35 % i aldersgruppene opp til 79 år, og 48 % blant de eldste (80–94). Dette betyr at det er et betydelig behov for operativ behandling i disse aldersgruppene.

Det ble funnet relativt høy forekomst av rotkaries i denne studien. Studien til Lopez og medarbeidere (13) som oppsummerer prevalensen av rotkaries fra forskjellige land viste en forekomst av rotkaries mellom 12 % og 77 % hos individer over 60 år. Det finnes få prevalens studier fra Norge. Henriksen og medarbeidere (14) fant en forekomst av rotkaries på 14 % hos 394 eldre over 67 år. I en tverrsnittstudie (15) av 135 individer (gjennomsnittsalder 85,7; SD 8,8 år) ble det funnet en prevalens på 24 %. Disse tallene samsvarer godt med tallene fra vår studie. Schwendicke og medarbeidere (16) definerer individer mellom 65 og 74 som unge seniorer, og disse hadde lavere forekomst av rotkaries enn de som var eldre. Selv om denne studien ikke er direkte sammenliknbar med vår studie viser den samme trend; kariesbyrden er endret i den yngste eldre gruppen i løpet av de siste 17 år.

Når det gjelder sekundærkaries ble det funnet i en svensk studie at 1 %, 1,2 % og 2,7 % av 60-, 70-, og 80-åringene hadde sekundærkaries (17). Data fra Nord Norge (5) viste en høyere prevalens enn i Sverige, men i størrelsesorden lik tallene fra Tromsø 7 studien. Dermed registrerer og skiller mellom sekundærkaries begrenset til emaljen og de som går inn i dentin, slik det er gjort i Tromsø 7 studien, er det lettere å planlegge og utføre adekvat behandling. I den eldste aldersgruppen (80–94) hadde 24 % sekundærkaries i dentin, og derfor behov for operativ behandling; enten reparasjon eller revisjon av fylling.

I en nyere oversiktsartikkel (18) ble det vist at det er vanlig å definere individer > 65 år som den eldre aldersgruppe i prevalens-

studier, og ikke inndele videre etter alder. Det betyr at en går glipp av muligheten til å differensiere mellom eldre i ulike aldersgrupper over 65 år, for eksempel om det er ulik sykdomsforekomst hos de som er mellom 65–75 og de som er eldre (16). I tillegg til Tromsø 7 studien er det bare to tidligere norske studier som har delt de eldre inn i aldersgrupper; en i tre 65–74, 75–84 og >85 år (14), og en i to 67–74 og > 80 år (19). I disse to studiene fant de en forskjell i kariesforekomsten mellom gruppene, noe som er i samsvar med denne studien. I Tromsø 7 studien ble det funnet en økning i kariesprevalensen hos individer som var rundt 80 eller eldre; de hadde færre emaljelesjoner, mer rotkaries og høyere forekomst av ubehandlet dentinlesjoner sammenliknet med de yngre individene (< 80 år). Dette indikerer at risikoen for å få ny karies og ha ubehandlet karies øker når en når 80 års alder. Indikatorer som karies erfaring, antall gjenværende og intakte tenner, forekomst av emalje og dentin karies er ikke vesentlig forskjellige i de yngre aldersgruppene; de som er mellom 65 og 74 år har lik kariesforekomst som de mellom 60 og 64 år.

En av begrensningene til denne studien er at all kariesdiagnostikk ble foretatt kun på grunnlag av kliniske- og røntgenologiske bilder, uten mulighet for en klinisk undersøkelse. Dette vil kunne føre til underregistrering av karies på fasiale og linguale flater. I tillegg var deltagelse i Tromsø 7 begrenset til individene som responderte på invitasjonen, og en kan tenke seg at kun de friskeste eldre ble inkludert. Dette kan ha ført til at de individene med dårligst generell helse, og da kanskje også med dårligst oral helse, ikke ble inkludert i denne studien.

Denne studien har vist at det er store ulikheter i sykdomsnivå og behandlingsbehov i den voksne/eldre befolkning. Det var lite forskjell mellom de yngste eldre 60–74 år, mens kariesforekomsten økte betydelig etter 75 år. Dataen fra denne studien tyder på at hjemmeboende individer har god oral helse opp til 80 års alder. Derfor er det viktig å sette inn individuelle ikke-operative strategier for de eldste individene, særlig viktig er dette når det gjelder rotkaries. Det ble også avdekket betydelig operativt behandlingsbehov da forekomsten av ubehandlede karieslesjoner i dentin er høy blant de eldre over 80 år.

Takk

Vi setter stor pris på det omfattende arbeidet som avdøde professor Ivar Espelid gjorde i forbindelse med planlegging og igangsetting av tannhelseundersøkelsen i Tromsø 7. Vi vil også takke tannpleierne som samlet inn data på forskningsstasjonen i forbindelse med undersøkelsen.

REFERANSER

1. Statbank. Statistics Norway, 2017. URL: <https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning> SSB; 2017.
2. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33: 81–92.
3. Statbank. Statistics Norway, Dental Health, 2009. URL: <https://statbank.ssb.no/en/statistikkbanken>. 2009.
4. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. J Dent Res. 2015; 94: 650–8.
5. Oscarson N, Espelid I, Jönsson B. Is caries equally distributed in adults? A population-based cross-sectional study in Norway – the TOHNN-study. Acta Odontol Scand. 2017; 75: 557–563.
6. Skudutyte-Rysstad R, Eriksen HM, Hansen BF. Trends in periodontal health among 35-year-olds in Oslo, 1973–2003. J Clin Periodontol. 2007; 34: 867–72.
7. Brown LJ, Wall TP, Lazar V. Trends in caries among adults 18 to 45 years old. J Am Dent Assoc. 2002; 133: 827–34.
8. Nunn J, Morris J, Pine C, Pitts NB, Bradnock G, Steele J. The condition of teeth in the UK in 1998 and implications for the future. Br Dent J. 2000; 189: 639–44.
9. World Health Organization Oral Health Survey. Basic methods. 5th ed. Geneva, (2013). URL: https://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/
10. Kidd E, Fejerskov O. Changing concepts in cariology: forty years on. Dent Update. 2013; 40: 277–8, 280–2, 285–6.
11. Innes NPT, Schwendicke F. Restorative Thresholds for Carious Lesions: Systematic Review and Meta-analysis. J Dent Res. 2017; 96: 501–508.
12. Vidnes-Kopperud S, Tveit AB, Espelid I. Changes in the treatment concept for approximal caries from 1983 to 2009 in Norway. Caries Res. 2011; 45: 113–20.
13. López R, Smith PC, Göstemeyer G, Schwendicke F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. J Clin Periodontol. 2017; 44 Suppl 18: 145–52.
14. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Dental caries among the elderly in Norway. Acta Odontol Scand. 2004; 62: 75–81.
15. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. Gerodontology. 2012; 29: 420–6.
16. Schwendicke F, Krois J, Schiffner U, Micheelis W, Jordan RA. Root caries experience in Germany 1997 to 2014: Analysis of trends and identification of risk factors. J Dent. 2018; 78: 100–5.
17. Norderyd O, Koch G, Papias A, Köhler AA, Helkimo AN, Brahm CO, Lindmark U, et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jonkoping, Sweden during 40 years (1973–2013). II. Review of clinical and radiographic findings. Swed Dent J. 2015; 39: 69–86.
18. Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund, et al. Oral health and dental care of older persons – A systematic map of systematic reviews. Gerodontology. 2018; 35: 290–304.
19. Ambjørnsen E. Decayed, missing, and filled teeth among elderly people in a Norwegian municipality. Acta Odontol Scand. 1986; 44: 123–30.

ENGLISH SUMMARY

Mulic A, Oscarson N, Tveit AB.

The frequency of enamel and dentin caries lesions among elderly in Tromsø, Norway

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 312–6

Data on oral health among the elderly in Norway is sparse. The aim of the present study was to describe the distribution of enamel-, dentin-, root- and secondary caries within an elderly population in Northern-Norway. A study population (n=1 173) was divided into four age groups: 65–69, 70–74, 75–79 and 80–94. Seven calibrated examiners registered presence, location and severity of caries lesions on x-rays and intra-oral photos. Severity of approximal and occlusal primary and secondary, as well as root caries was graded (D1-2: in enamel; D3-5: into dentin, Sec1-2 og Sec3-5, Root D3-5). DMFS/DMFT were calculated. The seniors had more primary caries (DS1-5) compared to the oldest age groups, while the old elderly

had significantly more secondary caries than the other groups ($p < 0.05$). Among the oldest age population (80–94 yrs), 21 % were registered with root caries. About 48 % of the old elderly had one or more surfaces with untreated caries lesions into dentin, while for the other groups the number was 35 % ($p < 0.05$).

Individuals seem to maintain good oral health up to at least 80 years of age. Those older than 80 years have more root caries needing more intensified caries-controlling measures and a higher prevalence of untreated dentin lesions often in need of operative treatment.

100%
PURE
bone mineral
maximum safety

The purest volume stable **BOVINE BONE GRAFT.**

1200TRUST.COM

Hvordan håndtere pasienter med økt blødningsrisiko

Karen Marie Giltvedt, Tore Bjørnland og Heming Olsen-Bergem

FORFATTERE

Karen Marie Giltvedt, tannlege, privatpraktiserende.
Tore Bjørnland, professor. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Heming Olsen-Bergem, 1.amanuensis. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Forsvarets sanitet. Vestre Viken HF.

Korresponderende forfatter: Karen Marie Giltvedt,
E-post: kgiltvedt@hotmail.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Giltvedt KM, Bjørnland T, Olsen-Bergem H. Hvordan håndtere pasienter med økt blødningsrisiko. Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 318–24

Akseptert for publisering 15.12.2019

MeSH: Oral blødning; Postoperativ blødning; Blodfortynnende medisin; Risikofaktorer

Tannleger må forholde seg til pasienter med koagulasjonssykdommer som gir økt risiko for blødning ved dentale inngrep. Denne artikkelen ønsker å beskrive hvordan tannleger skal forholde seg til disse pasientene før, under og etter dentale inngrep for å hindre blødningskomplikasjoner. Utfordringen er å vurdere risikoen for blødning opp mot risikoen for at pasienten får sykdom eller komplikasjoner ved at man endrer pasientens medikamenter.

Tabell 1. Oversikt over koagulasjonssykdommer

Svikt/defekt i koagulasjonssystemet	Medfødte – Hemofili A og B – Von Willebrand sykdom – Faktor VII – mangel Ervervet – Leversvikt – Vitamin K mangel (malabsorpsjon, mangelfullt kosthold, medikamenter som binder vit. K (cholestyramin)) – Disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC)
Defekt platefunksjon	Trombocytopeni – Økt destruksjon, nedsatt produksjon eller endret distribusjon ved: – beinmargssvikt, – megaloblastisk anemi – ITP (Idiopatisk trombocytopenisk purpura) – DIC – TTP (Trombotisk trombocytopenisk purpura) – Lymfom – massiv splenomegali Trombocytopeni • Medfødt – Glanzmanns trombocytopeni – Bernard Souliers syndrom • Ervervet – myeloproliferative sykdommer – uremi – levercirrhose – monoklonale gammopatier
Karskjørhet	• Medfødt – Osler syndrom • Ervervet – Senil purpura – Cushings syndrom – Traume – Infeksiøs diaré hos barn – hemolytisk uremisk syndrom – Vaskulitt (inkludert Henoch-Schönlein) og bindevevssykdommer – Skjærbuk
Fibrinolytisk defekt	• DIC

Koagulasjonssykdommer

Koagulasjonssykdommer foreligger ved defekt hemostase og kommer til uttrykk klinisk i form av spontan blødning, unormalt kraftig blødning eller blødning som oppstår sent etter vevsskade. Kraftig blødning kan forekomme etter skade, ved epistaxis, menorrhagi eller langvarig blødning i forbindelse med kirurgi/dentale inngrep, og kan være av lokale eller systemiske årsaker som for eksempel defekter i karvegg, blodplater, koagulasjonssystem – og/eller det fibrinolytiske system (1).

Koagulasjonssykdommene kan være ervervede eller medfødte. Ervervede årsaker er vanligere enn de medfødte. I Norge er det rundt 400 personer med hemofili. Prevalensen av hemofili A er omtrentlig fem ganger høyere enn for Hemofili B. Von Willebrand's sykdom er den vanligste medfødte blødersykdommen (om lag 600 personer i Norge). Von Willebrand's sykdom er ofte underdiagnos-

tisert da pasientene har sykdommen i så mild grad at de ikke har symptomer. Andre faktordefekter er meget sjeldne (Se tabell 1) Geir E. Tjønnfjord og medarbeidere ved Avdeling for blødersykdommer, OUS, opplyser om at ved slutten av 2002 hadde Institutt for sjeldne medisinske diagnoser, OUS, registrert 1 119 pasienter med en form for blødersykdom (2). Rikshospitalet, OUS, har landsfunksjon for behandling av pasienter med blødersykdommer. Ved munnhulekirurgi skal Avdeling for blødersykdommer, OUS, kontaktes før inngrep, og disse vil gi anbefalinger med tanke på om inngrepet kan utføres av egen tannlege, sykehusavdeling ved hjemsted eller på seksjon for kjevekirurgi og munnhulesykdommer ved OUS.

Blødningsrisiko

De fleste inngrep i munnhulen er ikke forbundet med stor blødningsfare, det vil si forlenget koagulasjonstid, økt blødning eller

Tabell 2. Blødningsrisiko ved orale inngrep, basert på «The Scottish dental Clinical Effectiveness programme» med modifikasjoner. Tilgjengelig på www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/SDCEP-Anticoagulants-Guidance.pdf

Orale inngrep med forventet blødning		
Orale inngrep med liten blødningsrisiko	Lav risiko for komplikasjoner	Økt risiko for komplikasjoner
- Lokal anestesi – infiltrasjon, intraligamental eller nerveblokkade - Periodontal undersøkelse - Supragingival scaling - Direkte/indirekte restaureringer med supragingivale avslutninger - Endodonti - Avtrykk og andre plateprotetiske prosedyrer - Innsetting og tilpassing av kjeveortopedisk apparatur	- Enkel ekstraksjon av enrotdete tenner - Incisjon og drenasje av intraoral abscess - Omfattende periodontal undersøkelse - Depurasjon/subgingival scaling - Direkte/indirekte restaureringer med subgingival avslutning - Små biopsier - Inngrep med laser eller elektrotom (f.eks. kroneforlengning, gingivectomi)	- Komplekse ekstraksjoner av f.eks. molarer eller ekstraksjon av flere tenner samtidig med påfølgende større sårflater, - Inngrep som omfatter oppklapping: - Kirurgiske ekstraksjoner - Periodontal kirurgi - Preprotetisk kirurgi - Periradikulær kirurgi - Kroneforlengning - Implantatkirurgi - Gingival rekonturering - Store biopsier

ukontrollert blødning (3). For å vurdere blødningsrisiko må man vurdere inngrepets omfang. Størrelse på sårflate, graden av karinnvekst og inflammasjonsgrad vil påvirke blødningsrisikoen. Eksempelvis vil inngrep som omfatter oppklapping, fjernelse av ben, samt fjerning av multiple tenner eller tenner med mye granulasjonsvev i periodontallommen gi større risiko for blødning sammenlignet med en enkel ekstraksjon av en tann.

Likeledes vil drenering av en abscess gi en liten såroverflate og liten blødningsrisiko sammenlignet med depurasjon/scaling i et område med inflammet gingiva. Ekstraksjon av en premolar med aktiv periodontal infeksjon gir større blødningsrisiko sammenlignet med ekstraksjon av en premolar med kronisk apikal periodontitt (Se tabell 2).

I tillegg må man vurdere behandlingsteknikk og planlegge hvordan man skal avslutte inngrepet for å hindre blødning. Kirurgisk inngrep med fjernelse av ben gir større risiko for blødning enn enkel ekstraksjon. Manglende fjerning av granulasjonsvev vil gi mer blødning, og åpne alveoler vil gi mer blødning enn ved primærlukking.

Mange anser ekstraksjoner som enkle inngrep, men fjernelse av molarer er å betrakte som et komplisert inngrep og gir økt risiko for blødning. Rottene på molarer på pasienter med økt blødningsrisiko bør derfor deles fra hverandre da dette gir mindre blødning enn ved at tannen fjernes i sin helhet med tang (4).

NSAID's påvirker blodplatene og mage/tarm kanalen ved å hemme prostaglandinsyntesen som regulerer blodplatene og har en beskyttende effekt på tarmslimhinnen. Dette fører til økt risiko for blødning og gastrointestinale bivirkninger (perforasjon, blødning). Det er av den grunn gunstig å unngå bruk av NSAIDs på personer med økt blødningsrisiko. Selektive COX 2-hemmere (Eksempel Arcoxia) gir økt risiko for kardiovaskulær sykdom, og skal derfor

gis med forsiktighet til pasienter med vesentlige risikofaktorer for kardiovaskulære hendelser (for eksempel hypertensjon, diabetes, røyking) (5). Rådet fra Statens legemiddelverk er å unngå selektive COX-2-hemmere og diklofenak, og å bruke naproksen i kortest mulig tid, eventuelt under dekke av en protonpumpehemmer. Legemiddelinteraksjoner kan undersøkes ved å besøke www.interaksjoner.no

Hvordan forholde oss til pasienter med økt blødningsrisiko

Korrekt utfylt helseskjema gir god oversikt over medisinsk historie, alvorligheten av koagulasjonssykdommen, samt oversikt over andre systemiske sykdommer som også gir økt blødningsrisiko som f. eks. nedsatt nyre- lever og beinmargsfunksjon.

Om pasienten informerer om tidligere blødninger må man få utfyllende informasjon om: 1) den hadde en eller flere av kriteriene for signifikant post operativ blødning (se tabell 3) 2) den var forårsaket av lokale faktorer som f.eks. infeksjon, traume eller om den var spontan 3) om det kan være arvelig eller ervervet koagulasjonssykdom 4) om det kan være en koagulasjonssykdom som er forårsaket av en eller flere årsaker. (6)

Andre tegn på økt risiko for blødning er lett blødningstendens (neseblod, blåmerker etc.), lang blødningsperiode etter andre inngrep, blødninger som har vart mer enn 24 timer, sykehusinnleggelse

Tabell 3. Kriterier for signifikant postoperativ blødning

Kriterier for signifikant postoperativ blødning:

1. varer lengre enn 12 timer
2. pasienten tar kontakt med behandlende tannlege/oralkirurg eller legevakt grunnet blødning og opplyser om koagler i munnen
3. resulterer i stort hematom eller ecchymose i bløtvevet
4. behov for blodoverføring

Tabell 4. Kristoffersen AH Blødningsutredning: Når utrede og hvilke analyser? (7) www.legeforeningen.no 2017

Utredning av blødningstendens

1) Personlig historie

- Blødningsmønster (primær vs. sekundær hemostase)
- Alvorlighet
- Starttidspunkt (arvelig vs. ervervet)
- Kliniske signifikante symptom?
- Ervervede årsaker vanligere enn arvelige
 - Medikamenter (platehemmere, antikoagulantia)

2) Familiehistorie

- Inngifte?
- Ukjent (adopsjon)
- Spontane mutasjoner (30 % av alle hemofili A)

3) Kliniske undersøkelser

4) Biokjemisk utredning

ser grunnet blødning, medikamenter som påvirker koagulasjon, blødning som har kommet dager etter utførte inngrep (hemofili), høyt inntak av alkohol. (6)

- Oversikt over type medikamenter pasienten står på – evt. kombinasjoner av antikoagulerende medikamenter (7)
- Klinisk undersøkelse av munnhulen – tegn til ecchymose eller hematoma (7)
- Biokjemisk utredning – INR (International Normalised Ratio), APTT (aktivert partiell tromboplastintid) (TT (Trombintid)), Fibrinogen (måler koagulasjonstid i sekund, akutfasereaktant) (8)

Medikamentell antikoagulasjon

Warfarin og platehemmere har i mange år vært brukt som antikoagulasjonsmidler. I 2013 ble dabigatran (Pradaxa®), apiksaban (Eliquis®) og rivaroksaban (Xarelto®) godkjent for refusjon på blå resept i Norge. Siste preparatet, Edoxaban (Lixiana®) kom på markedet i 2016. Flere pasienter blir nå behandlet med disse nye direkte virkende perorale antikoagulerende medikamentene «DOAK» (9), også kjent som non vitamin-k avhengige antikoagulantia, «NOAK». DOAK har i omfattende kliniske studier vist like god effekt og sikkerhet som tradisjonelle antikoagulasjonsmedikamenter (1), og gir lavere blødningsrisiko sammenlignet med vitamin-k antagonister (warfarin) (10)

Perorale antikoagulasjonsmidler kan deles inn i to hovedgrupper: platehemmere og perorale antikoagulantia (tabell 5).

Platehemmere virker på hemostasen ved å hindre aktivisering, aggregasjon og adhesjon av blodplater gjennom fire ulike mekanismer.

– Acetylsalisylsyre – hemmer blodplatenes syntese av tromboxan A₂ ved en irreversibel hemming av syklooksygenase gjennom platenes levetid (11).

– ADP-reseptorantagonister (klopidogrel, tiklopidin, prasugrel, tikagrelor) – blokkerer aktivisering av adenosindifosfat (ADP) gjennom ADP-reseptorer P2Y₁₂ på blodplatene. Hemmer dermed ADP-indusert blodplateaggregering. Tikagrelor (Ticlid®) har reversibel effekt, og raskere virkning sammenlignet med klopidogrel (Plavix), men har samtidig flere bivirkninger som dyspne, hematomer og økt blødningsrisiko (11).

– Dipyridamol – Hemmer syntesen av tromboxan A₂ og øker effekten av prostasyklin. Virker i tillegg vasodilaterende, også på koronarkar (11).

– Glykoprotein IIb/IIIa-antagonister (abciximab, eptifibatid) – hindrer bindingen av fibrinogen, von Willebrand-faktor og andre adhesive molekyler til glykoprotein IIb-IIIa-reseptorene på aktiverte blodplater. (11)

Effekten varer hele blodplatenes levetid (8–10 dager) og det må derfor produseres nye blodplater for å oppnå økt koagulasjon. Ved tann/oralkirurgiske inngrep er det derfor ikke indikasjon for å seponere disse medikamentene i forkant (12,13). Platehemmere anbefales som profylaktisk behandling ved perifer karsykdom, symptomatisk carotisstenose og andre typer hjerteinfarkt/TIA uten påvist atrieflimmer (14).

Marevan (warfarin) er det mest kjente perorale antikoagulantia, og har vært på markedet i over 60 år (13). Marevan er en vitamin-K antagonist som hemmer faktor II, VII, IX og X. Dabigatran (koagulasjonsfaktor IIa (trombin)hemmer), rivaroksaban og apiksaban (direkte faktor Xa-hemmer) gir rask effekt, har kort halveringstid og er enklere å dosere sammenlignet med warfarin (9). DOAK har derfor blitt førstevalget, og flere pasienter bytter nå over fra Warfarin. Baksiden med disse preparatene er at det ikke er mulig å kontrollere blodverdiene når INR ikke kan måles (15,16). Tidligere har heller ikke disse medikamentene hatt noe antidot, men høsten 2015 ble idarusizumab (Praxbind) et monoklonalt antistoff godkjent til bruk i Norge for å stanse alvorlige blødninger (17).

Indikasjon for bruk av antikoagulantia er pasienter med akutt koronarsyndrom (rivaroksaban), postoperativ tromboseprofylakse etter kne- og hofteprotese kirurgi, kunstig hjerteklaff (warfarin), forebygging av slag og systemisk emboli hos voksne pasienter med ikke klaffe-assosiert atrieflimmer, behandling og forebyggelse av dyp venetrombose og lungeemboli (10).

Seponering av antikoagulantia og platehemmere

Alle pasienter på antikoagulasjonsbehandling har økt risiko for blødning. Dette medfører også større risiko ved kirurgiske inngrep, tannekstraksjoner og liknende. I RELIS (18) sine anbefalinger fra 2013 som er basert på artikkelen skrevet av en nasjonal rådgivende spesialistgruppe i antikoagulasjon «Informasjon om de nye perora-

Tabell 5 Oversikt over antikoagulerende medisiner. Utdrag fra felleskatalogen

Perorale platehemmere

- Klopido­grel (Klopido­grel®, Plavix®)
- Acetylsalisylsyre (Acetylsalisylsyre®, Albyl-E®)
- Tiklopidin (Ticlid®)
- Dipyridamol (Aponova®, Persantin®)
- Prasugrel (Efient®)
- Tikagrelor (Brilique®)

Perorale antikoagulantia

- Warfarin (Marevan®, Warfarin®)
- Dabigatran (Pradaxa®)
- Rivaroksaban (Xarelto®)
- Apiksaban (Eliquis®)
- Edoksaban (Lixiana®)

le antikoagulasjonsmidlene dabigatran, rivaroksaban og apiksaban»(10) og «Warfarinbehandling i praksis – tryggere antikoagulasjon»(19) utgitt av norske legeförening, anbefales:

Warfarin

Tannekstraksjon og tilsvarende inngrep kan utføres hos pasienter med INR ≤ 3,0. Bruk av bitetampong fuktet med traneksamsyreoppløsning (Cyklokapron injeksjonsvæske) gir god hemostase. Pasienten bør bite på tampongen i 30–60 minutter. Ved videre blødningstendens kan forsiktig munnskylling med ufortynnet Cyklokapron injeksjonsvæske fire ganger daglig i to-tre dager forsøkes.

Apiksaban

Tannekstraksjon og fjerning av tannsten krever ikke særskilte tiltak. Lokalbehandling med traneksamsyre-fuktet tampong brukes ved behov. Ved elektive småkirurgiske inngrep kan apiksaban seponeres 24 timer før inngrepet, og startes opp igjen dagen etter inngrepet.

Dabigatran

Tannekstraksjon og fjerning av tannsten krever ikke særskilte tiltak. Lokalbehandling med traneksamsyre-fuktet tampong brukes ved behov. Ved elektive småkirurgiske inngrep bør dabigatran seponeres 24 timer før inngrepet hos pasienter med GFR>50ml/min, og to døgn før hos pasienter med GFR<50ml/min. Dabigatran kan startes opp igjen dagen etter inngrepet.

Rivaroksaban

Tannekstraksjon og fjerning av tannsten krever ikke særskilte tiltak. Lokalbehandling med traneksamsyre-fuktet tampong brukes ved behov. Ved elektive småkirurgiske inngrep kan rivaroksaban seponeres 24 timer før inngrepet, og startes opp igjen dagen etter inngrepet.

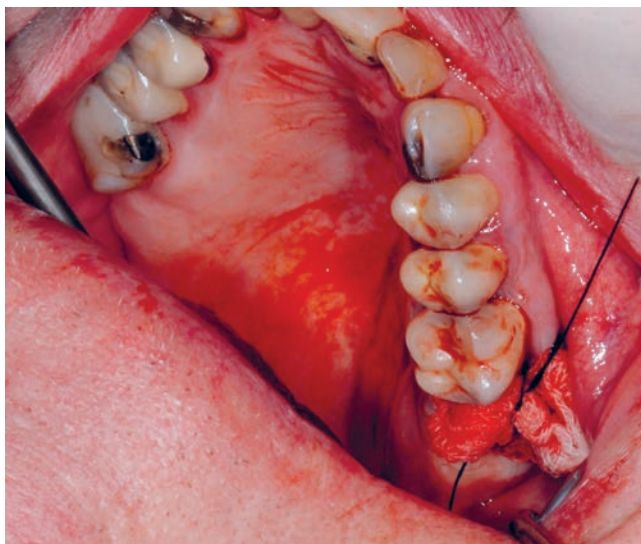
Ved inngrep uten høy risiko for blødning kan rivaroksaban og apixaban seponeres samme dag (morgendosen) med oppstart samme kveld. Ved større inngrep seponeres kveldsdosen dagen før i tillegg (tabell 6).

Generelt anbefales det å være restriktiv med å seponere warfarin. Om pasienten har stabil INR 2-3 kan kirurgiske inngrep utføres uten å seponere (12,20). Dagsfersk INR prøve fra lege bør sikres før man utfører inngrepet, men det er i tillegg viktig at pasienten har hatt stabil INR over tid (16). Spør etter pasientens INR-kort for å se tidligere INR-målinger. Ved ustabil INR burde inngrepet utsettes for å hindre ukontrollert blødning og fastlege bør kontaktes.

Platehemmere anbefales det i første omgang ikke å seponere ved inngrep uten særlig stor blødningsrisiko. Kombinasjoner av ulike antitrombotiske medikamenter, intensitet av behandlingen og varighet påvirker blødningsrisikoen (10). Den nasjonale rådgivende spesialistgruppen på antikoagulasjon beskriver registre og studier som viser at 30–40 % av pasienter med atrieflimmer blir i kortere eller lengre perioder behandlet med kombinasjoner av perorale antikoagulantia og platehemmere, som regel acetylsalisylsyre (ASA). Risikoen for alvorlig blødning under behandling av kombinasjonen antikoagulasjon + ASA ser ut til å øke med en faktor på 1,5 – 1,6.

Tabell 6 Oversikt over seponering av DOAK og Warfarin. Kilder: «Informasjon om de nye perorale antikoagulasjonsmidlene dabigatran, rivaroksaban og apiksaban» av Nasjonal rådgivende spesialistgruppe innen antikoagulasjon og «Warfarinbehandling i praksis – tryggere antikoagulasjon» av Norske legeförening.

Dabigatran (Pradaxa)	Rivaroksaban (Xarelto)	Apixaban (Eliquis)	Warfarin
• Kan opereres 24 timer etter siste tablettinntak ved GFR>50ml/min og 48 timer etter GFR 30–50ml/min. • Dabigatran kan vanligvis starte dagen etter operasjon	• Kan opereres 24 timer etter siste tablettinntak • Rivaroksaban kan vanligvis starte dagen etter operasjon	• Kan opereres 24 timer etter siste tablettinntak • Apixaban kan vanligvis starte dagen etter operasjon	• INR≤ 3,0 • Oppstart avhengig av inngreps omfang. Inngrep uten komplikasjoner – kan starte dagen etter operasjon.



Figur 1. Tupfer med Cyklokapron sutureres fast på toppen av alveolen.
Foto: Bergem HO.

Ved dobbel platehemmende behandling i tillegg til antikoagulasjon øker risikoen ytterligere med kanskje en faktor 2,5 – 4. Eksempler på dette er pasienter på kombinasjoner av platehemmere som prasugrel (Efient®) og acetylsalisylsyre under PCI behandling, og pasienter med kunstig hjerteklaff på dipyridamol (Persantin®) i kombinasjon med orale antikoagulantia (warfarin) for å forebygge tromboemboli. Den vanligste indikasjonen for kombinasjonsbehandling er pasienter med atrieflimmer + koronarsykdom (10)

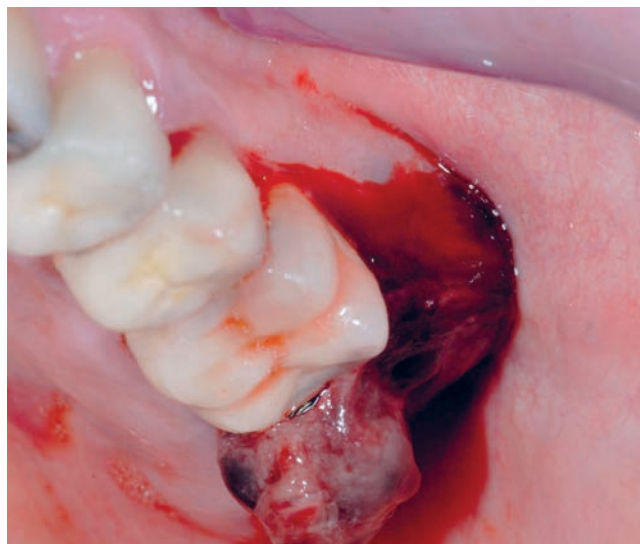
Tiltak ved blødning

Som tannlege må man kunne håndtere eventuelle komplikasjoner eller bivirkninger når man skal utføre et inngrep på en pasient med økt risiko for blødning. Før man starter inngrepet er det viktig å ha planlagt hva man gjør ved blødning, og at man har det man trenger for hånden.

Cyklokapron (traneksamsyre), en fibrinolysehemmer, brukes for å forebygge og behandle blødninger forårsaket av generell eller lokal fibrinolyse. Cyklokapron er særlig effektiv ved lokal bruk i munnhulen hvor spytt har høy fibrinolytisk aktivitet. Retningslinjene anbefaler Cyklokapron-fuktet bite-tampong ved tanntrekking eller lokalbehandling med ufortynnet injeksjonsløsning av cyklokapron som munnskylling x 4 i 2–3 dager etter inngrepet hos pasienter med økt risiko for blødning (12,13)

Ved blødning fra alveole peroperativt

- Komprimere
- Pakking av hemostatikum (oksidert cellulose f.eks. Surgicel, gelatison eller gelatinsvamp)
- Primær lukking, og evt. tampong med cyklokapron (figur 1)



Figur 2. koagel i alveole fire timer etter ekstraksjon av molar.
Pasienten bruker Albyl E 75mg Foto: Bergem HO.

Postoperativ blødning fra alveole

- Fjern eventuelle suturer
- Sug og skyll med rent fysiologisk saltvann
- Finn årsaken til blødning
 - I bløtvev – lukk (underbinde, brenne etc.)
 - I alveolen – samme tiltak som ved peroperativ blødning fra alveole (figur 1 og 2)

Blødning fra Periodontiet

- Skyll lommen med saltvann eller cyklokapron
- Pakk forsiktig hemostatikum (surgicel eller liknende) i lommen
- Suturer ved behov
- Instruer pasienten i å skylle med Cyklokapron 3–6 ganger daglig i 1–4 dager. Cyklokapron skal ikke svelges.

Blødning fra bløtvev

- Lokaliser årsaken
- Underbinde/brenne o.l.
- Skyll med Cyklokapron som ved blødning fra periodontiet

Dersom behandlingen ikke lar seg gjennomføre eller man får en ukontrollert blødning må pasienten legges inn på sykehus. Ring vakthavende lege. Ved store ukontrollerte blødninger ring 113 (4,15)

Konklusjon – oppsummering

- Ingen medisiner skal seponeres uten å kontakte behandlende/ reseptforskrivende lege (kardiolog)
- Det er viktig at behandlingen utføres mest mulig atraumatisk – ved ekstraksjon anbefales bruk av periotom, forsiktighet ved bruk av tang, samt spalting av flerrotete tenner
- Ha tilgang til lokalt hemostatikum
- Suturering anbefales
- Pasienter som er antikoagulerende anbefales ikke platehemmere ved smertelindring inklusive NSAID's.

REFERANSER

1. Legehåndboka. Blødningstendens 2016. Oppdatert 26.02.2019. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/blod/symptomer-og-tegn/blodningstendens/> (lest 08.05.19).
2. Vinod M, Paus AC, Tjønnfjord G. Kirurgi ved alvorlig blødersykdom – kostbar behandling til en liten gruppe. Tidsskr Nor Legeforen. 2005; 125: 883–5.
3. Management of dental patients taking Anticoagulants or antiplatelet drugs – dental clinical guidance. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme, Aug. 2015.
4. Veileder i håndtering av medisiner med økt blødningsrisiko. Bergem HO 2019. <https://www.odont.uio.no/iko/om/organisasjon/fagavd/oral-kirurgi-oral-medisin/rutiner-metoder/veileder-i-handteringen-av-medisiner-med-okt-blodningsrisiko> (lest 04.06.2019).
5. Den norske legeforening. Retningslinjer for smertelindring 2009. <https://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling> (lest 22.09.2019).
6. Lockhart PB, Gibson J, Pond SH, Leitch J. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part 1: Coagulopathies from systemic disease. Br Dent J. 2003; 195: 495–501.
7. Gupta A, Epstein JB, Cabay RJ. Bleeding disorders of importance in dental care and related to patient management. JCDA. 2007; 73: 77–83.
8. Blødningsutredning: Når utrede og hvilke analyser? Kristoffersen AH. <https://legeforeningen.no/PageFiles/190610/Blødningsutredning> (lest 19.06.2019).
9. Opdal MS, Johansen PW. Nyttig og nødvendig om nye antikoagulasjonsmidler. Tidsskr Nor Legeforen. 2016; 136: 1505.
10. Helsedirektoratet. Informasjon om warfarin og de nye virkende perorale antikoagulasjonsmidlene dabigatran, rivaroksaban og apixaban. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/antikoagulasjonsmidlene-warfarin-dabigatran-rivaroksaban-og-apixaban/Informasjon> (lest 04.04. 2019)
11. Legehåndboka. Hemmere av blodplateaggregasjon 2014. Oppdatert 11.10.2017. <https://legehandboka.no/handboken/parakliniske-kapitler/legemidler/b-blod-og-bloddannende-organer/b01-antitrombotiske-midler/b01a-c-hemmere-av-blodplateaggregasjon/> (lest 20.09.2019).
12. Neppelberg E, Herlofson BB. Antikoagulasjon og platehemmere i tannlegepraksis. Nor Tannlegeforen Tid. 2008; 118: 656–9.
13. Løkken P, Skjellbred P. Bør antitrombotisk behandling seponeres før tannekstraksjoner? Nor Tannlegeforen Tid. 2005; 115: 770–3.
14. Johansen H, Rutherford OCW, Aamodt AH, Russell D, Atar D, Waleed G. Nye antikoagulasjonsmidler i kombinasjon med platehemmere. Tidsskr Nor Legeforen. 2016; 136: 1543–6.
15. Hammarfjord O, Lund B, Gynther G, Krüger-Weiner C. Ny generation av blodförtunnande läkemedel – så påverkar de tandvården. Tandläkartidningen 2014; 106: 60–4.
16. Nilsen AJ, Bergem HO. Nye antikoagulantia «blodfortynnende midler». Hvordan forholder vi oss til disse? Nor tannlegeforen Tid 2014; 124: 221.
17. Rutherford OCW et al. Antidotbehandling ved bruk av direktevirkende antikoagulasjonsmidler. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 244–7.
18. Perorale antikoagulantia ved tannbehandling og småkirurgi. Langaas HC, Eriksen AK. https://relis.no/Aktuelt/Arkiv/2013/Perorale_antikoagulantia_ved_tannbehandling_og_smakirurgi (lest 05.05.2019).
19. Legeforeningen. Warfarinbehandling i praksis – trygge antikoagulasjon 2010. <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Veiledere/Warfarinbehandling-i-praksis>.
20. Heitmann M, Sigurd B. Kardiiovaskulær sykdom og odontologi. Nor Tannlegeforen Tid 2012; 122: 34–7.

ENGLISH SUMMARY

Giltvedt KM, Bjørnland T, Olsen-Bergem H.

How to manage patients with bleeding disorders?

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 318–24

Bleeding disorders, both acquired and congenital, is a challenge in dental treatment. As dentists, we need to know how to handle these patients before, during and after dental procedures/oral surgery to avoid bleeding complications. Medical history and assessing the bleeding risk of the dental procedure is important to avoid complications. Anticoagulants is a risk factor for bleeding. In 2015 a group of Norwegian specialists wrote an article «Informati-

on about the non-vitamin K dependent anticoagulants dabigatran, rivaroksaban and apixaban» which gives recommendations on how to discontinue anticoagulants before dental procedures/oral surgery to avoid uncontrolled bleeding. This paper describes recommendations on when to discontinue anticoagulants and local measures to control bleeding during and after dental procedures/oral surgery.

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 |

FORFATTERE

Marie Alnæs, ØNH-lege, overlege. Seksjon for klinisk spesialallergologi, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

Torgeir Storaas, ØNH-lege, ph.d., forsker, seksjonsoverlege. Seksjon for klinisk spesialallergologi og leder for regionalt senter for astma, allergi og annen overfølsomhet i Helse Vest, Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus.

Lars Björkman, tannlege, med.dr. Leder for Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer ved NORCE og professor II ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Hilde Kristin Vindenes, spesialist i hud- og veneriske sykdommer, overlege ved Yrkesmedisinsk avdeling og Hudavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus og stipendiat ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen.

Sindre Brudevoll, tannlege. Nordland fylkeskommune.

Korresponderende forfatter: Marie Alnæs, Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus, Yrkesmedisinsk avdeling, Postboks 1400, 5021 Bergen. E-post: mariealnæs1@gmail.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Alnæs M, Storaas T, Björkman L, Vindenes HL, Brudevoll S. Anafylaksi etter endodontisk behandling. Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 326–30

Godtatt for publisering 20.02.2020

MeSH: Anafylaksi; Allergener; Allergi; Endodonti; Odontologiske materialer; Kasusrapporter

Anafylaksi etter endodontisk behandling

Marie Alnæs, Torgeir Storaas, Lars Björkman, Hilde Kristin Vindenes og Sindre Brudevoll

En mann i 30-årene reagerte med anafylaksi i forbindelse med endodontisk behandling. Gjentatt spesialallergologisk utredning var nødvendig for å finne årsaken. Denne var et lite kjent, men økende rapportert allergen som kan ha store innvirkninger på pasientens videre liv.

Kasusbeskrivelse

Pasienten fikk i november 2016 endodontisk behandling av tann 36 på grunn av akutt apikal periodontitt og partiell pulpanekrose (figur 1). Pasienten var tidligere frisk. Pasienten fikk ledningsanestesi (Xylocain Dental adrenalin) ved N. mandibularis, samt infiltrasjon ved tann 36 og direkte i tannpulpa. Tannen ble desinfisert med natriumhypokloritt (irrigasjonsmiddel) i rotkanal og etter instrumentering ble det tørket i kanalene med papirpoints og det ble lagt inn kalsiumhydroksid (AH Temp, Dentsply) og midlertidig fylling bestående av Cavit (3M ESPE) i rotkanalsåpningene og i bunnen av kavum og med IRM (Dentsply) som toppfylning.

Fem minutter etter han forlot tannlegekontoret tilkom intens generalisert kløe, kvalme og kaldsvette. Han kjørte til sitt arbeidsted og husker ikke mer før han våknet på sykehuset. Pasienten ble raskt etter ankomsten til sitt arbeid funnet omtåket i garderoben av en

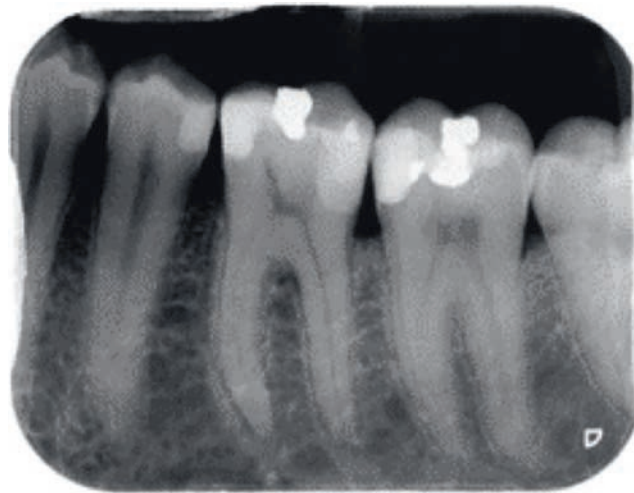
kollega og ambulanse ble tilkalt. Ambulansejournal beskriver pasienten med blodtrykk 70/40, puls 90, satO₂ 87 % og omtåket og trøtt. Han fikk intravenøst NaCl 0,9 %, 10 mg desklorifeneramin og 200 mg hydrokortison med effekt. Ved ankomst på sykehuset ble det avdekket et urtikarielt eksantern på trunkus. Pasienten ble observert til neste dag og utskrevet med antihistamin-tabletter (Cetirizin). Han ble samtidig henvist til spesial-allergologisk seksjon Haukeland universitetssjukehus.

En detaljert gjennomgang viste at følgende stoffer var blitt brukt ved tannbehandlingen: AH Temp kalsiumhydroksid innlegg (Dentsply), IRM midlertidig tannfyllingsmateriale (Dentsply, inneholder eugenol), Cavit midlertidig tannfyllingsmateriale (3M ESPE), Antibac dental overflatedesinfeksjon (Antibac AS), non-latexhansker, non-latex kofferdam (FlexiDam, Roeko), papirpoints (Dia Dent), natriumhypokloritt 2,5 % (apotek-blandet lokalt).

Etter den akutte reaksjonen var pasienten symptomfri, men etter 3 måneder fikk han igjen symptomer i form av smerter og infeksjon i tann 36. Ettersom det ikke var kjent hvilket allergen pasienten hadde reagert på frarådet spesialist i indremedisin ved det lokale sykehuset tannlegen å behandle pasienten og tannen ble da fjernet av tannlegespesialist på et regionalt sykehus under anestesiovervåking. Fjerningen ble gjennomført uten noen tegn på allergisk reaksjon.

Utredning på allergologisk avdeling

Pasienten kom til undersøkelse ved poliklinikken ved spesial-allergologisk seksjon Haukeland universitetssjukehus første gang i mars 2017. Han hadde før den aktuelle tannbehandlingen aldri hatt allergiske reaksjoner. Det ble gjort hudpricktest på lateks, klorheksidin, Xylocain, metylparahydroksybenzoat og natriumbisulfat. Alle var negative. Intrakutantest ble utført med Xylocain i fortykning 1:100, denne var negativ. Subkutan provokasjon med Xylocain 10mg/ml i fortykning 1:100, 1:10 og 1:1 var alle negative. Lappetest med eugenol 10 % væske, IRM pulver 10 % og Antibac 75 % med avlesning etter 20 og 40 min var negative. Blodprøver viste IgE total 26 kU/L (<120 kU/L), tryptase 5,7 µg/l (<12 µg/L) basofil aktiveringstest med Antibac var negativ. Spesifikk IgE Matpanel og Inhalasjonspanel, klorhexidin og lateks var negative (<0,35 kU/L). Pasienten ble henvist til supplerende testing med hudlappetester som følger: Hanskemateriale nativ og løst i etanol 95 %, FlexiDam kofferdam nativ, FlexiDam løst i aceton og aceton alene og papirpoints løst opp i aceton. Pasienten anga kløe og erytem ble observert ved FlexiDam løst i aceton, aceton alene og papirpoints løst i aceton. Resultatet ble tolket som uspesifikke reaksjoner, sannsynligvis på aceton. Pasientens tannlege rapporterte reaksjonen til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer i Bergen og

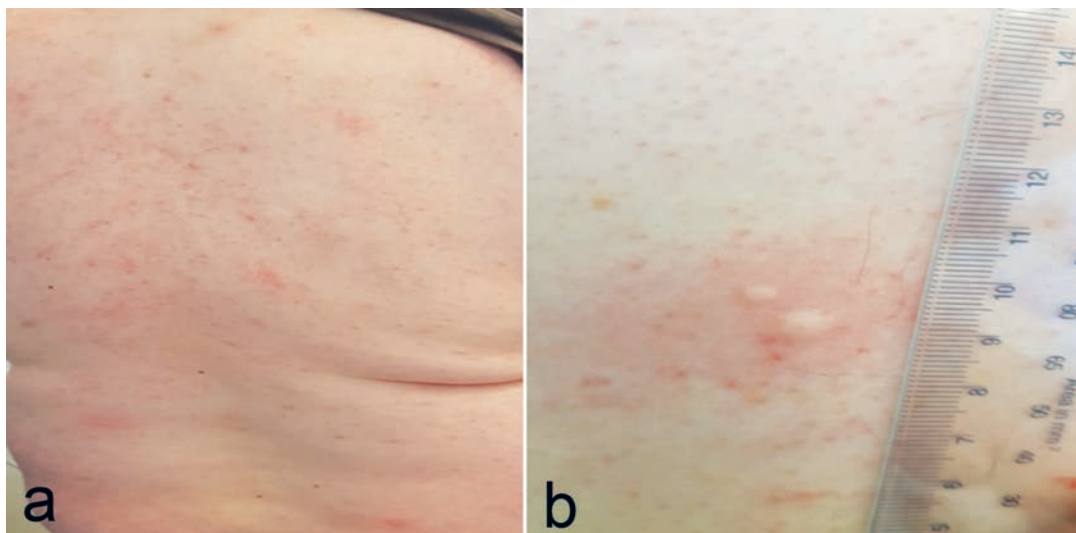


Figur 1. Tann 36 viser apikal periodontitt. Det var ingen abscess eller fistel i området.

det framkom at AH Temp inneholder polyetylen glykol (PEG) som er et potensielt allergen. Pasienten ble henvist på nytt til spesial-allergologisk seksjon ved Haukeland universitetssjukehus. Pasientens tannlege rapporterte reaksjonen i tillegg til Legemiddelverket og til produsenten av AH Temp (Dentsply).

Pasienten ble revurdert ved spesial-allergologisk seksjon ved Haukeland universitetssjukehus i juni 2019. Han hadde ikke hatt allergiske reaksjoner i mellomtiden. Det ble utført prikk til prikk-test (mistenkt utløsende substans prikket direkte i hud) med AH Temp og Movicol. Movicol er et avføringsmiddel som primært inneholder polyetylen glykol USP 3350 og derfor kan være egnet til å vurdere PEG allergi. Begge prikktester var negative. God testbarhet av pasienten ble vist med histamin positivkontroll.

Sammensetningen av AH Temp gjorde det uegnet til intrakutantest og provokasjonstesting. Ren polyetylen glykol var ikke tilgjengelig. På grunn av behov for avklaring om allergi ble det derfor besluttet å gjøre en åpen oral provokasjon med et annet medikament med polyetylen glykol som virkestoff og færrest mulig andre innholdsstoffer. Vi valgte igjen Movicol. Etter inntak en dose Movicol a 13 g oralt, oppsto det etter 10 minutter urticaria på trunkus og ekstremiteter (figur 2 a, b), kløe i munn og svelg og uro hos pasienten. Blodtrykk og puls var uendret under reaksjonen. Han opplevde symptomene identiske til starten av anafylaksien han gjennomgikk i 2016. På grunn av stabile sirkulatoriske forhold med primært hudfunns ble det administrert 5 mg Alerius (antihistamin) tablett og 20 mg Prednisolon tablett, bedring etter ca 15 minutter. Adrenalin forelå tilgjengelig som autoinjektor under prosedyren, men da kun et organsystem var involvert ble det ikke administrert. Urticaria var



Figur 2a, b: Urtikarielle lesjoner 15 minutter etter peroral provokasjonstest med Movicol (polyetylen glykol).

tilnærmet forsvunnet innen en time etter administrasjon av anti-histamin og Prednisolon. Blodprøver tatt 2 timer etter reaksjonen viste total IgE 45 kU/L (<120 kU/L) tryptase 7,8 µg/l (<12 µg/L), og negativ basofil aktiveringstest for Movicol og AH Temp.

Det ble konkludert med at pasienten er allergisk mot polyetylen glykol. Han ble utstyrt med adrenalin autoinjektor og CAVE informasjon lagt i kjernejournal. Atypisk legemiddelreaksjon ble meldt til RELIS, legemiddelverket og til produsenten av AH Temp. Pasienten ble informert grundig om hva PEG er, hvor det forekommer og at faglig konsensus pr nå er å unngå stoffet helt for å unngå nye reaksjoner.

Diskusjon

Anafylaksi er definert som akutte allergiske symptomer eller funn fra to eller flere organsystem oppstått plutselig, i rask rekkefølge (1). Anafylaksi under medisinske prosedyrer som tannbehandling innebærer mange mulige årsaker til reaksjon. Reaksjon på hansker og slanger (lateks) og desinfeksjonsmiddel er noen en av de årsakene hyppigst blir avdekket, men spesielt antallet lateks reaksjoner er fallende. Sjeldnere ses reaksjon på tannfyllingsmaterialer og lokalanesimidler. Reaksjon på lokalanestesi overestimeres ofte (2), da det i akuttsituasjonen gjerne er uklart om reaksjonen var vasovagal eller allergisk. Behandling av mistenkt anafylaksi skal alltid være adrenalin til intramuskulær injeksjon. Det er ved mistenkt anafylaksi ingen absolutte kontraindikasjoner til intramuskulært adrenalin og effekten er bedre jo tidligere adrenalin administreres. Standard styrke er Adrenalin 1 mg/ml. Engangsdoser til barn: 0,1 ml/10 kg

kroppsvekt inntil 0,5 ml. Engangsdoser til voksne: 0,5 ml. Dosene gjentas ved behov etter 5–15 minutter.

Studier viser at alt for få får korrekt behandling med tidlig im. adrenalin ved anafylaksi, oftest fordi helsepersonell er engstelig for bivirkninger av medikamentet og har for høy tiltro til effekt av anti-histaminer og steroider ved anafylaksi (3). Etter administrasjon av im. adrenalin anbefales i de norske retningslinjene for praktisk anafylaksihåndtering (4): Desklorifeneramin (1 mg/ml) iv., 10mg til voksne og 1–5 mg barn, hydrokortison iv. 200 mg til voksne og 10 mg/kg inntil 200 mg hos barn. Ved hypotensjon gis Ringer-acetat eller NaCl 0,9 % 10 ml/kg på 5–10 minutter og ved bronkospasme administreres Ventoline spray (0,1 mg/dose) 3–4 doser via spacer. Anafylaktisk sjokk er et hypovolemisk sjokk og store væskevolum kan bli nødvendig.

Materialsammensetning AH Temp er ifølge kommunikasjon med produsenten: Polyetylen glykol (polymert bindemiddel) 28 %, vann (løsningsmiddel) 27 %, kalsiumwolframmat (røntgenkontrastmiddel) 15 %, kalsiumhydroksid (basissubstans) 29 %, zirkoniumoksid (reologisk modifisering) 1 %. I sikkerhetsdatabladets avsnitt om sammensetning fremgår ikke at polyetylen glykol inngår i AH Temp, men det framgår av innholdsfortegnelsen i bruksanvisningen (<https://www.dentsply.eu/directions-for-use>).

Polyetylen glykol (også kalt PEG eller makrogol) er hydrofile polymerer med varierende molekylvekt fra 200–50 000 g/mol. Ved medikamenter angis det oftest med g/mol som for eksempel PEG 3000. AH Temp inneholder PEG 8000. Polyetylen glykol brukes bredt i plastforbindelser, kosmetikk, mat og medikamentformule-

ringer. Polyetylen glykol må angis i innholdsfortegnelsen av kosmetikk og legemidler hvor det er et virkestoff. Det er ikke pliktig å merke i matvarer, finnes ofte ikke i sikkerhetsdatabladet og man må ved legemidler, hvor det kun er hjelpestoff, spesifikt lete det opp i preparatomtalene hos Legemiddelverket. AH Temp er klassifisert som medisinsk utstyr, og innholdsfortegnelsen og informasjonen for en del materialer er ufullstendig og sikkerhetsdatabladene kan forbedres.

Det er en betydelig kryssreaktivitet mellom sensibilisering til PEG med forskjellig molekylvekt og til beslektede forbindelser som polysorbater. Allergi mot polyetylen glykol er veldokumentert i kasuistikker fra og med 1990 tallet, men det foreligger kun en større oversiktsartikkel om straksallergiske reaksjoner mot PEG (5) og lite forskning på området. European Academy of Allergy and Clinical Immunology anbefaler rutinemessig test for PEG allergi for pasienter med uavklart medikamentallergi i sitt «position paper» for perioperative hypersensitivitetsreaksjoner fra 2019 (6). PEG-allergiske pasienter skal anbefales å unngå kontakt med PEG, men å unngå PEG helt er praktisk nesten umulig, og pasienten kan ha vært i kontakt med stoffet i mellomtiden i andre former, som i kosmetiske produkter over intakt hud, uten å reagere. Tidligere kontakt med PEG i andre former er også sannsynlig sensibiliseringsvei. Kunnskap om at pasienten er allergisk mot PEG og har reagert på medikamenter med innholdsstoffet er likevel viktig for livsmestring, for å minimere videre eksponering, redusere sjansen for nye reaksjoner. Utredningsprosedyre foreslått for polyetylen glykol er hudpricktest og basofil aktiveringstest med utløsende medikament, så hudpricktest med PEG og PEG-derivatene polysorbat 80 og Poloxamer 407. Ved negativ hudpricktest gjøres videre intradermaltest med fortykning av aktuelt stoff eller PEG. Provokasjon skal kun gjøres i hudtest-negative pasienter og titrert fra lav dose.

Medikamentprovokasjon er gullstandard for å verifisere eller avkrefte allergisk reaksjon på medikamenter. Ideelt skulle pasienten vært provosert med utløsende medikament AH Temp. Det er en utfordring i allergologien at ikke alle medikamenter tillater en gradert utredning med hudpricktest, intrakutantest og påfølgende provokasjon. I tillegg kan provokasjon være kontraindisert på grunn av reaksjonens alvorlighetsgrad og pasientens komorbiditeter. Tidligere skilte man mellom IgE-medierte anafylaksier og anafylaktoide reaksjoner, men dette er forlatt til fordel for at anafylaksi er en klinisk reaksjon som skal behandles likt, men med forskjellige endotyper. Vi anser polyetylen glykol til å være utløsende substans for anafylaksien som vår pasient opplevde i forbindelse med tannbehandlingen, da han aldri har hatt andre allergiske reaksjoner. AH Temp inneholder PEG og ved provokasjon med Movicol fikk han innen 10 minutt akuttallergisk reaksjon som han opplevde lik starten på anafylaksi gjennomgått i 2016.

Konklusjon

Vi presenterer en pasient med allergi mot fyllstoffet polyetylen glykol som debuterte med anafylaksi etter tannbehandling. Allergi og anafylaksi på grunn av polyetylen glykol er sjelden, men sannsynligvis underdiagnostisert. Vi håper med denne kasuistikken å spre økt kunnskap om at fyllstoffer kan gi alvorlige allergiske reaksjoner og at utredning på disse bør inkluderes ved anafylaksi. Allergi på fyllstoffer har store konsekvenser for pasienten når den er bekreftet, men det farligste vil være å ikke vite.

Pasienten har samtykket skriftlig til publikasjon av kasuistikken med bruk av bilder.

REFERANSER

1. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, Cardona V, Ebisawa M, El-Gamal YM et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organ J.* 2014; 7: 9.
2. Rood JP. Adverse reaction to dental local anaesthetic injection – 'allergy' is not the cause. *Br Dent J.* 2000; 189: 380–4.
3. Ribeiro M, 1 Herbertho JC. Diagnosis and treatment of anaphylaxis: there is an urgent needs to implement the use of guidelines. *Einstein (Sao Paulo).* 2017; 15: 500–6.
4. Berstad AK, Storaas T, De Pater GH et al. Norsk veileder i praktisk anafylaksihåndtering. <https://legeforeningen.no/PageFiles/202353/Norsk%20veileder%20i%20praktisk%20anafylaksih%20h%20h%20ndtering.pdf> (avlest 30.01.2020)
5. Wenande E, Garvey LH. Immediate-type hypersensitivity to polyethylene glycols: a review. *Clin Exp Allergy.* 2016; 46: 907–22.
6. Garvey LH, Didier GE, Mertes PM, Dewachter P, Garcez T, Kopac P et al. EAACI position paper on the investigation of perioperative immediate hypersensitivity reactions. *Allergy.* 2019; 74: 1872–84.

ENGLISH SUMMARY

Alnæs M, Storaas T, Björkman L, Vindenes HL, Brudevoll S.

Anaphylaxis following dental root filling

Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 326–30

A patient experienced anaphylaxis after endodontic dental treatment. Repeated specialist examination was necessary for detecting the culprit substance. We describe anaphylaxis due to polyethylenglykol (PEG) where the PEG was a substance included in the formulation of the dental endodontic filling material (AH Temp). This known but rare allergen can have a severe impact on the further life of our patient.

Allergy to polyethylenglycoles is known from several case reports, but there is only one review article and little research exists on the substance from an allergological point of view. We report this case to increase the knowledge that polyethylenglycoles can be the culprit drug also when it is not considered the active component of a drug or a material.

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

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

å opprettholde norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2021.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:
– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

EXTRA WHITE FOR ENHVER SMAK

Motvirker misfarging av tennene dine. Gir deg en ren og frisk følelse i munnen.



✓ **UNIK EFFEKT**
motvirker misfarging

✓ **XYLITOL**
stimulerer spyttdannelse

✓ **MIKROGRANULATER**
gir en følelse av rene tenner



Ortograd rotfyllingsterapi av unge tenner med dens invaginatus: To kasus

Line Rørslett Hardersen, Margareth Kristensen Ottersen og
Pia Titterud Sunde

FORFATTERE

Line Rørslett Hardersen, spesialist i endodonti, Avdeling for endodonti, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo.

Margareth Kristensen Ottersen, spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi, stipendiat. Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo.

Pia Titterud Sunde, førsteamanuensis, spesialist i endodonti, Avdeling for endodonti, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Line Rørslett Hardersen;
e-post: l.r.hardersen@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Hardersen LR, Ottersen MK, Sunde PT. Ortograd rotfyllingsterapi av unge tenner med dens invaginatus: To kasus. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020; 130: 332–9

MeSH: Rotkanalbehandling; Endodonti; Kasusrapporter; Radiologi; Rotfyllingsmaterialer; Tannutvikling; Dens in dente

Dens invaginatus er forårsaket av en innfolding av dentale papilla under tannutviklingen. Den endrede og noen ganger komplekse anatomen av tenner med dens invaginatus kan gjøre endodontisk behandling utfordrende. Det beskrives her diagnostikk og behandling av to unge permanente lateraler i overkjeven med dens invaginatus og store periapikale destruksjoner. Begge invaginasjonene ble klassifisert som Oehlers klasse II. I tillegg til invaginasjonene, var også hovedrotkanalen infisert. Langtidsoppfølging viste tilheling apikalt og symptomfrie pasienter.

Dens invaginatus er en malformasjon av tannanlegget, og er forårsaket av en innfolding av den dentale papilla under tannutviklingen (1). Dens invaginatus kan forekomme i alle tanngrupper, men lateraler er hyppigst affisert (2, 3). Litteraturen viser en prevalens som varierer fra 0,25 - 10 % (2, 4–6), og bilateral forekomst i 43 % av tilfellene (2). Det vanligste klassifikasjonssystemet av dens invaginatus ble beskrevet av Oehlers i 1957 (7) (figur 1). Type I invaginasjon har en ytre begrensning av emalje, er lokalisert til tannens krone med utstrekning kun til tannens emalje-sementgrense. Type II invaginasjon invaderer roten, og kommunikasjon med pulpa kan forekomme. Type III invaginasjon har utstrekning helt til apeks apikalt eller lateralt, og har et sekundært apikalt foramen. I type III er det vanligvis ingen kommunikasjon med pulpa som ligger mot veggene rundt invaginasjonen. Invaginasjonen kan være omsluttet av sement i områder hvor det ikke er emalje (7). Det er ingen klare retningslinjer når det gjelder behandling av tenner med dens invaginatus. Hvert kasus må vurderes individuelt etter en helhetsvurdering som blant annet baserer seg på alvorlighetsgrad.

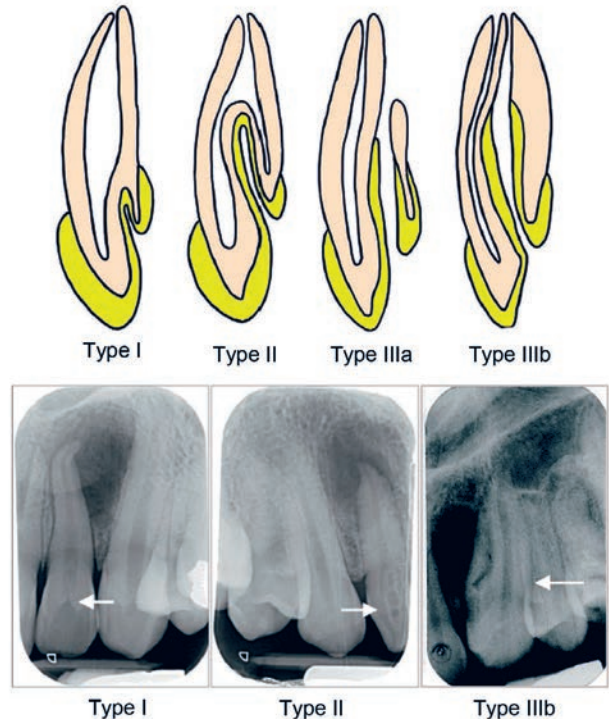
I kasusene som er presentert her ble det forsøkt å bevare tenner med betydelig periapikalt bentap hos unge pasienter med dens invaginatus. Pasientene og foresatte har samtykket til publisering av røntgenbilder og kliniske foto.

Kasus 1

En 10 år gammel gutt ble i 2012 henvist fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo for vurdering og behandling av en nekrotisk tann 22 med dens invaginatus og symptomatisk apikal periodontitt (figur 2).

Pasientens behandlende tannlege hadde utført akutt pulpotomi, drenering av bukkal abscess og gitt pasienten en 7 dagers kur med Apocillin 660mg. Pasienten var ellers frisk og brukte ingen medisiner.

Ved den kliniske undersøkelsen på avdeling for endodonti, ble det påvist abscess regio 22–63 (figur 2a). Tann 22 var perkusjons- og palpasjonsømt, og reagerte hverken på kuldetest (Endo-Frost®, Coltene) eller elektrisk pulptester (PulpPen® DP2000 Digital pulptester). Periapikal røntgenundersøkelse viste invaginasjon på tann 22 (figur 2b), men ga ikke tilstrekkelig informasjon til å kunne utføre adekvat endodontisk behandling. Pasienten ble derfor henvist til ytterligere radiologisk utredning ved avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Det odontologiske fakultet, UiO. Der ble det gjennomført en Cone Beam Computed Tomography (CBCT) undersøkelse (Accuitomo, Morita). Field of view (FOV) Ø40 mm x 40mm, 7 mA, 80kV, 125 µm (Fig 2c-f). CBCT-undersøkelsen viste at invaginasjonen hadde en utstrekning helt til apikale tredjedel (figur 2c),



Figur 1. Oehlers klassifisering av dens invaginatus (fra referanse 3), med tillatelse fra Wiley Online Library.

og at det i koronale del av invaginasjonen var dentinbroer mellom indre og perifere dentin. Tann 22 fremsto videre som rotåpen med en radiolusent sone av betydelig størrelse periapikalt. Invaginasjonen ble klassifisert som dens invaginatus, Oehlers Type II.

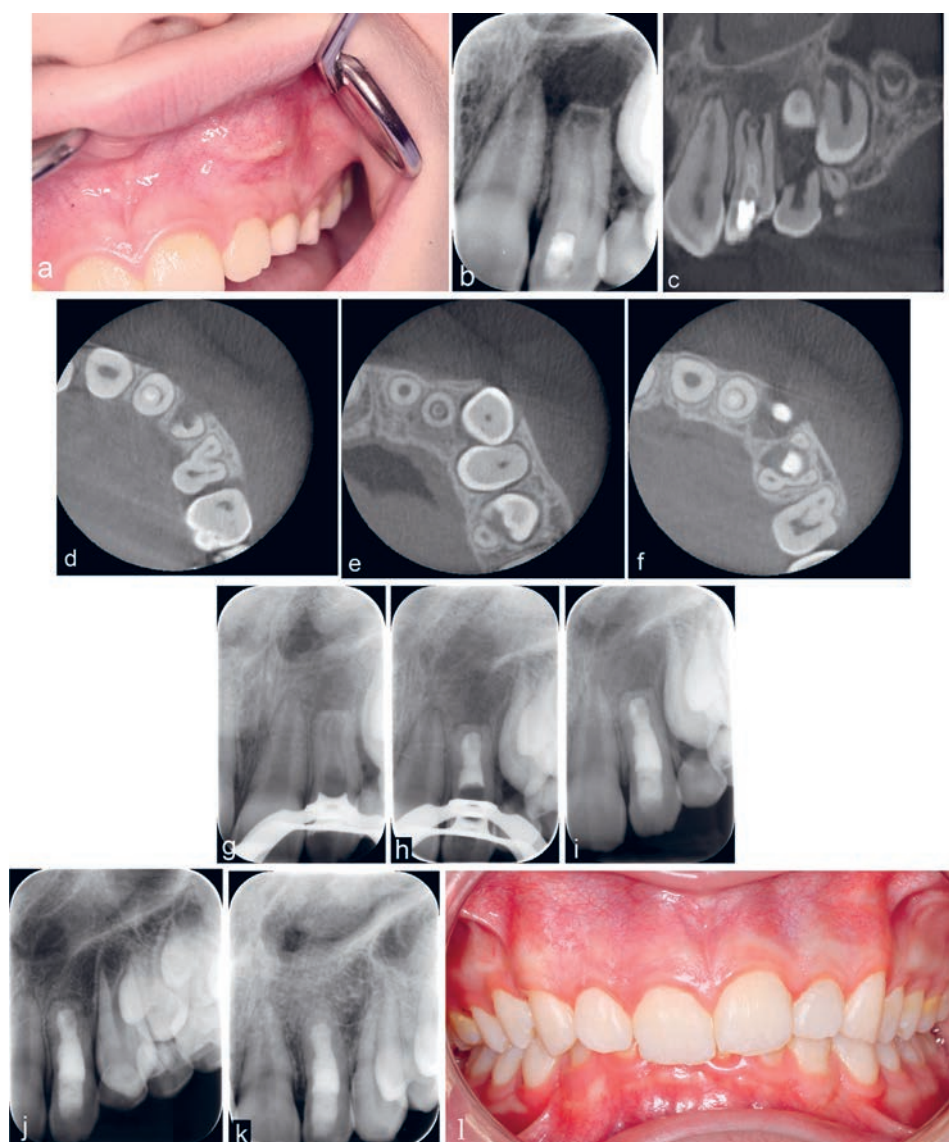
Ulike behandlingsalternativer ble vurdert, men på grunn av pasientens unge alder ble det ansett viktig å forsøke å bevare tannen til pasienten var ferdig utvokst. Det ble derfor besluttet at tannen skulle rotbehandles.

Diagnoser i henhold til ICD-10 var K04.1 Nekrotisk pulpa, K04.5 Kronisk apikal periodontitt og K00.25 Dens invaginatus – Oehlers Type II.

Behandling

Pasienten møtte til første behandlingsseanse mars 2012 sammen med sin far. Pasienten var sedert med Flunipam under behandlingsseansene. Det ble gitt infiltrasjonsanestesi med 1,8ml Septocaine® (40 mg/ml + 5 µg/ml) bukkalt og palatinalt. Kofferdam ble applisert og desinfisert med klorheksidinsprit.

Den endodontiske prosedyren ble utført under mikroskop (Zeiss OPMI pico). Invaginasjonen ble fjernet i sin helhet med ultralyd ISO str 20 K-fil (Acteon) montert på ultralyd motor (Newtron Booster®, Acteon), og LongNeck (LN) bor (Dentsply Maille-



Figur 2. Kasus 1: Klinisk foto ved konsultasjon viser abscess regio 22–63 (a). Periapikal røntgenundersøkelse av tann 22 (b). Representativt snitt fra CBCT undersøkelse viser invaginasjon og apikal radiolusens (koronalsnitt) (c). Representative snitt fra CBCT-undersøkelse viser invaginasjon og apikal radiolusens (aksial snitt) (d-f). Periapikal røntgenundersøkelse viser invaginert tannsubstans før total fjerning av hele invaginasjonen (g). Periapikal røntgenundersøkelse viser MTA plugg apikalt (h). Periapikal røntgenundersøkelse viser ferdig rotfylt tann med MTA, IRM og kompositt (i). Periapikal røntgenundersøkelse ved 4 måneder oppfølging viser tegn til tilheling periapikalt (j). Periapikal røntgenundersøkelse ved 6-års oppfølging viser periapikale forhold uten tegn til patologi (k). Klinisk foto ved 6 års oppfølging (l).

fer). CBCT bildene ble studert under behandling for å ikke perforere rotkanalsveggen ved fjerning av invaginasjonen med bor. Det ble irrigert med 1 % bufret NaOCl og benyttet passiv ultralyd-aktivering av irrigasjonsvæsken. Sluttirrigasjon ble utført med 17 % EDTA før kalsiumhydroksid (Calasept®, Directa) ble applisert i tørrlagt kanal. Tannen ble forseglet med Cavit G® (3M ESPE) og IRM® (Dentsply Sirona).

Ved avsluttende behandling 4 uker senere hadde pasienten ingen smerter, men en persisterende, hard hevelse uten fluktusjon kunne palperes bukkalt. Kalsiumhydroksid-innlegget ble fjernet med 1 % NaOCl og passiv ultralydsaktivering av irrigasjonsvæsken. Sluttirrigasjon ble utført med 17 % EDTA. Rotkanalsystemet ble tørrlagt med sterile papirspisser. På grunn av åpen apeks ble det lagt MTA (ProRoot® MTA, Dentsply Maillefer) apikalt som stivnet med applisert bomullspellet fuktet med sterilt vann i 15 min. IRM plugg ble lagt etter at MTA hadde stivnet, og som toppfylling ble det lagt kompositt (Tetric EvoCeram®, Ivoclar Vivadent) (figur 2g-i).

Kontroller

Pasienten kom til kontroll 4 måneder etter avsluttet behandling (figur 2j). Radiologisk undersøkelse viste begynnende tilheling apikalt. Pasienten hadde ingen symptomer, og det kunne ikke palperes noen hevelse. Tannen var ikke mobil, perkusjons- eller palpasjonsømt og de periodontale forhold omkring tann 22 var normale.

Fordi pasienten hadde flyttet til en annen kant av landet ble det sendt en papirutskrift fra DOT etter ett år som viste tilfredsstillende apikal tilheling. Ved kontroll etter 6 år på Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, UiO, viste radiologisk undersøkelse normale periapikale forhold og intakt lamina dura (figur 2k). Pasienten kunne fortelle at tannen hadde vært grålig misfarget og ble internbleket med vellykket resultat for 3 år siden. Han var i dag fornøyd med de estetiske forholdene (figur 2l).

Kasus 2

En 10 år gammel gutt ble i 2017 henvist fra DOT til Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, UiO for vurdering og behandling av tann 22 med diagnosen «dens invaginatus og symptomatisk apikal periodontitt» (figur 3).

Pasienten hadde for ett år siden oppsøkt sin behandlende tannlege med en periapikal abscess regio 22/63. Abscessen ble den gang vurdert å ha sitt opphav fra tann 63, og tann 63 ble derfor ekstrahert. Abscessen persisterte derimot etter ekstraksjonen, og tannlegen henviste derfor pasienten videre til pedodontist i DOT. Der ble pulpotomi utført som akuttbehandling, og pasienten ble deretter henvist til Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, UiO for videre behandling av tann 22.

Pasienten var ellers frisk og brukte ingen medisiner. Den kliniske undersøkelsen på Avdeling for endodonti, Det odontologiske fakultet, UiO viste at tennene 12, 11, 21 og 22 hadde avvikende kronemorfologi forenelig med dens invaginatus (figur 3a, b). Profylaktisk fissurforsgling var tidligere blitt utført i DOT på tennene 12, 11 og 21 med Type I dens invaginatus (figur 3b). I tillegg hadde tann 22 avvikende kronemorfologi i form av tapptann. Tann 22 var perkusjonsømt, men hadde ingen periodontale lommer over 3 mm. Tann 22 reagerte hverken på kuldetest (Endo-Frost®, Coltene) eller elektrisk pulpatester (PulpPen® DP2000 Digital pulpatester). Ved avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi, Det odontologiske fakultet, UiO ble det tatt tannbilder og gjennomført en CBCT undersøkelse (Accuitomo, Morita). Field of view (FOV) Ø40 mm x 40mm, 8 mA, 85kV, 125 µm. På grunn av tidligere utført pulpotomi, og at deler av invaginasjonen derfor var fjernet før de radiologiske undersøkelsene, ble den detaljerte diagnostikken noe usikker. Invaginasjonen ble klassifisert som dens invaginatus, Oehlers Type II. Tann 22 fremsto videre med utvidet rotkanal og periapikalt bentap sammenhengende med kronefolikkel på nabotann 23 (figur 3c-h).

Ulike behandlingsalternativer, deriblant ekstraksjon ble diskutert i et tverrfaglig forum. Det ble besluttet at det ikke var ønskelig med ekstraksjon i overkjeven på grunn av tannstilling og pasientens unge alder. Behandlingsplanen ble derfor ortograd rotkanalbehandling.

Diagnoser i henhold til ICD-10 var: K04.1 Nekrotisk pulpa, K04.5 Kronisk apikal periodontitt, K00.25 Dens invaginatus – Oehlers Type II og K00.29 Tapptann.

Behandling

Pasienten møtte til behandling i november 2017 sammen med sin mor. Det ble injisert infiltrasjonsanestesi med 1,8 ml Xylocain Dental® adrenalin (20mg/ml + 12,5µg/ml) bukkalt og palatinalt for tann 22. Den endodontiske prosedyren ble utført under mikroskop (ZEISS OPMI pico). Kofferdam ble applisert og desinfisert med klorheksidinsprit. Den midlertidige IRM fyllingen ble fjernet og emaljen/dentinet intraradikulært ble fjernet med Gates glidden bor (str 1-rød, Technomedics) og Long-neck (LN)-bor (Dentsply Maillefer). Arbeidslengden ble etablert med apekslokator (RayPex® 6, VDW).

Rotkanalen ble instrumentert med XP-endo Shaper® og XP-endo Finisher® (FKG Dentaire) og ultralyd ISO str 20 K-fil (Acteon) montert på ultralyd motor (Newtron® Booster, Acteon). Det ble irrigert med 1 % bufret NaOCl. Irrigasjonsvæsken ble aktivert med ultralyd IrriSafe® (Acton). Sluttirrigasjon ble utført med 17 % EDTA før kalsiumhydroksid (Calasept®, Directa) ble applisert i tørrlagt



Figur 3. Kasus 2: Klinisk foto front ved første konsultasjon viser tapptann 22 (a). Klinisk foto palatinalt viser dens invaginatus regio 12–22, samt tapptann regio 22 med midlertidig fylling (b). Periapikal røntgenundersøkelse utført ved Den offentlige tannhelsetjenesten ca 1 år tidligere viser rotåpen tann 22 med invaginert tannsubstans i det koronale (c). Periapikal røntgenundersøkelse pre-operativt viser tann 22 med videre rotutvikling, utvidet rotkanal og periapikal radiolusens (d). Representative snitt fra CBCT undersøkelsen viser delvis invaginasjonen og periapikal osteolytisk lesjon som omfatter palatinal rotoverflate samt kronefollikkel på nabotann 23. (aksialsnitt, koronalsnitt og sagittalsnitt) (e–h). Periapikal røntgenundersøkelse viser TotalFill BC putty plug apikalt (i). Periapikal røntgenundersøkelse etter ferdig endodontisk behandling (j). Periapikal røntgenundersøkelse viser 1 års oppfølging med tydelig tegn til innvekst av ben periapikalt og intakt lamina dura (k). Periapikal røntgenundersøkelse viser 2-års oppfølging uten tegn til periapikal eller periradikulær patologi (l). Klinisk foto ved 2-års kontroll viser ingen misfarging av kronedel (m).

kanal. Tannen ble forseglet med Cavit G (3M ESPE) og IRM (Dentsply Sirona).

Da pasienten møtte til videre behandling to uker senere hadde han ingen symptomer fra tannen. Den midlertidige IRM-fyllingen ble fjernet. Kalsiumhydroksid-innlegget ble fjernet med 1 % NaOCl og passiv ultralydsaktivering av irrigasjonsvæsken. Sluttirrigasjon ble utført med sterilt saltvann for å forhindre blødning fra det apikale. Rotkanalsystemet ble tørrlagt med sterile papirspisser. Veggene i rotkanalen ble penslet med TotalFill BC® sealer. Deretter ble det applisert en apikal plugg med TotalFill RRM putty® (FKG Dentaire). IRM plugg ble lagt, samt en midlertidig toppfylling med IRM. Neste besøk ble det lagt en permanent toppfylling i kompositt (Tetric EvoCeram, Ivoclar vivadent) (figur 3i, j).

Kontroller

Ved kontroll etter 1 og 2 år ble klinisk og radiologisk undersøkelse utført (figur 3k, l). Det ble ikke observert mobilitet, perkusjons- eller palpasjonsømheter, og de periodontale forhold omkring tann 22 var normale. Klinisk undersøkelse viste ingen misfarging av kronedel (figur 3m). Periapikal røntgenundersøkelse viste tydelig innvekst av ben periapikalt og intakt lamina dura. Behandlingen ble ansett som vellykket.

Diskusjon

Oehlers klassifisering baserer seg på radiologisk utbredelse av invaginasjonen fra krone til rot (7). Type I er innfolding av emaljen, lokalisert til tannens krone og kan behandles med profylaktisk fissur-

forsegling. Dette ble utført av pasientens behandlende tannlege på tann 12, 11 og 21 i kasus 2. Dens invaginat Type II og III kan behandles med ortograd, og eventuelt retrograd endodontisk behandling (8, 9, 10). Hvis en tann med invaginasjon og apikal patologi har positiv respons på sensibilitetstester kan man gå ut ifra at hovedrotkanalen (pulp proper) ikke er berørt av invaginasjonen. I slike tilfeller bør man utføre endodontisk behandling av invaginasjonen, men ikke av hovedrotkanalen. I kasus 1 og 2 var det utført akuttbehandling som hadde kontaminert hovedkanalen, og derfor måtte både invaginasjonen og hovedkanalen behandles endodontisk. I kasus 1 ble tannen klassifisert som Oehlers klasse II, og ble behandlet med ortograd rotkanalbehandling med MTA-plugg apikalt. På grunn av svært uoversiktlig rotkanalsystem i kasus 1 måtte invaginasjonen fjernes i sin helhet for å oppnå tilfredsstillende kjemo-mekanisk utrensing. Dette resulterte i tynne gjenværende dentinvegger, men også tilheling apikalt.

MTA ble applisert i den apikale delen av kanalen for å oppnå apeksifisering – en hardvevsbarriere apikalt. Studier viser en suksessrate fra 85–95 % ved apeksifisering ved bruk av MTA (11–17). Studier har også vist at det er mulig å utføre MTA apeksifisering i en seanse uten forskjell i suksessrate (11, 17). Før biokeramiske materialer slik som MTA kom på markedet ble det benyttet langtidsinnlegg med kalsiumhydroksid for å fremme apeksifisering. Deretter kunne rotkanalen rotfylles permanent.

Dette er en tidkrevende behandling for pasienten fordi det kan ta inntil 24 måneder å få dannet en apikal barriere slik at tannen kan rotfylles ferdig (18). Studier har vist at kollagenet i dentin blir denaturert og svekket etter langtidsinnlegg med kalsiumhydroksid (19, 20), og at rotfrakturer kan forkomme (21). En nyere studie har imidlertid vist at dentinet ikke svekkes etter langtidsinnlegg med kalsiumhydroksid (23). Fordi pasienten i kasus 1 var urolig og ble sedert før hver behandling ble det applisert MTA i samme seanse som ferdiggjøring av rotkanalen. Ideelt sett burde nok tannen ha blitt rotfylt ferdig i en egen seanse for å sikre at MTA hadde stivnet tilstrekkelig. Ved 6-års kontroll på kasus 1 kan det se ut som det har vært fortsatt rotutvikling etter behandling (figur 2k). På grunn av pasientens unge alder er det sannsynlig at det har vært stamceller tilstede i den apikale papilla til tross for langtkommen infeksjon, og apikal periodontitt (12, 22).

Pasienten i kasus 1 kunne opplyse om at tann 22 hadde vært grålig misfarget, og at tannen var bleket for ca. 3 år siden. Blekingen av tannen resulterte i et pent klinisk resultat 6 år etter behandling (Fig 2l). Årsaker til misfarging av tenner kan være både interne og eksterne. Under interne lokale årsaker finner vi misfarging grunnet endodontiske materialer (24). Pasienten i kasus 1 ble behandlet i 2012, og det ble brukt grå MTA som apikal plugg. Studier har påvist

misfarging av tenner etter bruk av MTA (17). Selv om MTA ikke ble plassert koronalt i kasus 1, var nok «pluggen» i dette tilfellet allikevel for langt koronalt slik at misfarging ble synlig. Spektrometrisk analyse av koronal misfarging av tannsubstans har vist at både grå og hvit MTA misfarger tannsubstans (25).

TotalFill BC putty som ble brukt som apikal plugg i kasus 2, er en biokeram bestående av kalsium-silikat-fosfat (26). Tannen i kasus 2 har ikke endret farge ved to års oppfølging. En studie der det ble vurdert misfarging av tannsubstans in-vitro viste at ProRoot MTA misfarger tannsubstans, mens TotalFill root repair misfarger i liten grad (27). Den samme oversiktsartikkelen viste tydelig at noen kalsium-silikat-baserte sementer, eksempelvis grå og hvit ProRoot MTA hadde potensiale for misfarging på hardvevet i tannen. På den andre siden viste noen materialer, for eksempel Biodentine® og TotalFill, kun en liten forandring som var synlig for øyet ($\Delta E < 3,3$) (27). En annen in-vitro studie viste også at TotalFill misfarget signifikant mindre sammenlignet med hvit og grå ProRoot MTA (28). De fleste teoriene rundt misfarging av tannsubstans forklarer det med oksidering, fordi biokeramene inneholder tungmetaller som jern eller vismut oksid. Vismutoksid fører til misfarging fordi det dissosieres til mørkere krystaller av metallisk vismut og oksygen når det eksponeres for synlig og ultrafiolett lys. MTA inneholder vismut oksid som radioopaker, mens TotalFill inneholder zirkoniu-moksid som radioopaker (26).

Det er påvist at natriumhypokloritt kan pigmentere kalsiumsilikat-baserte sementer, og at misfarging blir mindre hvis man irrigerer med destillert vann som siste irrigasjon, før biokeramen blir applisert (17, 27). Det er også påvist at blod kan misfarge biokeramer som igjen kan misfarge tannen (17, 27, 29).

I begge kasus ble CBCT undersøkelse brukt i tillegg til konvensjonelle røntgenundersøkelser i diagnostikk og behandlingsplanlegging. I henhold til strålevernforskriften skal all strålebruk være berettiget og optimalisert. En røntgenundersøkelse er berettiget om fordelene vurderes til større enn ulemperne strålingen medfører (30). Ved optimalisering vurderes hvilken radiologisk undersøkelse som vil gi best svar på den kliniske problemstillingen, med lavest mulig kostnad og stråledose. Da barn er mer følsomme for ioniserende stråling, må stråledose vurderes ekstra nøye ved valg av metode (31). Vurderingen skal ta utgangspunkt i kliniske opplysninger, pasientens symptomer, planlagt behandling. Utover strålevernforskriften foreligger ingen nasjonale retningslinjer for bruk av CBCT-undersøkelse ved endodontiske problemstillinger. Den europeiske endodontiforeningen, European Society of Endodontology, publiserte imidlertid retningslinjer for bruk av CBCT i 2019 (32). I henhold til disse skal CBCT undersøkelse kun vurderes om den kan gi tilleggsinformasjon vedrørende diagnostikk og/eller

potensielt forbedret behandlingsplan for pasienten. Retningslinjene nevner ulike problemstillinger hvor behov for CBCT undersøkelse kan være aktuelt, blant annet vurdering av ekstremt komplekse rotkanalsystemer i forkant av endodontisk behandling, med dens invaginatus som særlig eksempel. I begge overnevnte kasus gjorde

CBCT-undersøkelsen at klinisk diagnose ble styrket og ble brukt til mer detaljert behandlingsplanlegging og behandling.

Takk

Stor takk til pasientene og foresatte for samtykke til publisering.

REFERANSER

- Hülsmann M, Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment considerations. *Int Endod J*. 1997; 30: 79–90
- Grahnén H, Lindahl B, Omnell K. Dens invaginatus. I. A clinical, roentgenological and genetical study of permanent upper lateral incisors. *Odontol Revy*. 1959; 10: 115–37.
- Gallacher A, Ali R, Bhakta S. Dens invaginatus: diagnosis and management strategies. *Br Dent J*. 2016; 221: 383–387.
- Chen YH, Tseng CC, Harn WM. Dens invaginatus. Review of formation and morphology with 2 case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1998; 86: 347–52.
- Breivik M. Occurrence of dens invaginatus among a group Norwegian children. *Nor Tannlegeforen Tid*. 1976; 86: 357–61.
- Bäckman B, Wahlin YB. Variations in number and morphology of permanent teeth in 7-year-old Swedish children. *Int J Paediatr Dent*. 2001; 11: 11–7.
- Oehlers FA. Dens invaginatus, I. Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. *Oral surg Oral Med Oral Pathol*. 1957; 10: 1204–18.
- Bletsa N, Iden O. En uvanlig tilnærming til behandling av dens invaginatus. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2016; 126: 700–4.
- Lakshmi VN, Varma KM, Sajjan GS, Rambabu T. Surgical management of lateral incisor with type II dens invaginatus and a periapical pathosis: A case report with 1-year follow-up. *J Conserv Dent*. 2017; 20(1): 54–57.
- Kristoffersen Ø, Nag OH, Frisid I. Dens invaginatus and treatment options based on a classification system: report of a type II invagination. *Int Endod J*. 2008; 41: 702–709.
- Witherspoon DE, Small JC, Regan JD, Nunn M. Retrospective analysis of open apex teeth obturated with mineral trioxide aggregate. *J Endod*. 2008; 34: 1171–6.
- Moore A, Howley MF, O'Connell AC. Treatment of open apex teeth using two types of white mineral trioxide aggregate after initial dressing with calcium hydroxide in children. *Dent Traumatol*. 2011; 27: 166–73.
- Holden DT, Schwartz SA, Kirkpatrick TC, Schindler WG. Clinical outcomes of artificial root-end barriers with mineral trioxide aggregate in teeth with immature apices. *J Endod*. 2008; 4: 812–7.
- Simon S, Rilliard F, Berdal A, Machtou P. The use of mineral trioxide aggregate in one-visit apexification treatment: a prospective study. *Int Endod J*. 2007; 40: 186–97.
- Chala S, Redouane A, Rida S, Marocco R. Apexification of immature teeth with calcium hydroxide or mineral trioxide aggregate: Systematic review and metaanalysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 112: 186–197.
- Lin JC, Lu JX, Zeng Q, Zhao W, Li WQ, Ling JQ. Comparison of mineral trioxide aggregate and calcium hydroxide for apexification of immature permanent teeth: A systematic review and metaanalysis. *J Formos Medical Assoc*. 2016; 115: 523–30.
- Torabinejad M, Parirokh M, Dummer PMH. Mineral trioxide aggregate and other bioactive endodontic cements: an updated overview – part II: other clinical applications and complications. *Int Endod J*. 2018; 51: 284–317.
- Cvek M. Treatment of non-vital permanent incisors with calcium hydroxide. I. Follow-up of periapical repair and apical closure of immature roots. *Odontol Revy*. 1972; 23: 27–44.
- Andreasen JO, Farik B, Munksgaard EC. Long-term calcium hydroxide as a root canal dressing may increase risk of root fracture. *Dent Traumatol*. 2002; 18: 134–7.
- Tuna EB, Dincel ME, Gencay K, Aktoren O. Fracture resistance of immature teeth filled with BioAggregate, mineral trioxide aggregate and calcium hydroxide. *Dent Traumatol*. 2011; 27: 174–8.
- Cvek M. Prognosis of luxated non-vital maxillary incisors treated with calcium hydroxide and filled with gutta-percha. A retrospective clinical study. *Endod Dent Traumatol*. 1992; 8: 45–55.
- Sonoyama W, Liu Y, Yamaza T, Tuan RS, Wang S, Shi S et al. Characterization of the apical papilla and its residing stem cells from human immature permanent teeth: a pilot study. *J Endod*. 2008; 34: 166–71.
- Kahler SL, Shetty S, Andreasen FM, Kahler B. The effect of long-term dressing with calcium hydroxide on the fracture susceptibility of teeth. *J Endod*. 2018; 44: 464–469.
- Plotino G, Buono L, Grande NM, Pameijer CH, Somma F. Nonvital tooth bleaching: A review of the literature and clinical procedures. *J Endod*. 2008; 34: 394–407.
- Kohli MR, Yamaguchi M, Setzer FC, et al. Spectrophotometric analysis of coronal tooth discoloration induced by various bioceramic cements and other endodontic materials. *J Endod*. 2015; 41: 1862–6.
- Torabinejad M, Parirokh M, Dummer PMH. Mineral trioxide aggregate and other bioactive endodontic cements: an updated overview – part I: vital pulp therapy. *Int Endod J*. 2018; 51: 177–205.
- Mozyńska J, Metterski M, Lipski M, Nowicka A. Tooth discoloration induced by different calcium silicate-based cements: A systematic review of in vitro studies. *J Endod*. 2017; 43: 1593–1601.
- Marconyak LJ, Kirkpatrick TC, Roberts HW, Roberts MD, Aparicio A, Himel VT, Sabey KA. A Comparison of Coronal Tooth Discoloration Elicited by Various Endodontic Reporative Materials. *J Endod*. 2016; 42: 470–3.
- Shokouhinejad N, Nekoofar MH, Pirmoazen S, Shamshiri AR, Dummer PM. Evaluation and comparison of occurrence of tooth discoloration after the application of various calcium silicate-based cements: An ex vivo Study. *J Endod*. 2016; 42: 140–4.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om strålevern og bruk av stråling (Strålevernforskriften) (2016). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Khong PL, Ringertz H, Donoghue V, Frush D, Rehani M, Appelgate K, Sanchez R. ICRP publication 121: radiological protection in paediatric diagnostic and interventional radiology. *Ann ICRP*. 2013; 42: 1–63.
- Patel S, Brown J, Semper M, Abella F, Mannocci F. European Society of Endodontology position statement: Use of cone beam computed tomography in endodontics. *Int Endod J*. 2019; 52: 1675–8.

ENGLISH SUMMARY

Hardersen LR, Ottersen MK, Sunde PT.

Endodontic treatment of young teeth with dens invaginatus. Report of two cases

Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 332–9

Dens invaginatus is a developmental malformation in which there is an enfolding of enamel into dentine. The altered and sometimes complex anatomy of affected teeth can make the endodontic management challenging. In these case presentations two infected teeth with invagination were diagnosed in immature maxillary lateral incisors. Both invaginations were classified as Oehlers II. As well as the invaginations, the main root canal was also infected due to previous access preparation by the general dental practi-

tioner. A cone beam computed tomography scan (CBCT) revealed essential information for the management of these teeth. Endodontic treatment was carried out after removal of the invagination with burs and ultrasound. After inlay with Ca(OH)_2 , one tooth was obturated with MTA and the other tooth was obturated with Total-Fill BC putty. Recall 2 and 7 years after therapy revealed apical healing, and symptom-free patients, despite large periapical lesions and weakening of the immature invaginated teeth.



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 kvalité!



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

Lavt nivå av antistoffer mot *Tannerella forsythia*, en av hovedbakteriene i kronisk periodontitt, predikerer død av hjerte-karsykdom blant menn som har hatt et hjerteinfarkt

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

Manges studier viser at det er en assosiasjon mellom oral helse og systemisk sykdom, spesielt hjerte-karsykdom. Sammenhengen er vist med forskjellige parametre parametre som ekstraksjoner, røntgenmåling av vevstap av alveolarben, lommedybde ved kronisk periodontitt, omfang av periodontitt, annen sykdom som diabetes eller nivå av infeksjonsparametre infeksjonsparametre som Interleukin-6, hs-CRP, eller nedbrytingsfaktorer fra orale infeksjoner som lipopolysakkarid (LPS) (1). Studiedesignet er av betydning for tolkning av resultater.

Hva kan den/de kausale virkningsmekanismen/(e) være? I den studien testet vi hypotesen om at det var endring i antistoffnivåer mot de mest kjente bakteriene som var involvert i kronisk periodontitt som kunne gi en forklaring. Var det mulig at spredning av kronisk periodontitt/pulpitt kunne skje hvis kroppen ikke produserer nok antistoffer mot én eller flere av disse bakterien slik det er ved andre infeksjoner? Kunne vi finne ut om noen personer er mer utsatt og at risikoen for død av hjerte- og karsykdom kan beskrives over lengre tid?

I en substudie av Oslo II-studien i 2000 ble et utvalgte vi ut de av menn som hadde rapportert at de hadde hatt et hjerteinfarkt (n=548) og sammenliknet dem med tilfeldig valgte kontrollpersoner som hadde deltatt i studien (n=624). Disse mennene hadde tidligere deltatt i Oslo-undersøkelsen 1972/73, en helseundersøkelse for å studere hjerte-karsykdom (2). Vi analyserte lagrete serumprøver fra helseundersøkelsen i 2000 for antistoffer til de fire bakteriene *Tannerella forsythia* (TF), *Porphyromonas gingivalis* (PG), og *Treponema denticola* (TD) sammen kalt det «røde kompleks» og *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (AA).

Vi har tidligere publisert tverrsnittsanalyser av disse antistoffene fra helseundersøkelsen i 2000 (3). Da konkluderte vi med at økte antistoffverdier for kombinasjoner av disse bakteriene var relatert til økt relativ risiko for hjerteinfarkt, uavhengig av kjente risikofaktorer, blant menn med selvrapportert hjerteinfarkt versus kontrollpersoner som ikke hadde hatt et hjerteinfarkt.

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.

Nå har vi foretatt en langtidsoppfølging over 12½-år av hjerte-karsykdom (4). Vi fant at Denne studien viser at menn med hjerteinfarkt hadde 82 % større risiko for å dø hvis de hadde lavt nivå av IgG antistoffer mot bakterien *T. forsythia*, uavhengig av kjente risikofaktorer. Lavt nivå var 1. kvartil versus 4. kvartil av antistoffmålingene. Dette ble ikke observert hos menn som ikke hadde hatt hjerteinfarkt i samme periode. Dette kan være måten kronisk periodontitt og pulpitt kan bidra til utvikling og død av hjerte-karsykdom. Denne epidemiologiske studien var planlagt og gjennomført som en prospektiv kohortstudie. Resultatet bidrar til en forklaring som kan knytte orale infeksjoner til risiko for å dø av hjerte-karsykdom.

REFERANSER

1. Salminen A, Kopra E, Lahdentausta L, Liljestrand J, Paju S. Association between oral infections and cardiovascular diseases. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020;130:122-7.
2. Lund Håheim L, Holme I, Hjermann I, Søgaard AJ, Lund Larsen PG, Leren P. Resultater fra Oslo-undersøkelser blant de samme menn i 1972/3 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 Lægeforen.* 2006 Sep 7;126(17):2240-5. Norwegian.
3. Lise Lund Håheim, Ingar Olsen, Per Nafstad, Per Schwarze, Kjersti Skjold Rønningen. Antibody levels to single bacteria or in combination evaluated against myocardial infarction. *J Clin Periodontol* 2008;35:473-478.
4. Lise Lund Håheim, P.E.Schwarze, D.S.Thelle, P.Nafstad, K.S.Rønningen, I.Olsen. Low levels of antibodies for the oral bacterium *Tannerella forsythia* predict cardiovascular disease mortality in men with myocardial infarction: A prospective cohort study. *MedHyp* 2020;138, May 2020. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109575>

Kontaktperson: 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



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

Labben som yter det lille ekstra

Vi vokser gjennom løftene vi holder.

Vi formidler tannteknikk hver dag - Fri frakt!

DIGITALE AVTRYKK

reholt@3shape.no

www.reholt.no

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

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 betryggende å fylle ut skjemaet 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:

Utyllingsdato:

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:

- ☐ Sviel/brennende følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Smakstørrelser
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Tørthet
- ☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- ☐ Sviel/brennede følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Hudreaksjoner
- ☐ Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

- ☐ Muskler/ledd
- ☐ Mage/tarm
- ☐ Hjerte/sirkulasjon
- ☐ Hud
- ☐ Øynesyn
- ☐ Øre/hørse, nese, hals

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn

☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvilte 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:

Angi lokalisasjon:

Øvrige funn:

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

Annet:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)? ☐ Fyllinger (direkte teknikk) ☐ Innlegg, fasader ☐ Faste proteiske erstattninger ☐ Avtagbare proteiske 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

GUIDED BIOFILM THERAPY

08 RECALL

FRISK PASIENT = FORNØYD PASIENT

- Velg innkallingsintervall basert på risikovurdering
- Spør pasienten om han eller hun likte behandlingen

07 KONTROLLER

FÅ PASIENTEN TIL Å SMILE

- Ta en siste kontroll om det er rent, mer biofilm?
- Kontroller at all tannstein er fjernet
- Diagnostiser karies skikkelig
- Beskytt med fluor

06 PIEZON® PS

FJERN RESTERENDE TANNSTEIN

- Bruk det minimalt invasive EMS PIEZON® PS-instrumentet sub- og supragingivalt inntil til 10 mm
- Rens lommer på > 10 mm med mini-curette
- Bruk EMS PIEZON® PI-instrumentet rundt implantater inntil 3 mm subgingivalt og på rekonstruksjoner

05 PERIOFLOW®

FJERN BIOFILM I LOMMER FRA > 4 NED TIL 9 MM

- Bruk AIRFLOW® PLUS-pulver på naturlige tenner i dype lommer, furkasjoner og på implantater
- Bruk ny og bedre PERIOFLOW®-Nozzle/spiss

01 UNDERSØK

UNDERSØK MUNN OG TENNER NØYE

- Friske tenner, karies, gingivitt, periodontitt
- Friske implantater, mukositt, peri-implantitt
- Begynn med å skylle med BacterX® Pro munnskyllevann

02 INNFARGING

GJØR BIOFILM SYNLIG

- Gjør pasientene oppmerksom på biofilm og problemområder med EMS Biofilm Discloser
- Fargen viser hvor biofilmen er
- Når biofilmen er fjernet, er det lettere å oppdage tannstein

03 MOTIVER

ØK BEVISSTHETEN OG GI OPPLÆRING

- Legg vekt på forebygging
- Gi pasientene individuell opplæring i munnhygiene
- EMS anbefaler Philips Sonicare-tannbørster, mellomromsbørster og AirFloss Ultra

04 AIRFLOW®

FJERN BIOFILM, MISFARGING OG BEGYNNENDE TANNSTEIN

- Bruk AIRFLOW® på naturlige tenner, restaurasjoner og implantater
- Fjern biofilm sub- og supragingivalt, inntil 4 mm ved hjelp av AIRFLOW® PLUS 14µm pulver
- Fjern også biofilm fra gingiva, slimhinner, tunge og gane
- Fjern eventuell resterende misfarging på emaljen med AIRFLOW® CLASSIC Comfort-pulver

KONTAKT OSS
FOR EN DEMO:

info@ems-nordic.se
+46 8 89 91 02 eller
Linda Kjølstadmyr
lkjolstadmyr@ems-nordic.no
40 05 36 91
www.ems-nordic.no

EMS 
NYTT NORDISK KONTOR

Først
flytende,
deretter
modellerbar

Verdens første kompositt
med thermo-viskøs-teknologi

FORENER FLYTEGENSKAPER OG MODELLERBARHET

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

VisCalor bulk

NY





24. januar – 24. mars 2020:

Koronasituasjonen dag for dag

Koronavirus SARS-CoV-2 er et smittsomt lungevirus som ble oppdaget i Hubei-provinsen i Kina i siste kvartal 2019. 26. februar 2020 ble det første tilfellet påvist i Norge. 11. mars erklærer Verdens helseorganisasjon at det er en pandemi.

 ELLEN BEATE DYVI

For tannlegene, som helsepersonell og som næringsdrivende, har koronaviruset medført store implikasjoner og konsekvenser, og situasjonen har utviklet seg, til dels uforutsigbart, fra dag til dag.

Vi begynner den dagen helsemyndighetene kommer med sin første melding om at noe er forstående, og at det vil komme fortløpende informasjon og anbefalinger til helsetjenesten. Redaksjonen ble avsluttet 24. mars 2020.

Fredag 24. januar

Helsedirektoratet (Hdir) melder at de sammen med helsetjenesten planlegger hvordan de skal håndtere situasjonen dersom det nye koronaviruset kommer til Norge, og at de samarbeider med Folkehelseinstituttet (FHI) om oppdatert informasjon og anbefalinger til helsetjenesten.

Torsdag 30. januar

Hdir og FHI har utarbeidet informasjon til helsepersonell om hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten skal håndtere personer som er mistenkt smittet med koronavirus.

Fredag 31. januar

Hdir gir informasjon om pasienthåndtering ved mistanke eller bekreftet tilfelle i Norge.

Mandag 3. februar

Beredskapsutvalget for biologiske hendelser, under ledelse av helsedirektør Bjørn Guldvåg, møtes for å diskutere beredskap ved koronasmitte i Norge.

Tirsdag 11. februar

Hdir og FHI gir oppdaterte råd og informasjon om pasienthåndtering ved mistanke om koronavirusinfeksjon.

Tirsdag 25. februar

Norske myndigheter vurderer at risikoen for spredning av sykdommen i Norge foreløpig er moderat, og ber helsetjenesten forberede seg på en alvorlig epidemi.

Onsdag 26. februar

Koronaviruset blir påvist i Norge.

Søndag 1. mars

Hdir og FHI ber helsepersonell som har vært i områder med vedvarende spredning av koronavirus om å være hjemme



Noen få var på jobb i NTFs sekretariat torsdag 19. mars, mens de fleste var på jobb hjemme. Avdeling for jus og arbeidsliv, som tar imot de fleste medlemshenvendelsene, hadde avdelingsmøte. Venstre side av bordet, bakfra: Silje Stokholm Nikolaysen, Tone Christine Galaasen og Elin Kværnø. Høyre side av bordet: John Frammer. På skjermen: Lin Muus Bendiksen.

fra jobb i 14 dager etter hjemkomst. Rådet har tilbakevirkende kraft for reisende som er kommet hjem etter 17. februar.

Mandag 2. mars

Det odontologiske fakultet ved universitetet i Oslo melder at de setter lokal beredskapsledelse, og vurderer tiltak for å sikre trygghet for pasienter, ansatte og studenter.

Onsdag 4. mars

Folkehelseinstituttet anbefaler å utsette elektiv behandling (planlagte operasjoner) av pasienter som siste 14 dager før planlagt prosedyre har oppholdt seg i områder med pågående spredning av koronavirus, eller som har vært i nærkontakt med personer bekreftet smittet med koronavirus.

Lørdag 7. mars

Alle i helse- og omsorgstjenesten anbefales å finne alternativer til håndhysing.

Helsedirektoratet utvider samtidig anbefalingen om hvem som bør holde seg hjemme, til å gjelde alle personer som har vært i områder med utbredt spredning av koronavirus.

Tirsdag 10. mars

NTF avlyser det første arrangementet i foreningsregi, symposiet i Oslo, som er planlagt til dagene 12.–13. mars. (Senere avlyses alle arrangementer frem til sommeren.)

Onsdag 11. mars

Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærer covid-19 en pandemi. Befolkningen må forberede seg på at situasjonen vil ta tid, og er den nye normalen.

Torsdag 12. mars

Regjeringen holder pressekonferanse kl. 14.00, og innfører de strengeste tiltak i Norge i fredstid, for å hindre smittespredning.

PROTEKET
veiledning løsning garanti

Art in Dent blir en del av Proteket

www.proteket.no



Tannleger mangler smittevernustyr :- Vi er Norges mest utsatte yrkesgruppe



Dagmar Hovik
Næringslivet

Dokument 17 mars kl. 12:00

Somre aktiverer er over to dager gammel, og koronaviruset har nå spredd seg til mange av de berørte yrkesgruppene.

Med dagens melding i NRK, kommer det ut at tannleger er blant de mest utsatte yrkesgruppene.

Det finnes tannleger i Norge som er svært gamle, og som har vært i yrket i mange år. Det betyr at de har vært utsatt for mange år med tannlegearbeid, og det betyr at de har vært utsatt for mange år med tannlegearbeid.

Det som tannleger og tannlegeassistenter i Norge har fått på seg, er at de har vært utsatt for mange år med tannlegearbeid, og det betyr at de har vært utsatt for mange år med tannlegearbeid.

Mye tyder på at det ikke er nok smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

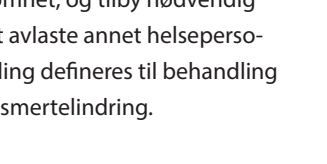
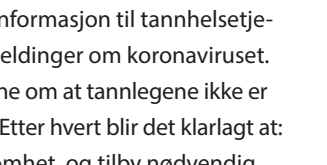
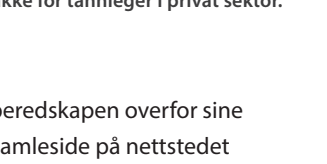
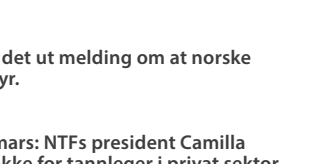
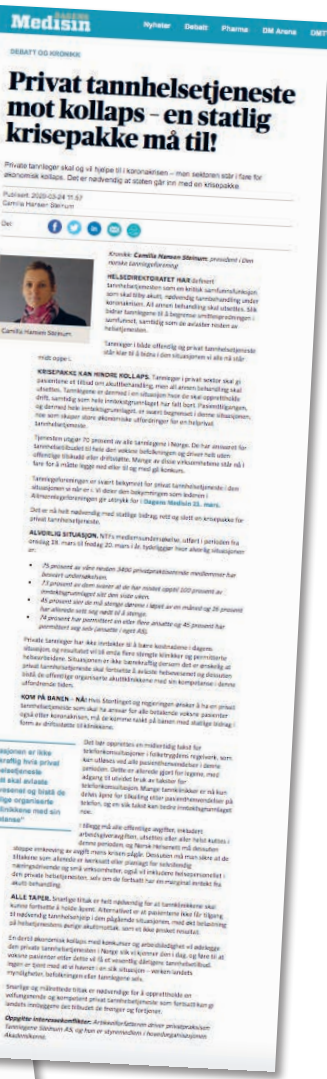
Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.

Det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge, og at det er behov for mer smittevernustyr i Norge.



Folkhelseinstituttet har utarbeidet egne råd for tannhelsetjenesten vedrørende smitte med SARS-CoV-2.

Helsepersonell som behandler pasienter forbyr å reise utenlands, med øyeblikkelig virkning og foreløpig ut april 2020. Forbudet gjelder både tjeneste- og privatreiser.

Fredag 13. mars

Regjeringen legger frem forslag til tiltakspakke med de første straktiltakene for blant annet selvstendig næringsdrivende og små bedrifter.

Lønnsoppgjøret utsettes til høsten: I samråd med alle hovedorganisasjoner har riksmekler Mats Wilhelm Ruland besluttet å utsette samtlige av vårens forhandlinger til høsten. Frontfagsforhandlingene setter rammene for oppgjørene i offentlig sektor, og det betyr at forhandlingene i stat, kommune og helsesektoren også utsettes. Inntil videre vil dagens avtaler videreføres.

Lørdag 14. mars

Helsedirektoratet sender anmodning til Den offentlige tannhelsetjenesten og Det odontologiske fakultet ved UiO om å etablere et tilbud for akuttbehandling til befolkningen.

NTF gir innspill til stortingsforhandlingene om regjeringens tiltakspakke.

Søndag 15. mars

Helsedirektoratet vedtar stenging av virksomheter, inkludert tannpleiere.

Mandag 16. mars

Stortinget har forhandlet om regjeringens krisepakke, og er kommet til enighet om flere tiltak for både arbeidsgivere, arbeidstakere og selvstendig næringsdrivende. Tiltakene gjelder permittering, omsorgslønn og sykepenger. Arbeidsgiverperioden reduseres både for omsorgslønn og sykepenger.

NTF utvider sin telefontjeneste, i første omgang for hele uke 12. Tjenesten er åpen fra kl. 10.00–15.00 alle dager. Telefonvaktene opplever stor pågang fra NTFs medlemmer, med mer enn 200 telefonhenvendelser. Henvendelsene gjelder for det meste arbeidslivsspørsmål om rettigheter og organisering av virksomheten, i tillegg til tannhelsefaglige spørsmål og spørsmål om smittevern.

NRK Dagsrevyen melder om selvstendig næringsdrivende med yrkesforbud, som sliter. Tannleger nevnes blant de vanskeligst stilte, sammen med rørleggere og frisører.

Faksimile fra NRK.no: 17. mars går det ut melding om at norske tannleger mangler smittevernustyr.

Faksimile fra Dagens Medisin 24. mars: NTFs president Camilla Hansen Steinum etterlyser krisepakke for tannleger i privat sektor.

NTF skjerper informasjonsberedskapen overfor sine medlemmer og oppretter en samleside på nettstedet tannlegeforeningen.no, med informasjon til tannhelsetjenesten med råd, nyheter og meldinger om koronaviruset.

NTF informerer medlemmene om at tannlegene ikke er pålagt å stenge virksomheten. Etter hvert blir det klart at: Tannleger skal være i virksomhet, og tilby nødvendig akuttbehandling, og eventuelt avlaste annet helsepersonell. Nødvendig akutt behandling defineres til behandling av skader og infeksjoner samt smertelindring.

Tirsdag 17. mars

NRK Dagsnytt og nrk.no melder at tannleger mangler smittevernutstyr til behandling av potensielt smittede. Det er tannlege og universitetslektor Carl Christian Blich som går ut, og NTF slutter seg til og deler bekymringen for mangelen på smittevernutstyret av god nok kvalitet, i både offentlig og særlig privatsektor. De ber myndighetene om hjelp.

Onsdag 18. mars

Regjeringen foreslår en midlertidig krisefullmakt, kalt koronaloven, som i seks måneder skal gi regjeringen fullmakt til å sette til side lover og forskrifter for å håndtere koronakrisen, og for å avhjelpe negative effekter av smitten. Begrunnelsen er at regjeringen trenger handlingsrom og muligheten til å snu seg raskt for å gjennomføre rettslige endringer.

Fredag 20. mars

Regjeringen sanksjonerer Stortingets vedtak om lovendringer for arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende, enkeltpersonforetak og arbeidsgivere.

NTF leverer et nytt innspill til helse- og omsorgs- og finanskomiteen på Stortinget, om behov for en krisepakke for privat tannhelsesektor. Innspillet poengterer de store økonomiske utfordringene for privat sektor. Tannleger i privat sektor utgjør 70 prosent av tannhelsetjenesten i Norge, og utfører en stor del av all behandling av voksne pasienter.

Det vises til NTFs medlemsundersøkelse i privat sektor, utført 18.–20. mars med 3 400 spurte og en svarprosent på 75, som viser: 75 prosent av tannlegene i privat sektor sier de har mistet opptil 100 prosent av inntektsgrunnlaget den siste uken, 45 prosent sier at de må stenge dørene i løpet av en måned, 74 prosent melder at de har permittert noen av sine ansatte og 45 prosent sier at de har permittert seg selv.

Lørdag 21. mars

Partiene på Stortinget er enige om koronaloven (se 18. mars). Regjeringens forslag fra 18. mars er modifisert. Loven, som gir regjeringen begrenset fullmakt til å sette til side lover og forskrifter, vil gjelde i én måned, og ikke seks slik regjeringen ønsket.

Helsedirektoratet oppfordrer til nasjonal dugnad for å skaffe tilveie nok smittevernutstyr til helsevesenet, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Mange har allerede bidratt, men behovet for mer utstyr øker.



Faksimile fra NRK.no: Fylkestannlegen i Hedmark kommer med tips til hva pasienter med små problemer kan gjøre selv, nå som de ikke kan oppsøke tannlegen annet enn for mer alvorlige akutte ting. NTFs president støtter fylkestannlegens råd.

Søndag 22. mars

Helsetjenesten står overfor en akutt mangel på smittevernutstyr. Situasjonen er spesielt kritisk for tilgang til munnbind.

Helsedirektoratet anmoder alle tannleger i privat praksis om å melde inn sine lagre av munnbind på altinn, slik at det frivillig kan avhendes til den akutte håndteringen av utbruddet av covid-19. Direktoratet er klar over at det fortsatt vil være behov for et minimumsnivå av smittevern-utstyr i tannhelsetjenesten for å kunne gjennomføre akutt tannbehandling.

Tirsdag 24. mars

Helsemyndighetene har fått en oversikt over hvor mye smittevernutstyr som er tilgjengelig. Oversikten holdes imidlertid hemmelig, melder NRK, og sier helsemyndighetene mener tallene vil skape frykt, usikkerhet og svekke Norges posisjon i det internasjonale markedet dersom de blir offentlige.

NTFs president, Camilla Hansen Steinum etterlyser krisepakke for tannleger i privat sektor i en kronikk i Dagens Medisin med tittelen *Privat tannhelsetjeneste mot kollaps – en statlig krisepakke må til!*

Det vises blant annet til medlemsundersøkelsen som ble gjennomført i dagene 18.–20. mars. (Se 20. mars.)

Regjeringen opprettholder tiltakene fra 12. mars, foreløpig til 13. april.

Reiseforbudet som forbyr helsepersonell å reise til utlandet videreføres ut april.

Rapport fra Danmark 12. mars, 2020:

Frykt for koronasmitte rammer tannlegene

Danske tannleger lider av de strenge restriksjonene som er innført i det danske samfunnet i et forsøk på å minimere risikoen for spredning av koronavirus.

 JOHAN ERICHS, MERA MEDIA

Det er mange avbestillinger, og tannlegene vil utvilsomt lide betydelig økonomisk skade, sier Susanne Kleist, leder i Dansk Tandlægeforening.

Mange offentlige institusjoner i Danmark har stengt helt eller delvis. Alle offentlige tannhelsetjenester, unntatt akuttbesøk, er stengt frem til 27. mars, mens privatpraktiserende tannleger har mulighet for å velge om de vil ha åpent.

I Danmark er det rundt 1 000 tannleger i offentlig sektor, og omtrent 2 800 aktive privatpraktiserende tannleger.

Befolkningen oppfordres til ikke å reise kollektivt om det ikke er nødvendig, unngå folkesamlinger og holde avstand til andre mennesker. Dette har ført til betydelige begrensninger i den enkeltes hverdag, noe som blant annet betyr at mange pasienter velger å avbestille tannlegebesøkene sine.

– Så snart regjeringens vedtak og forslag om begrensninger ble kjent, økte antall avbestillinger. Uten å generalisere, kan man si at nesten alle eldre pasienter avbestiller timen sin på grunn av frykt for å bli smittet. Vi får sannsynligvis ikke så mye å gjøre de to første ukene som begrensningene og anbefalingene om å være hjemme gjelder, sier Susanne Kleist.

Utfordring

Mange danske internasjonale bedrifter har innført bestemmelser om at ansatte skal jobbe hjemmefra, ikke reise og i så stor grad som mulig unngå unødvendige transporter, for å minimere smittespredningen. Dette initiativet bidrar også til å redusere antall pasienter hos private tannleger.

– Det vil selvfølgelig bli store økonomisk tap for tannlegene. Vi blir også nødt til å bestemme oss for hvordan vi skal gjøre det med våre ansatte. Bør vi la dem komme til klinikken til tross for mangel på arbeid, eller bør vi foreslå at de tar ferie eller rett og slett får fri uten lønn? Siden alle offentlige barnehager og skoler er stengt, blir ansatte som har små barn nødt til å være hjemme, for omsorg og tilsyn. Dette er en situasjon som er utfordrende for tannlegene, sier Susanne Kleist, som selv er deleier i en privat praksis i Roskilde.

Ifølge Kleist vil det økonomiske tapet, som et resultat av uteblitte pasienter, merkes for tannlegene.

– Slik det ser ut nå, ligger det ikke noe forslag om økonomisk kompensasjon fra regjeringen når det gjelder å dekke tapte inntekter i forbindelse med avbestillinger.

Denne situasjonen risikerer å påvirke de nye og unge tannlegene mest.



– Mange unge tannleger kan få det økonomisk tøft hvis restriksjonene, som er tenkt å forhindre spredning av smitte, forlenges over flere måneder. Vi vil legge frem forslag til regjeringen om manglende pasientbesøk, sier Susanne Kleist, leder i den danske tannlegeforening. Foto: Dansk Tandlægeforening



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 protetikk, 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**

– Mange har store banklån og nedbetalinger som følge av investeringer i forbindelse med etableringen av driften, og mangler økonomisk rom for å håndtere et plutselig inntektsstap. De risikerer å havne i en meget vanskelig situasjon.

– Hvis det bare er en periode på to uker, vil de fleste private tannleger kunne klare den økonomiske belastningen som pasienttapet innebærer. Men hvis nedleggelsen som vi nå opplever i det danske samfunnet vil vare i flere måneder, vil mange tannleger få det økonomisk vanskelig og risikerer å gå konkurs, sier Susanne Kleist.

Ingen smittespredning

Ifølge Susanne Kleist er det ingen utbredt frykt blant tannlegene for å bli smittet av koronaviruset i forbindelse med arbeidet sitt.

– Vi har lenge hatt en godt implementert «forsiktighetsplikt» som betyr at vi har munnbind, beskyttelsesbriller og hansker som beskyttelse mot andre virus, og det beskytter oss også på dette tidspunktet. Jeg ser ikke noen risiko for at tannlegene, med tanke på deres allerede høye nivå av gode hygienerutiner, risikerer å bidra til spredning av smitte, selv om vi i forbindelse med behandling overskrider den såkalte sikkerhetssonen på to meter. Noen tannleger har imidlertid valgt å stenge klinikken sin de to aktuelle ukene, men de fleste er i jobb. Jeg vil tro at 70 prosent av medlemmene våre er i arbeid, og at 30 prosent går på halvtid eller har midlertidig stengt driften, sier Susanne Kleist.

Den danske regjeringen diskuterer daglig med arbeidsgiverorganisasjoner og fagforbund om ulike godtgjørelsespakker for å kompensere for inntektsstapet som vil være en konsekvens av det reduserte forbruket av varer og tjenester i det danske samfunnet.

– Vi tannleger håper også å få økonomisk kompensasjon, kanskje i form av at du ikke trenger å betale avgiftene som er knyttet til de forskjellige tannhelsebesøkene. Det kan også tenkes at perioden for sykepenge som vi som arbeidsgivere må betale til arbeidstakere som er i karantene (koronarisiko), blir redusert fra 30 dager til én dag og at staten går inn og erstatter perioden som overstiger en dag*. I tillegg diskuteres det at innbetaling av skatter og merverdiavgift midlertidig skal utsettes*. Det gjør det litt lettere i en overgangsperiode, men blir det slik, blir vi likevel nødt til å betale disse beløpene på et senere tidspunkt, avslutter Susanne Kleist.

16. mars: Etter en rask behandling i remissinstansene har det danske Folketinget (tilsvarende det norske Stortinget) 16. mars gitt støtte til regjeringsforslaget om at staten foreløpig overtar ansvaret for utbetaling av sykepenge til ansatte, bortsett fra første fraværsdag. Nye frister for innbetaling av skatt og merverdiavgift er også innført (betales imidlertid på et senere tidspunkt).

I tillegg har den danske regjeringen avtalt med arbeidsmarkedets parter, om statlig lønnskompensasjon for ansatte på opptil 90 prosent av en lønn på maksimalt 26 000 danske kroner, hos de privateide store og mellomstore selskaper som på grunn av koronavirusets konsekvenser blir nødt til å permittere eller sende folk hjem på grunn av mangel på arbeidsoppgaver. Dette krever imidlertid at selskapene ikke sier opp ansatte, fortsetter å betale full lønn, og at de berørte ansatte i avtaleperioden 9. mars–9. juni tar ut fem dagers ferie eller fem dager ubetalt permisjon. Bestemmelsen omfatter bedrifter som minimum står i fare for å si opp minst 30 prosent av arbeidsstyrken eller minimum 50 ansatte.

Dermed blir ikke de mindre selskapene som drives av selvstendige næringsdrivende eller mindre selskaper med færre ansatte inkludert, som for eksempel private tannlegeklinikker. Den danske regjeringen har imidlertid kunngjort at den vil utstede en økonomisk kompensasjonsordning, også rettet mot mindre private bedrifter hvis virksomhet påvirkes negativt av koronaviruset.

17. mars: Sundhedsstyrelsen bestemmer at danske tannleger bare får behandle akuttpasienter frem til 17. juni.

18. mars: I en pressekonferanse 18. mars presenterer den danske regjeringen en etterlengtet tiltakspakke rettet mot selvstendig næringsdrivende og mindre virksomheter. En gruppe som omfatter blant andre private tannlegevirksomheter. Konkret innebærer forslaget at virksomheter med færre enn ti ansatte som mister 30 prosent av omsetningen tilbys en støtte på opp til 75 prosent av tapet, og maksimalt 23 000 DKK per måned. Støtten gjelder fra 9. mars til 9. juni.

Et annet forslag gjelder virksomheter som rammes ekstra hardt, som hoteller, restauranter, treningssentre og frisører, med flere. En hastelov har forbudt disse å drive virksomhet. Forslaget innebærer at de som ikke kan drive virksomhet i tre måneder kan få hjelp til betaling av husleie, strøm og andre faste utgifter. Det er uklart om tannleger kan omfattes av akkurat dette forslaget.

Tetric[®] Prime

Universalkompositt til anteriore og posteriore restaureringer

NYHET!
Ypperlige
håndterings-
egenskaper

Tetric Prime – skulpterbar kompositt

- Smidig konsistens
- God tilpasningsevne
- Enkel å konturere, myk, men likevel stabil
- Inkludert i Tetric Line

Effektiv
Estetikk



Isolere



Bonde



Restaurere



Herde

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AB

Sales representative Norge: Anite Moen, mobil: 95 16 39 00

Dalvägen 14 | SE-169 56 Solna | Tlf +46 8 514 939 30 | info@ivoclarvivadent.se

ivoclar
vivadent[®]
passion vision innovation

Rapport fra Sverige 19. mars:

Uklar situasjon for svenske tannleger

Selv om Sverige ikke har stengt ned samfunnet på samme måte som nabolandene, merker mange tannleger den pågående koronakrisen ganske tydelig.

✍️ **JOHAN ERICHS, MERA MEDIA**

Den svenske tannlegeforening ønsker klare retningslinjer fra myndighetene for hvordan medlemmene deres skal opptre i det daglige arbeidet og hvilke støttetiltak som kan være aktuelle fra den svenske staten.

Det er stor uro blant svenske tannleger for det voksende koronasmitten.

– Jeg merker en klar bekymring blant tannleger for hvordan koronasmitten vil påvirke klinikken deres, både for den akutte situasjonen, men spesielt på lang sikt, sier Chaim Zlotnik, styreleder i den svenske tannlegeforeningen.

Foreningen har rundt 7 500 medlemmer, hvorav 1 700 driver privat virksomhet og 4 200 er ansatt i privat eller offentlig virksomhet, resten er lærere og studenter.

Selv om den svenske regjeringen ikke har reagert på samme måte som den har gjort i Norge og Danmark, der skoler, møteplasser og virksomheter som anses å være høyrisikoplasser for smittespredning, er blitt stengt, opplever de nå en dempet aktivitet blant de fleste svensker. Det gjelder å opptre med forsiktighet når man er ute og unngå steder med mye folk eller folkesamlinger. Mange avlyser aktiviteter og besøk som ikke anses være absolutt nødvendige.

– Dette fører til avbestillinger. Det er allerede en markant nedgang i bestillinger hos leverandører av instrumenter, dentalutstyr og engangsmateriell. Det viser at tannleger holder igjen, fordi de ikke vet hvordan det vil se ut i nær fremtid. Konsekvensene som koronasmitten har over tid er virkelig helt umulig å forutsi, sier Chaim Zlotnik og fortsetter:



– Vi rammes av avbestilling av timer, noe som fører til økonomiske problemer for mange tannleger. Den svenske regjeringen har visstnok gitt løfte om støtte, men vi ønsker konkrete beskjeder om hva som gjelder for medlemmene våre, sier Chaim Zlotnik, styreleder i den svenske tannlegeforeningen. Foto: Sveriges Tandläkarförbund

– Det er også en personlig bekymring for å bli utsatt for smitte selv, og for å smitte andre. Hvordan skal pasientene sitte i venterommet uten å risikere å smitte hverandre? Hvordan skal vi beskytte utsatte pasientgrupper, eldre og kronisk syke? Det er mange spørsmål som skaper bekymring og uvisshet hos tannlegene.

Retningslinjer

Chaim Zlotnik mener at denne bekymringen ikke alltid er berettiget.

– Som yrkesgruppe har vi fordelen av å ha veletablerte metoder for å beskytte oss selv og pasientene. Etterfølges de etablerte grunnleggende hygienerutinene, bør dette være fullt tilstrekkelig. Det er helt urealistisk for oss å jobbe i beskyttelsesdrakter og ansiktsmasker.

Forholdningssettet og håndteringen av situasjonen som følge av risikoen for koronasmitte kan variere mellom forskjellige regioner og klinikker i Sverige.

– Enkelte innenfor tannhelseorganisasjonen har satt en grense som sier at de ikke skal behandle eldre over 70 eller 75 år. Andre begrenser virksomheten sin til kun å ta imot akutte besøk, sier Chaim Zlotnik, som selv arbeider på en tannlegeklinikk i Vasastan i Stockholm sentrum.

Ifølge tannhelseloven er det opp til regionene å bestemme og planlegge tannhelse og virksomhet.

– Når det gjelder spørsmålet om koronaviruset, ville det være ønskelig at vi fikk klare retningslinjer fra Sosialstyrelsen (tilsvarende Helsedirektoratet i Norge) og Folkhälsomyndigheten (tilsvarende Folkehelseinstituttet i Norge) om hvordan vi skal arbeide for å på best mulig måte kunne hjelpe til å minske risikoen for spredning av smitte. Det ville gjøre alt enklere, sier Chaim Zlotnik.

Annen utvikling

Den pågående krisen vil sannsynligvis bli spesielt merkbar for tannleger som nylig har gjort nye investeringer i klinikken.

– Det kan handle om en ganske bred gruppe som har hatt høye investeringskostnader og nå må begynne på nedbetalingen i en tid der inntektene svikter, det blir det økonomisk merkbart, sier Chaim Zlotnik.

I Danmark driver mange tannleger klinikken på tomgang eller har stengt ned helt som et resultat av et sterkt sviktende pasientgrunnlag som en konsekvens av de strenge begrensningene i det danske samfunnet. Selv om Sverige ikke er på dette nivået, kan det ikke utelukkes at selv store deler av det svenske samfunnet blir stengt ned som et ledd i arbeidet med å stoppe smittespredningen.

– Det pågår drastiske og ganske sjokkerende tiltak i Danmark. Jeg tror ikke at vi vil se den samme utviklingen i Sverige fordi vi har en annen strategi som bygger på at man aksepterer en utstrakt og på mange måter skånsom spredning av smitten.

Redusert pasienttilstrømning og færre timebestillinger kan skape en så stor økonomisk ustabilitet at tannlegene også blir en gruppe som krever statlige støttetiltak. Støttepakken som ble presentert 16. mars av den svenske regjeringen, har så langt inkludert målrettet støtte til alvorlig sårbare næringer som luftfart og skipsfart. Staten har også midlertidig overtatt kostnader for sykefravær, deler av lønnskostnader ved korttidspermitteringer, og innvilget utsatt betaling av skatter, avgifter og merverdiavgift i maksimalt tolv måneder, for selskapene som er hardt rammet av minskede inntekter.

– Jeg går ut fra at tannhelsen også får en del av disse støttetiltakene som regjeringen har lovet. Vi trenger støtte for å kunne skape trygghet, og en plattform for å være klar til å starte opp igjen når utviklingen snur og etterspørselen øker, for den dagen vil komme.

Det har foreløpig ikke vært noen større varsel, permitteringer eller konkurser blant tannleger.

– Men mange tannleger lurer på hvilke regler som gjelder hvis de blir nødt til å redusere arbeidsstyrken, og dessverre vil det nok være noen klinikker som kommer til å få det vanskelig økonomisk, avslutter Chaim Zlotnik¹

¹ 19. mars: For flere større distrikter innen folktandvården (den offentlige tannhelsetjenesten) gjelder fra 19. mars at de bare tilbyr akutt hjelp. Stockholm og Skåne nevnes som eksempler på store distrikter. Mangel på materialer og utstyr oppgis som årsak.



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**

Koronalukking av Oslofakultetet:

Basalt smittevern er essensielt

Den 11. mars stengte barneklubben ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo, og den 12. mars stengte voksenklubben.

 KRISTIN AKSNES

Stengingen er avslutningen av en trappetrinns-prosess, sier førsteamanuensis Morten Enersen, leder av smittevernutvalget som er opprettet i forbindelse med koronautbruddet

– Her er det viktig å presisere at ledelsen ved Det odontologiske fakultet har hatt røde flagg oppe i lengre tid, og at arbeidet i smittevernutvalget har ligget i forkant av universitetet ellers. Vi har vært veldig nøye på å være tidlig ute med strikte rutiner og informasjon så langt det har vært mulig. Vi har stadig oppdatert informasjonen på nettsidene våre, og vi har hatt informasjonsmøter for alle ansatte jevnlig, for å få fanget opp både heltids- og deltidsansatte.

– Her har strategien fra dag én vært å holde potensielle smittede ute. Refleksjonen kommer alltid i etterkant om hvorvidt man kunne gjort noe annerledes, men jeg kan ikke se at vi kunne gjort det.

– Vi har vært i forkant i disse ukene, sier Enersen

Basalt smittevern er grunnleggende

– Dette viser vel også hvor viktig det er å opprettholde et godt smittevern som fast rutine?

– Ja, det basale smittevernet er helt essensielt, og vi tror vi har forankret dette godt hos allmenntannlegene ute i praksis. Høsten 2018 kom Faglige anbefalinger i smittevern i klinisk odontologi, der vi har et godt dokument med retningslinjer for hvordan man ivaretar smittevernet. Prinsippene er godt kjent av alle som har gjennomgått en tannlegeutdanning, eller for den del tannpleierutdanningen, eller en tannhelsesekretærutdanningen. Men likevel er det lett at ting kan gå litt for raskt, og ingen kjede er sterkere enn det svakeste ledd. Så vi vil alltid kunne gå i vannet på detaljer når det gjelder smittevern. Nå har vi også påminnelsen om at vi ikke skal håndhelse, vi skal ha

god avstand til andre og unngå store forsamlinger, som alt støtter smitteverntankegangen i den situasjonen vi er i, fortsetter Enersen.

Smittevernutvalg

– Smittevernutvalget ble opprettet i forbindelse med koronautbruddet, og består av seks personer: En kirurg, to sykepleiere, to klinikkledere og en kommunikasjonsmedarbeider. Vi er rådgivere for øverste leder i beredskapsgruppen, som er dekanen. Smittevernutvalget er per i dag utvidet med ytterligere tre medlemmer fra IKO.

– Vi har en felles e-post, smittevern@odont.uio.no, og de siste to ukene har vi behandlet hundrevis av e-poster. Disse e-postene gjaldt reiserestriksjoner, mange spørsmål generelt, noen var engstelige, og mange omhandlet beskjeder om å sette studenter og ansatte i arbeidsrestriksjon eller hjemmekarantene. De går opp til beredskapsleder og blir så delegert ned i linje, slik at vi til enhver tid har oversikt, sier Enersen.

Hjemkalte utenlandsstudenter

– Vi har utenlandsstudenter som vi kaller hjem nå fordi vi ikke tør å la dem være ute lenger, blant annet fra Cape Town. De som er i Paris ser vi an med hensyn til hjemkalling, men vi tillot ikke at to studenter dro til Seoul den 7. mars, og den avgjørelsen tok vi i midten av februar. Allerede da fikk vi signaler om at de ville kunne bli utestengt fra klubben, og kanskje to ukers isolasjon, slik det ble i Kina. Og da ville undervisningsutbyttet deres vært minimalt. Det var også fem tannpleierstudenter som ikke reiste til Tanzania. De skulle riktignok bare være borte i noen uker. De kom i etterkant og takket oss fordi vi hadde rådet dem til ikke å reise.



Førsteamanuensis Morten Enersen er leder av smittevernutvalget ved Det odontologiske fakultet, og står her i stengt klinikk.

Alle definert som helsepersonell

– Det som også er viktig å si her, er at alle ansatte ved fakultetet er definert som helsepersonell i henhold til helsepersonelloven, også de som er administrativt ansatte og ikke har noe direkte med pasientbehandling å gjøre. Det skyldes at det er såpass nær kontakt mellom de forskjellige gruppene i klinikk, administrativt, i forskning og så videre, og derfor ble dette gjort med andre ord for å sette et annet beredskapsnivå.

Vi innførte dette allerede for to uker siden, og vi har informert grundig om det. Arbeidet i smittevernutvalget startet omkring 1. februar, og planleggingen fra dekanens side begynte noe tidligere. Medisin har lagt seg på omtrent den samme linjen som oss når det gjelder informasjon, og brukt deler av våre tekster. Det er viktig å si at odontologi og læringssituasjonen for odontologistudentene er en mer kompleks virksomhet enn medisin, nettopp fordi vi har åpne saler, mange behandlingsstoler innenfor ett rom, aerosoldannende instrumentering, og en helt annen utsatt virksomhet når det gjelder smitte.

Medisinstudentene har det meste av sin praksis på sykehus.

– Men dette som skjedde i dag er en tsunami. Det kommer som et sjokk på oss. Vi ønsker jo å komme tilbake til operativ virksomhet så raskt som mulig, innenfor forsvarlige rammer, både når det gjelder voksenklinikken og barneklinikken.

Det vil likevel bli et tilbud om akutthjelp, for våre egne pasienter, avslutter Enersen.

Blir annenlinjeklinikk for oral kirurgi og oral medisin for fylkene på Østlandet

Etter anmodning fra Helsedirektoratet blir deler av klinikken ved Odontologisk fakultet i Geitmyrsveien i Oslo stilt til disposisjon for fylkene i helseregionen på Østlandet under koronakrisen som annenlinjefunksjon. De skal brukes som en form for «spesialsykehus» for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp når det gjelder oral medisin og oral kirurgi. Dekan Pål Barkvoll leder dette arbeidet. Fra mandag 23. mars regner han med at de er i stand til å motta pasienter innenfor dette tilbudet.



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



Felles legemiddelliste og kommunal e-journal planlagt innført i 2030

– Feilmedisinering, mangelfull tilgang til informasjon og i verste fall pasientskader. Vi kan ikke fortsette som i dag. Pasienter og helsepersonell fortjener at helsetjenesten henger bedre sammen digitalt, sa direktør i Direktoratet for e-helse, Christine Bergland, i direktoratets pressekonferanse 4. mars.

 KRISTIN AKSNES

Direktoratet for e-helse la fram sin nye rapport om journalplattformen Akson, en felles kommunal journal for hele helsetjenesten, planlagt innført i 2030.

Akson – felles journal- og samhandlingsplattform

Akson er et konsept for helhetlig samhandling og felles kommunal journal. Akson omfatter også løsninger for bedre samhandling i hele helsetjenesten. Samhandlingsløsningene skal gi innbyggere og helsepersonell i sykehus, kommunen og fastleger mulighet til å utveksle og dele informasjon digitalt. Samhandlingsløsningene skal også bidra til bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenesteområder, som for eksempel Nav og barnevern.

Direktoratet for e-helse leder forprosjektet og gjennomfører dette i samarbeid med Kommunenes sentralforgund (KS), kommunesektoren, de regionale helseforetakene og andre sentrale aktører. Viktige vurderinger og anbefalinger behandles i den nasjonale styringsmodellen for e-helse og i prosjektstyret for Akson.

Fagsjef i Tannlegeforeningen, Kirsten Nerheim Ahlsen, er en av medlemmene i prosjektstyret.

Felles legemiddelliste

En felles legemiddelliste, en oversikt over pasienters legemidler som både sykehus, sykehjem, fastleger og den kommunale helsetjenesten kan bruke, har vært etterlyst i mange år. Det er et prioritert område fra helsemyndighetenes side.

Bergland mente at det realistisk sett vil ta ti år å få på plass en felles legemiddelliste. Hun antydte at den først kan bli tilgjengelig om ti år for alt helsepersonell sammen med den felles kommunale journalen.



Direktør i Direktoratet for e-helse, Christine Bergland, la fram rapporten om felles kommunal journal for hele helsetjenesten den 4. mars.

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.





Det er viktig at hver enkelt av oss er oss vårt ansvar bevisst, og holder oss mer eller mindre oppdatert om nær sagt alle fagdisiplinene.

Obligatorisk etterutdanning og

Odontologi er en gruppe fagdisipliner som har hatt en rivende utvikling det siste hundreåret, og det stopper ikke her. Faktisk dukker stadig nye forgreininger av faget opp, for det meste til fordel for våre pasienter, men også noe vi i dag kan betrakte som rariteter. Hva med firma som BioEden™ som startet i 2006 og samler, fryser ned og lagrer stamcellene dine i 21 år for \$ 2 930 i tilfelle du skulle trenge dette i en eller annen behandling seinere i livet? Nyttig eller ikke, du risikerer at pasientene dine spør deg om akkurat slike ting som er gefundenes fressen i populærvitenskapelige publikasjoner, eller at de ber deg hjelpe til å samle melketennene for barna sine med samme formål. Vil du hjelper, eller ei?

Derfor er det viktig at hver enkelt av oss er oss vårt ansvar bevisst, og holder oss mer eller mindre oppdatert om nær sagt alle fagdisiplinene. NTF har jo arrangert kurs med mange høyt kompetente kursgivere opp gjennom årene, og selve møtene er en god anledning til sosialt samvær med kolleger. Egen erfaring tilsier at tannleger tilegner seg mer kunnskap fra selgerne i depotene enn hos universitetskapasitetene vi har.

NTF har jo laget kurs (TANK) som alle bør få tatt så raskt de har mulighet til, men utvalget er begrenset og min opplevelse av hygiene-kurset, er at det her benyttes et opplegg for Odontologen i Bergen som var mest beregnet for forholdet ved instituttene. NTF snakket om å lage et opplegg som var mer myntet på tannklinikker, men jeg har ikke fått fulgt opp dette. På den tid (en håndfull år siden) var det bare 30 prosent av NTFs medlemmer som hadde tatt dette kurset.

Når så NTF bestemte seg for å lage retningslinjer og krav til den enkelte tannleges

obligatoriske etterutdanning (heretter OE), var intensjonene gode, men målsetningen viste seg raskt å være i det mest optimistiske laget. 150 timer OE fordelt over fem år kan bli en stor bygg for mange tannleger ved utløpet av 2020. Riset bak speilet hvis dette kravet ikke blir oppfylt, er i ytterste konsekvens at du får strøket medlemskapet i NTF og ekskluderes ved gjentakelse. Altså en tap-tap-situasjon for NTF og medlemmet.

12. mai 2014 rapporterte P4 at 17 prosent av Tannlegeforeningens medlemmer er registrert med null timer etterutdanning! Uansett P4s vinkling, er dette en oppfølging av Camilla Hansen Steinums innlegg i NTFs Tidende (2013; 123: 247): «Tallene viser at cirka 30 prosent av medlemmene fortsatt står uten registrerte timer. Over 50 prosent har 25 timer eller mer og cirka 20 prosent har notert seg for mer enn 100 timer. Det er store ulikheter mellom lokalforeningene i antall registrerte timer.»

Jeg har ikke oppdaterte tall fra 2020, men hovedstyret i NTF evaluerte i 2019 ordningen der kravet til OE gjeldende fra 1/1-2021 ble redusert til 40 timer fordelt over to år. Dette tyder jo på at mange tannleger vil få problemer med å oppfylle kvoten sin innen utgangen av 2020. NTF har også meg bekjent problemer med det praktiske i det eksisterende kurssystemet, og det er ikke gjort i en fei å rette opp.

Fra tap-tap til vann-vann?

Min innstilling er at jeg heller vil komme med løsninger framfor kritikk. Samtidig kan norske kolleger få et innblikk i mulighetene som finnes, og som jeg har mistanke om at NTF ikke har vurdert (selv om jeg presenterte mulighetene for NTF høsten 2019). I USA klarer

et mulig alternativ

man å takle vesentlig flere tannlegers kursbehov, og kvaliteten på kursene er helt i toppen på verdensbasis. Dersom Norge også vil følge i amerikanernes fotspor mener jeg vi snakker om en vinn-vinn- situasjon for norske tannleger og NTF.

Den amerikanske tannlegeforeningen (ADA med mer enn 163 000 medlemmer) har et opplegg som kalles Continuing Education Provider Recognition (ADA CERP), og Academy of General Dentistry (AGD PACE) som er den eneste dentale foreningen som eksklusivt representerer behovene til sine mer enn 40 000 allmennpraktiserende medlemmer. Formålet er å støtte og inspirere behovene slik at medlemmene kan tilby den beste tannbehandling og orale helseopplæring til publikum: «*advance general dentistry and oral health through quality continuing education and advocacy*».

Det finnes jo massevis av organisasjoner og firma i USA som tilbyr kurs som gir kurstimer «over there», og noen av dem har et bredt utvalg innen alle tenkelige fagdisipliner innen odontologien. De aller fleste er nok lokal- og spesialistforeninger, men enkelte henvender seg til «you and me».

Hittil har gjerne norske OE-timer blitt tildelt på bakgrunn av betalt kursavgift uten å bekrefte at tannlegen har vært fysisk eller psykisk tilstede. I USA må man svare på en enkel multiple choice-quiz der man må besvare rett minst 70 prosent av spørsmålene for å få kursbevis. Her har man et vanntett registreringsystem i motsetning til det vi ser i Norge, og dette er det mulighet for å registrere direkte på tannlegens kursoversikt i NTFs medlemssider dersom det er mulig i henhold til GDPR (Personvernforordningen). Det kunne kanskje vært en idé for NTF å samarbeide

de med ressurser i USA som allerede har system som fungerer i stedet for å forsøke å finne opp hjulet på nytt?

Reinert Amundsen
reinert.amundsen@icloud.com

Oppgitte interesseforhold: Reinert Amundsen oppgir at han er tiltenkt en godtgjørelse fra en amerikansk kursgiver for et eventuelt arbeid med å legge til rette for norske forhold.



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



Den nye ordningen sikrer at NTFs medlemmer som et minimum gjennomfører et gitt antall timer med etterutdanning i løpet av de nye toårsperiodene. I tillegg oppfordrer vi alle medlemmer til å delta i annen etterutdanning etter eget ønske og behov.

Tannlegeutdanningen er en profesjonsutdanning. Tannleger er helsepersonell og en viktig del av norsk helsetjeneste. Selv om vi har en solid grunnutdanning, er odontologi et fagområde i rask utvikling. Derfor er det helt avgjørende med livslang læring. Det er bakgrunnen for at NTF i en årrekke har vært opptatt av obligatorisk etterutdanning, og for at representantskapet i 2015 vedtok dagens ordning. Dette er foreningens egen ordning, fastsatt av og gjort gjeldende for medlemmene selv. Den skal være til både tannlegenes og pasientenes beste.

Svar til «Om obligatorisk etterutdanning og et mulig alternativ»

NTFs obligatoriske etterutdanning

Ordningen har vist at NTFs medlemmer tar etterutdanning svært seriøst. Sammen med medlemmene har vi skapt et svært aktivt faglig miljø og godt sosialt samhold i foreningen, noe vi alle nyter godt av. Vi er stolte av at medlemmene på denne måten viser at de har et bevisst forhold til kravene som stilles til yrkesutøvelsen og til samfunnsansvaret vi har som helsepersonell.

Jeg ser ingen grunn til å kommentere de personlige meningene og de utdaterte tallene som forfatteren bruker i sitt innlegg. Det jeg derimot vil kommentere, er de feilaktige påstandene om hvorfor det er gjort endringer i ordningen. For selvsagt må en slik ordning evalueres. Det var viktig å gjøre dette fire år inn i gjeldende femårsperiode, slik at representantskapet kunne ta stilling til saken i god tid før en ny periode trådte i kraft. I evalueringen ble alle lokal- og spesialistforeninger hørt, og vi fikk også inn innspill fra enkeltmedlemmer. På bakgrunn av evalueringen la hovedstyret frem forslag til en ny og forbedret ordning for representantskapet i 2019. Den nye ordningen som ble vedtatt, vil tre i kraft fra januar 2021. Det er igjen **medlemmene selv som har vedtatt dette** – slik det alltid har vært.

Forbedringene gjøres ikke fordi medlemmene ikke har fulgt opp. Endringene skal sikre at ordningen er et kvalitetsstempel for medlemmene i NTF, og dessuten at pasientene skal vite at det å velge en MNTF-tannlege betyr noe. Forbedringene skal også bidra til en best mulig ordning både for medlemmene som skal holde seg faglig oppdatert, og for oss som skal administrere den og yte best mulig service.

Den nye ordningen sikrer at NTFs medlemmer som et minimum gjennomfører et gitt antall timer med etterutdanning i løpet av de nye toårsperiodene. I tillegg oppfordrer vi alle medlemmer til å delta i annen etterutdanning etter eget ønske og behov. Dette vil variere fra tannlege til tannlege, og her vil medlemmene kunne velge fritt blant kurs i regi av både NTF og andre kursaktører. Men til forskjell fra i dag vil muligheten til å få registrert timer være mer begrenset, slik representantskapet har bestemt: Kurs i NTFs egen regi av (lokalt og sentralt), utvalgt etterutdanningsvirksomhet arrangert av de odontologiske lærestedene, den offentlige tannhelsetjenesten, de regionale kompetansesentrene og skandinaviske tannlegeforeninger samt visse kurs og kongresser som lokal- og spesialistforeningene har anbefalt.

Jeg registrerer at forfatteren er spesielt opptatt av tilbud som finnes i USA. Det er selvsagt opp til den enkelte tannlege selv å vurdere hvilke kurstilbud man vil benytte seg av. Vår erfaring er likevel at svært mange foretrekker norske og skandinaviske kursholdere, og at mange kurs i utlandet ikke er tilpasset vår kultur og våre forhold. Dette gjelder spesielt når det kommer til lovverk mv.

Den obligatoriske etterutdanningen skal sikre kompetanseheving for NTFs medlemmer og være et løfte om trygghet og kvalitet til befolkningen og samfunnet. Vi gleder oss til å lansere den nye ordningen for medlemmene i januar 2021. Vi mener at den vil bidra ytterligere til at medlemskap i NTF vil fremstå som et kvalitetsstempel!

Camilla Hansen Steinum,
president i Den norske tannlegeforening

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

VISSTE DU AT BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSAKEN TIL AT BARN FÅR I SEG FOR MYE SUKKER?

Mange av oss har lett for å gi barna brus eller saft når de er tørste. Plutselig blir inntaket av sukker større enn man tror. Bytter du ut brus eller saft med vann til hverdags, er mye gjort. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir hverdagen litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Foreningsnytt

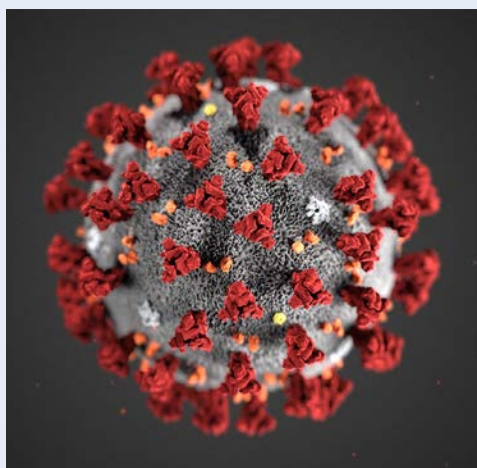
Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Ny informasjonsside om koronaviruset

www.tannlegeforeningen.no/korona



NTF har opprettet en egen nettside hvor vi publiserer nyheter, informasjon og meldinger om koronaviruset som er aktuelle for NTFs medlemmer. Siden finner du både under **Jus og arbeidsliv** og **Faglige råd og retningslinjer**.

Vi skal gjøre alt vi kan for å holde medlemmene oppdatert om utviklingen. NTF er i tett dialog med myndighetene, og vi arbeider kontinuerlig for flere og styrkede tiltak for våre medlemmer i denne vanskelige situasjonen.

Se også helsedirektoratet.no og fhi.no

Les mer på www.tannlegeforeningen.no/korona og følg oss på www.facebook.com/dennorsketannlegeforening



**Den norske
tannlegeforening**

NTFs hovedstyre møtte Stortingets helse- og omsorgskomite



 ØYVIND BERDAL, RÅDGIVER FOR POLITISK KOMMUNIKASJON I NTF

Torsdag 5. mars arrangerte NTF møte med medlemmer av Stortingets helse- og omsorgskomite. Her tok NTF opp foreningens viktigste prioriteringer i tannhelsepolitikken.

Tett kontakt med Stortinget og politiske beslutningstakere er en svært viktig del av NTFs arbeid for gjennomslag for våre politiske saker. NTF har gjennom året flere møter med partiene, i tillegg til jevn dialog om politiske saker. I tillegg arrangerer foreningen annethvert år et møte med hele helse- og omsorgskomiteen. Det var dette møtet som fant sted på Grand Hotel Oslo 5.mars.

President Camilla Steinum ga komiteen et innblikk i det NTF anser som de største utfordringene i tannhelsepolitikken. Hun understreket behovet for en helhetlig gjennomgang av trykdeordningen samt lover og regelverk knyttet til tannhelsetjenesten. Målet er å bruke ressursene på riktig måte for å oppnå en best mulig oral helse i befolkningen. NTF ønsker også en forenkling og en styrking av folketrygdens stønadsordning. Hun pekte også på hvor viktig det er å styrke den offentlige tannhelsetjenesten, og trakk særlig

frem TOO-tilbudet hvor flere fylkeskommuner har lange ventelister.

Steinum viste til anbefalingene i Blankholmutvalgets NOU 2018: 16 Det viktigste først. Utvalget støtter NTF i at det er nødvendig med en gjennomgang av ordningene og lover og regelverk. Steinum viste også til at Stortinget faktisk allerede har vedtatt dette da Arbeiderpartiets representantforslag om en styrking av norsk tannhelse fikk gjennomslag i 2018. NTF forventer at stortingsmeldingen om prioriteringer i primærhelsetjenesten som skal baseres på denne NOUen også innstiller på en slik gjennomgang.

Komiteen lyttet og stilte spørsmål og fikk også en gjennomgang av den norske tannhelsemodellen, med en offentlig tannhelsetjeneste i fylkeskommunal regi og en markedsbasert privat sektor. I tillegg diskuterte vi blant annet utdanning, samhandling og e-helse for å nevne noe. Komiteen var også opptatt av tannbehandling i utlandet og antibiotikaresistens.

De politiske partiene arbeider nå med sine programmer for perioden 2021–2025. NTF har gitt innspill til alle partiene og avtalt møter med flere av programkomiteene.

Intervju med Hannu Larsen

leder Norsk forening for oral protetik (NFOP)

 **TONJE CAMACHO, INFORMASJONSRAÐGIVER I NTF**

Intervjuet ble gjennomført i februar 2020 (pre-korona)

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

De viktigste oppgavene har vært å planlegge og organisere nye kurs. Foruten NFOP sine egne kurs og årsmøter, skal det jobbes med SSPD møtet i som er det skandinaviske fellesmøtet som denne gang holdes i Oslo. Ellers arbeides det hardt i kulissene med TSF fellesseminaret som går på nyåret 2021. NFOP har denne gang overtatt stafettpinnen og det har blitt jobbet med beliggenhet og forelesere. Med smerte som hovedtema er det mye å ta tak i. Det skal også diskuteres fremtiden for spesialistutdanningen. TSF styret bestående av representanter fra alle spesialistforeningene gjør en veldig god jobb her. Videre har vi deltatt på møter i regi av NTF der lederne i lokal og spesialistforeningene får anledning til å uttale seg om fagpolitiske spørsmål.

Hva har vært de største utfordringene?

Det kan noen ganger være utfordrende å finne spennende tema og kurssteder. For å imøtekomme medlemmenes ønsker om kurs i utlandet og for å kvalitetssikre gode forelesere har vi økt medlemskontingenten noe. Det har gitt oss større handlerom. Vi tenker samtidig økonomisk og har i hovedsak hatt møter via Skype. De fleste fysiske møter har vært i forbindelse med årsmøter og lignende. NFOP styret vi har i dag fungerer veldig bra, så de store utfordringene har vi egentlig ikke. Vi har et godt sammensatt styre med representanter fra fakultetene i Oslo og Bergen pluss styremedlemmer fra Troms, Agder og Rogaland. Kontaktnettverket er bra og styremedlemmene er veldig engasjerte.

Hva har vært høydepunktene?

Vi har hatt god respons på kursene våre i både innland og utland. Vi har utenlandsmøter annet hvert år og forrige møte i Riga fungerte veldig godt både faglig og sosialt. Må også nevne det vellykkede fellesmøtet med Norsk kjeveortopedisk forening. De siste årene har trappeløp vært en tradisjon i NFOP. NKF tok utfordringen og stilte med flere representanter på trappeløpet. Totalt 19 stykker på deltagerstreken løp opp 21 etasjer og avsluttet med samling i Skybaren etterpå.

Hvordan jobber foreningen med nye medlemmer og nye tillitsvalgte?

Vi prøver å holde god kontinuitet i foreningen med å ha en viss overlapp i styret. Spesialistkandidater får rabatterte kursavgifter og vi prøver å få dem tidlig inn for å presentere deres spesialistoppgaver på møtene. Dette gir kandidatene god trening og gir medlemmene verdifull innsikt i hva som forgår på fakultetene og spesialistutdanningen. Forhåpentligvis vil de fortsette som medlemmer i foreningen.

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

Som i alle interesseforeninger vil et medlemskap være av stor kollegial og sosial betydning. Her får man kalibrert seg og hatt de gode samtalene. Som medlem har man også mulighet for å være med å påvirke. Styret vil gjerne ha tilbakemeldinger fra medlemmene og lytter i forhold til ønsker og ytringer.

Hvordan oppleves det å være leder i foreningen?

Å være leder i NFOP oppleves som tidvis travelt, men stimulerende. Må presisere at det er en takknemlig situasjon når resten av styret fungerer så godt som det gjør. Alle har sine funksjoner og gjør dem med entusiasme.

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

Nå skal detaljene på plass for årsmøtet i Barcelona før det utsendes invitasjon.

Samtidig er det en jobb å gjøre i arbeidsgruppen opprettet av Helsedirektoratet der vi skal arbeide med en skisse for ny spesialistutdanning. Her skal det defineres læringsmål og læringsaktiviteter og videre tilrettelegges for veiledning og kompetansevurdering i hele utdanningsløpet. Et ganske omfattende men spennende arbeid.

Noe annet dere har på hjertet?

Benytter gjerne anledningen å takke Harald Gjengedal og Jana Ingebrigtsen for innsatsen i foreningen.

FAKTABOKS

Norsk forening for oral protetik (NFOP)

85 aktive medlemmer hvorav 53 kvinner og 32 menn, 59 i privat sektor og 26 i offentlig
9 spesialistkandidater
2 pensjonistmedlemmer



Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no

Aktuell informasjon fra NTFs fagkomité for anbefalt bruk av antibiotika i odontologisk praksis

 KIRSTEN AHLSEN, FAGSJEF I NTF

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementets Handlingsplan mot antibiotikaresistens (2015–2020) definerer fem mål for antibiotikabruken i Norge, inkludert en reduksjon av antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020.

Tannleger i Norge foreskriver ca. 5 % av det totale forbruket av antibiotika. Selv om dette tallet er lavere enn det som rapporteres fra en del andre land, er det viktig at handlingsplanen mot antibiotikaresistens også følges opp i tannhelsetjenesten.

Som et ledd i oppfølgingen av handlingsplanen opprettet NTF i 2016 en fagkomité for riktig antibiotikabruk i tannhelsetjenesten. I 2018 ble det også utarbeidet nye anbefalinger for smittevern i klinisk odontologisk praksis. I 2018 ble det også utnevnt nye medlemmer og laget et revidert mandat for fagkomiteen. Se sammensetning og mandat i faktabokser.

Nylig aktivitet i fagkomiteen

Fagkomiteen har nylig hatt et møte og så der behov for å oppdatere mandatet ved å inkludere smittevern, siden det henger nært sammen med arbeidet som gjøres for å redusere bruken av antibiotika. De kommer til å spille inn forslag til endringer i mandatet til NTFs hovedstyre som er de som vedtar mandatet. Målgruppen for arbeidet er i hovedsak tannleger, men ved å inkludere smittevern i mandatet omfattes hele tannhelseteamet.

Når det gjelder befolkningsrettet arbeid inneholder kampanjen «Gjør kloke valg» to råd om antibiotikabruk, og det skal nå settes i gang en ny runde i kampanjen som skal ha befolkningen som målgruppe.

NORM- rapporten (nasjonalt helseregister – NORM er et landsomfattende overvåkingssystem av resistens hos mikrober fra mennesker) gir blant annet oversikt over bruk av antibiotika. Det siste året har det ikke fremkommet tall på tannlegers foreskrivning. De siste tallene tyder på at status på forskrivninger er under 2008 nivå, og det har vært en nedgang i foreskrivning i perioden 2014–2017.

Det er fortsatt svært få tannleger som har tilgang til e-resept og dette vanskeliggjør arbeidet med å få oversikt over hva som forskrives av tannleger.

Det arbeides også med nye retningslinjer om bruk av antibiotika i Helsedirektoratet. Spesialisthelsetjenestens retningslinjer blir ferdigstilt våren 2020, mens primærhelsetjenestens retningslinjer er forsinket. De eksisterende retningslinjene er fortsatt gjeldende, og de reviderte retningslinjene skal komme på høring i løpet av 2020. Den odontologiske faggruppen i revisjonsarbeidet, bestående av Morten Enersen og Bodil Lund, har utarbeidet og ferdigstilt retningslinjene for odontologi. NTF ønsker at disse gjøres tilgjengelige for NTFs medlemmer på nettsidene i påvente av at de nye digitale retningslinjene publiseres fra Helsedirektoratet.

I forbindelse med arbeidet rundt forskrivning av antibiotika er det behov for å kartlegge hva som ligger til grunn for tannlegers praksis om å forskrive antibiotika og de vurderinger som gjøres ved valg av behandling, og det tas sikte på å gjennomføre en spørreundersøkelse blant NTFs medlemmer. Dette ble sist gjort i 2015.

Mer informasjon

«Statusrapport fra styringsgruppen 2018 – Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2016–2020» finner du som nedlastbar pdf på www.helsedirektoratet.no

FAKTABOKS

Fagkomiteen består per mars 2020 av følgende medlemmer:

- Harry-Sam Selikowitz – NTF (leder)
- Bodil Lund – UiB
- Morten Enersen – UiO
- Thomas Brox – TkNN
- Svein Høegh Henriksen – Helsedirektoratet
- Kirsten Ahlsen – NTFs fagsjef (sekretær)

Mandat (vedtatt av NTFs hovedstyre mars 2019)

1. Komiteen skal arbeide for bekjentgjøring og implementering av eksisterende retningslinjer for antibiotikabruk i odontologisk praksis.
2. Komiteen skal arbeide for mindre bruk av bredspektret antibiotika og reduksjon av volum i generell antibiotikabruk i tråd med handlingsplanen.
3. Komiteen skal løpende vurdere om de nasjonale retningslinjene er i tråd med nordiske og internasjonale retningslinjer og om de er formålstjenlige for odontologisk klinisk praksis. Komiteen kan gi innspill til retningslinjekomiteen om enkeltmomenter i retningslinjene.



NTFs tariffkonferanse 2020

 RAGNHILD HENRIKSEN LØKEN
 TONJE CAMACHO

Et trettitalls tillitsvalgte i offentlig sektor; fra fylkeskommuner og universiteter til Helsedirektoratet og Studentsamskipnaden var 5. og 6. mars samlet til oppstarten av vårens vakreste eventyr. Nei, for de tillitsvalgte er det ikke snakk om Holmenkollstafetten – derimot tariffoppgjør og lønnsforhandlinger.

Sentralt forhandlingsutvalg er vertskap for konferansen og utvalgets leder, Farshad Alamdari, benyttet anledningen til å orientere møtedeltakerne om viktige endringer i Hovedavtalen i KS (fylkeskommunene). I tillegg ble resultater og prosesser fra fjoråret lønnsoppgjør i de ulike tariffområdene viet litt oppmerksomhet, for å danne et bakteppe for de rundene som sentrale parter skal i gang med nå til våren. I ettertid ser vi at andre yrkesgrupper fikk bedre resultater når det kommer til årslønnsvekst i 2019 enn hva Akademikerne oppnådde. Dette er unntaket historisk sett, da Akademikerne siden 2004 i stor grad har hatt betydelig høyere årslønnsvekst enn andre grupper KS-området. Det ble kommunisert at selv om det ikke er

ønskelig å havne under, så kan det være at det er noe man må akseptere etter ett og et halvt tiår med gode lønnsoppgjør.

Siden 2016 har Norge vært inne i en periode med god økonomisk vekst, og selv om veksten forventes å avta noe i tiden fremover så legger likevel prognosemakere til grunne at arbeidsmarkedet kommer til å holde seg stabilt og at lønnsomheten i virksomhetene vil holde seg oppe.

Prognosene for lønnsvekst i 2020 ligger på et sted mellom 3,3 og 3,6 %, og med KPI-prognoser på 2,0-2,1 % så ser man for seg reallønnsvekst i 2020. Reallønnsvekst vil si at kjøpekraften i befolkningen vil øke.

Stort engasjement og enighet om viktigheten av livslang læring

De tillitsvalgte blir i forkant av konferansen oppfordret til å sende inn aktuelle problemstillinger fra sine virksomheter og hverdagen som tillitsvalgt. I år ble temaer som ammefri, frikjøpt av tillitsvalgte og kompetansekartlegging i tannhelsetjenesten diskutert i plenum. I fylkeskommunene har ar-

Leder av Sentralt Forhandlingsutvalg Farshad Alamdari informerer om lønnsoppgjørene.



beidsgiver et ansvar for å kartlegge de ansattes kompetanse, og i Staten står det bestemmelser om at virksomheten må sikre at ansatte i alle faser av yrkeslivet sikres muligheter til å mestre krav og behov gjennom kompetansegivende arbeidsoppgaver og andre utviklingstiltak.

Det var stor enighet i forsamlingen om at selv om en tannlege har grunnkompetanse etter endt utdanning så går verden videre, og i vår bransje har det skjedd massiv utvikling både innenfor materialer og teknikker de siste tiårene. Behovet for etterutdanning er stort, selv om ikke alle arbeidsgivere ser nytte av eller har økonomiske rammer til å imøtekomme ønskene til etterutdanning. NTFs fagsjef, tidligere fylkestannlege Kirsten Ahlsen, påpekte at fylkestannlegene og fylkeskommunene har både et faglig ansvar og har ansvar for å sørge for et godt tjenestetilbud til befolkningen, og kompetent personale er en essensiell del av dette.

Informasjon om aktuelle hendelser og organisering av tillitsvalgtarbeid

NTFs president Camilla H. Steinum var invitert til møtet for å orientere de tillitsvalgte om aktuelle saker og Hovedstyrets arbeid med blant annet direkteoppgjørsavtalen, Helsekontrollens «test» av tannleger i Oslo og den nært forestående Munnhelsedagen. Politiske saker som er aktuelle for tiden er bl.a. TannBarn del 2 og forslag om endring i EØS-forskriften om godkjenning av helsepersonell m.m. Presidenten og Hovedstyret hadde startet dagen med et møte med Stortingets Helse- og omsorgskomite og presidenten benyttet anledningen til å vise frem hva hun og Hovedstyret kommuniserer ut i et slikt møte.

I forbindelse med sammenslåing av fylkeskommuner har det blitt nye tillitsvalgte i større organisasjoner, og noen har fått økt grad av frikjøp sammenlignet med tidligere. Det dukket blant annet problemstillinger relatert til hvem som skal dekke de økte utgiftene som kommer av økt reisevirksomhet for tillitsvalgte i større geografiske enheter. I tillegg ble det utvekslet erfaringer fra de nye fylkeskommunene både når det gjelder struktur, arbeidsavtaler og rammer for tillitsvalgтарbeid.

Lønnsstatistikk, vaktavtaler og særalderspensjon

Dag to av konferansen ble satt i gang med gjennomgang av lønnsstatistikk fra universitetene, Oslo kommune og fylkeskommunene. Statistikken omfatter innsendte svar vedrørende over 1100 fylkeskommunalt ansatte, 350 universitetsansatte og ca. 100 ansatte i Oslo kommune. Det er store



President Camilla Hansen Steinum oppdaterer deltakerne om aktuelle hendelser og prosesser.

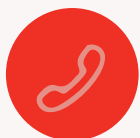
forskjeller både internt mellom virksomhetene i DOT, innad i hver enkelt fylkeskommune og mellom fylkeskommuner og universiteter, for de stillinger som er sammenlignbare dem imellom. Statistikken utarbeides både for foreningen sentralt, men også som et hjelpemiddel for de tillitsvalgte ute i virksomhetene for å kunne gi de hjelp til forberedelser til de lokale lønnsoppgjørene.

Leder av NTFs avdeling for Jus og Arbeidsliv, John Frammer, redegjorde for grunnlaget for vaktavtaler i DOT og hvordan slike skal utarbeides. Det finnes ikke lovverk som pålegger fylkeskommunene å organisere vaktordning for tannleger, men likevel har DOT enten stått for eller deltatt i lokal tannlegevakt i flere av landets fylkeskommuner – ofte i samarbeid med privat sektor. Det ble lagt vekt på at inngåing av vaktavtaler må være gjensidig og ikke er noe arbeidsgiver kan bestemme ensidig. Det ble og noe diskusjon om hva som er snakk om akuttberedskap, og hva som i realiteten er et økt servicetilbud til befolkningen.

I vinter har staten og hovedsammenslutningene vært i forhandlingsmøter om særalderspensjon. Det har blant annet vært en del om dette i media. I februar strandet forhandlingene og partene er nå i brudd. Bruddgrunnlaget er i hvilken grad ny pensjonsordning med levealdersjustering kompenserer for tapt mulighet til pensjonsopptjening for de yrkesgruppene som har plikt til å fratre ved visse aldersgrenser. Dette gjelder blant annet for tannleger ansatt i offentlig sektor. Anders Kvam er forhandlingsleder for Akademikerne i denne prosessen og besøkte Tariffkonferansen for å snakke om de problemstillingene som vektlegges i forhandlingene.

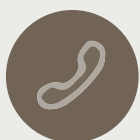


Trenger du noen å snakke med?



Hjelpetelefonen
116 123

Åpent hele døgnet, alle dager.



Foreldresupport
116 123 (tast 2)

Telefon og chat åpent hele døgnet, alle dager.



Sidetmedord
www.sidetmedord.no

Anonyme meldinger kan sendes døgnet rundt.
Chat er åpen: kl. 08-23 alle dager.



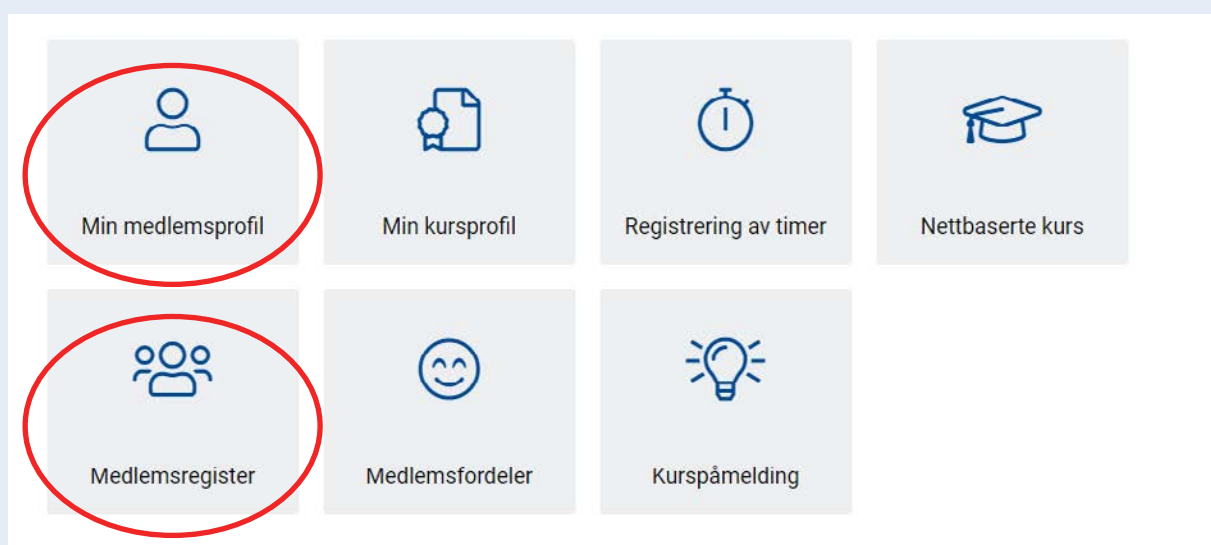
Arbeidslivstelefonen
225 66 700

Telefonen er åpen kl. 09-15 mandag til fredag,
(To. kl. 09-18). Chat: Ti. kl. 12-15 og to. kl. 12-17.

Nye funksjoner lansert på NTFs nettsted

Er medlemsprofilen din oppdatert?

Da er endelig funksjonene for "Medlemsregister" og "Min medlemsprofil" lansert på innloggede sider på www.tannlegeforeningen.no!



1. Logg deg inn på Min Side
2. Klikk på Medlemsregister for å få tilgang til oversikt over medlemmer i din egen lokalforening
3. Klikk på Min medlemsprofil for å se hvilken informasjon vi har registrert på deg. Husk å sjekke om kontaktinfo, medlemsforhold m.m. er oppdatert!

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

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

Arbeidsliv

Dette bør du vite om ferie og feriepenger!

 **LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER I NTF**

Ferielovens regler om feriefritid og feriepenger gjelder for alle arbeidstakere, uansett om de er heltids- eller deltidsansatte, har fastlønn eller timelønn. En timelønnet deltidsansatt med 20 prosent stilling har således krav på like lang ferie og samme prosent feriepenger som en heltidsansatt med månedslønn.

Arbeidsgiver har ansvar for at ferieloven følges, herunder at alle ansatte avvikler den ferien de har krav på.

Retten til feriefritid og retten til feriepenger er to forskjellige ting. Alle arbeidstakere har krav på feriefritid uavhengig av hvor lenge de har vært ansatt i virksomheten. Feriepengenes størrelse derimot avhenger av opptjening i foregående kalenderår.

Beregning av feriepenger

Feriepengene er erstatning for bortfall av lønn i ferieperioden. Arbeidsgiver skal beregne og avsette feriepengene ved lønnsutbetaling og feriepenges grunnlaget skal fremgå av lønnsoppgave/sammenstillingsoppgave for opptjeningsåret.

Feriepenges grunnlag

Feriepengene skal beregnes av alt utbetalt arbeidsvederlag (inkludert bonus og provisjon med mindre annet er uttrykkelig avtalt) i kalenderåret før ferien blir tatt ut. Det skal ikke beregnes feriepenger av utbetalte feriepenger i opptjeningsåret.

Prosent for beregning av feriepenger

10,2 prosent for arbeidstakere med rett til fire uker og en dags ferie (lovfestet ferie).

12 prosent for arbeidstakere med rett til fem ukers ferie (lov- og avtalefestet ferie).

2,3 prosent skal legges til for arbeidstakere som har rett til ekstraferie.

Utbetaling av feriepenger

Feriepengene skal utbetales siste vanlige lønnsdag før ferien. Arbeidstaker kan likevel kreve at feriepengene utbetales senest én uke før ferien tar til.

Mange arbeidsgivere utbetaler alle opptjente feriepenger samlet, vanligvis i juni. Samtidig utbetales ikke fastlønn for juni, for å kompensere for feriedagene som skal avvikles. Ferieloven teller med lørdag som virkedag hvilket gir gjennomsnittlig 26 virkedager per måned. Arbeidstakere med fem ukers ferie har imidlertid ferie i 30 virkedager. I tillegg til hele juni-lønnen, må arbeidsgiver i så fall unnlate å utbetale lønn for ytterligere fire virkedager. Dette trekkes normalt fra feriepengene, alternativt fra juli-lønnen. Når det gjelder timeavlønnede er det enklere, arbeidstaker skriver ganske enkelt ikke timeliste for feriedagene men får utbetalt feriepenger i stedet.

Feriers lengde

Ferieloven gir alle ansatte krav på ferie i 25 virkedager. Lørdag regnes som virkedag slik at ferien i realiteten utgjør fire uker og én dag. Ansatte som fyller 60 år i løpet av ferieåret har krav på én ekstra ferieuke (seks virkedager) i tillegg.

For å få rett til full ferie må den ansatte tiltre stillingen senest 30. september i ferieåret. Nyansatte som tiltre senere på året, har krav på én ukes ferie under forutsetning av at arbeidstaker ikke allerede har avviklet full ferie hos tidligere arbeidsgiver.

Deltidsansatte skal hverken ha kortere eller lengre ferie enn heltidsansatte. Også for deltidsansatte omfatter ferieperioden alle virkedager i uken (inkludert lørdag) i ferien selv om vedkommende vanligvis ikke ville jobbet disse dagene. En arbeidstaker som er ansatt i en 80 prosent stilling fordelt på fire dager i uken, avvikler også seks virkedager ferie når han eller hun tar en ukes ferie, selv om arbeidstaker normalt bare skulle jobbet fire av disse.

Arbeidsgiver kan fritt avtale lengre ferie med sine ansatte. Ansatte i offentlig sektor har avtale om fem ukers ferie gjennom sin tariffavtale. Også veiledende avtale om lønns- og arbeidsvilkår for tannhelsesekretærer (gjørne kalt mønsteravtalen) gir de ansatte rett til fem ukers ferie. Disse feriedagene kalles gjerne avtalefestet ferie.

Fastsettelse av ferien

Arbeidsgiver skal drøfte fastsettelse av feriefritid og oppsetting av ferielister med sine ansatte i god tid før ferien. Hvis man ikke blir enige, er det arbeidsgiver som bestemmer. De ansatte skal ha beskjed om feriefastsettelsen senest to måneder før ferien tar til.

Arbeidstaker kan kreve å få avvikle tre uker sammenhengende ferie i den såkalte hovedferieperioden (1. juni–30. september). Den resterende feriefritiden (en uke og én dag) kan man kreve å få ta ut samlet ellers i året. Arbeidsgiver kan dermed eksempelvis ikke kreve at restferien deles mellom jul og påske. Det er likevel ikke noe i veien for å diskutere dette med arbeidstaker og eventuelt gjøre avtale om en slik ordning.

Tidspunktet for avvikling av en eventuell avtalefestet ferie må avtales mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, men kan kreves avvirket samlet. Man kan altså kreve at restferien gis samlet og at avtalefestet ferie gis samlet, men arbeidstaker kan ikke kreve å få ta ut restferien og avtalefestet ferie (to uker) samlet.

Arbeidstakere over 60 år bestemmer selv når den ekstra ferieuken skal avvikles. Ekstrauken kan tas ut samlet eller med en eller flere dager om gangen. Arbeidsgiver må gis minst to ukers varsel før denne ferien tas ut.

Arbeidstaker uten full opptjening

Arbeidstakeren som ikke har opptjent fulle rettigheter til feriepengene, kan motsette seg å avvikle ferie i den utstrekning feriepengene ikke dekker lønnsbortfallet under ferien. Hvis driften av tannlegekontoret innstilles helt eller delvis på grunn av ferieavvikling, må arbeidstaker likevel finne seg i å ta ferie.

Overføring av ferie

Arbeidsgiver og arbeidstaker kan gjøre skriftlig avtale om overføring av inntil 12 virkedager til påfølgende kalenderår. Overføring av lovfestet ferie utover dette kan ikke *avtales*. Avtalefestet ferie kan imidlertid overføres i tillegg. Feriefritid som ikke blir avvirket, på grunn av sykefravær, foreldrepermi-

sjon eller en annen årsak, blir rent faktisk overført til året etter uavhengig av hvor mange dager det er snakk om.

Ferieavvikling under sykdom, foreldrepermisjon og i oppsigelsestid

Sykdom – arbeidstaker blir syk før ferien

For å kunne kreve ferien utsatt må kravet dokumenteres med legeerklæring og fremsettes senest siste arbeidsdag arbeidstaker skulle hatt før ferien.

Sykdom – arbeidstaker blir syk under ferien

Arbeidstaker som har vært helt arbeidsufør i løpet av ferien, kan kreve at et tilsvarende antall virkedager ferie utsettes og gis som ny ferie senere i ferieåret. Kravet må dokumenteres med legeerklæring og fremsettes uten ugrunnet opphold etter at arbeidet er gjenopptatt. Merk at feriedagene bare kan kreves utsatt dersom arbeidstaker har vært helt arbeidsufør og kun ved egen sykdom.

Foreldrepermisjon

Arbeidsgiver kan ikke legge ferie til permisjonstid hvor det ytes foreldrepenger etter folketrygdloven. Arbeidstaker kan imidlertid kreve av ferie avvikles i løpet av slik permisjonstid.

Oppsigelsestid

Oppsigelse fra arbeidstaker

I og med at arbeidsgiver har siste ordet om når ferien skal avvikles, kan arbeidstaker i utgangspunktet ikke kreve å få avvikle ferien i oppsigelsestiden. Hvis ferien allerede er fastsatt, er hovedregelen at arbeidsgiver ikke kan endre den på grunn av oppsigelsen uten at arbeidstaker samtykker til det. Arbeidstaker kan kreve ferie i oppsigelsesperioden hvis denne perioden sammenfaller med hovedferieperioden, eller hvis oppsigelsesfristen faller på slutten av året slik at det etter fratreddelse ikke er tid til å avvikle ferie før ferieåret er over.

Som tidligere nevnt har arbeidstaker rett til å få avvikle ferie hos eventuell ny arbeidsgiver dersom han eller hun ikke får avvirket ferie innværende år før arbeidsforhold avsluttes.

Oppsigelse fra arbeidsgiver

Hvis oppsigelsesfristen er kortere enn tre måneder kan arbeidsgiver ikke pålegge arbeidstaker å ta ferie i oppsigelsestiden. Unntaket er dersom tannlegekontoret faktisk er stengt på grunn av ferieavvikling.



World Dental Congress

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

www.world-dental-congress.org

 FDIWorldDentalCongress

 fdi_wdc

Spør advokaten

Assistenttannlegers ansvar overfor praksiseier ved negativ omtale fra pasienter på sosiale medier

✍ TONE CHRISTIN GALAASEN, ADVOKAT I NTF

Jeg er nyutdannet og har fått tilbud om jobb som assistenttannlege. Det er et punkt i kontraktsforslaget fra praksiseier som jeg ikke helt forstår. Er det vanlig og rimelig at jeg skal betale erstatning til praksiseier for «tapt goodwill» hvis en pasient legger ut en negativ omtale om meg på sosiale medier?

Svar:

Nei, dette er hverken vanlig eller rimelig. NTF fraråder denne typen klausuler av flere grunner.

Alle samarbeidsforhold er basert på en grunnleggende forutsetning om at tannleger ivaretar pasientens behov og utfører pasientbehandling i tråd med god klinisk praksis. Også tannleger som utfører fullt ut tilfredsstillende tannbehandling risikerer at pasienter av en eller annen grunn er misfornøyde. Tannleger kan som den klare hovedregel hverken forhindre eller kontrollere pasienters ytringer på sosiale medier.

For tannleger og andre som har taushetsplikt vil det heller ikke være mulig å imøtegå kritikken, uansett om den er berettiget eller uberettiget. Noen ganger er det ikke engang mulig å identifisere den som har lagt ut slike kommentarer. Iblant kan det være negativ omtale som de fleste vil forstå at ikke er rasjonell eller berettiget, og som skyldes utenforliggende forhold som ikke er spesielt knyttet til den aktuelle tannlegen.

Det er for øvrig en kjensgjerning at enkelte mennesker har lavere terskel enn andre for å

legge ut negative eller kritiske kommentarer på ulike sosiale medier. Dette gjelder på alle samfunnsområder.

Vi mener at det ikke er rimelig med klausuler som pålegger assistenttannleger økonomisk ansvar overfor praksiseier basert på forhold utenfor assistenttannlegens kontroll. Det er heller ikke grunnlag for å hevde at mer eller mindre tilfeldige kommentarer i sosiale medier påfører praksiseier et økonomisk tap, eller at kravet til årsakssammenheng er oppfylt. Denne typen klausuler vil kunne være konfliktskapende, og dermed virke mot sin formodede hensikt.

NTF mener at balanserte kontrakter som ivaretar begge parter interesser, er den beste måten å forebygge tid- og ressurskrevende konflikter. Det vises til NTFs anbefalte standardavtaler, som ligger på hjemmesiden <https://www.tannlegeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/verktoykasse.html> (logg inn på «min side»)

Snakk om etikk

Informert samtykke og privatpraktiserende tannlege

 **ANJA MICHAELIS, NTFs ETIKKRÅD**

Tradisjonelt har forholdet mellom lege/tannlege og pasient vært preget av et paternalistisk syn, der helsepersonellet visste best hva som var til pasientens beste og ofte styrte hvilken behandling som skulle gis. De siste 50 årene har dette forholdet gradvis forandret seg, og i dag vektlegges pasientens autonomi når helsevalg skal tas.

Pasientens autonomi er blant annet forankret i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette innebærer at pasienten selv antas å vite hva som er best for han/henne og at pasienten selv bestemmer over sin egen kropp.

For å gjøre pasienten i stand til å treffe avgjørelser angående sin helse, har pasienten behov for, og også krav på, informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som er tilgjengelig. Helsepersonellet må gi pasienten informasjon om behandlingsalternativer, om mulige bivirkninger og risiko, både ved å gjennomføre behandlingen og å la være.

Denne artikkelen belyser temaet informert samtykke i privatpraktiserende tannklinikk der pasientene som regel er voksne over 18 år, uten fysiske eller psykiske lidelser som kan påvirke samtykkekompetansen. (Les mer om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse). I privatpraktiserende tannklinikker vil derfor pasienter på generelt grunnlag være samtykkekompetente. Det er imidlertid viktig å poengtere at privatpraktiserende tannleger også kan møte ikke-samtykkekompetente pasienter, som for eksempel ved begynnende demens. Tannlegen vil da stå overfor et dilemma mellom pasientens autonomi og medvirkning, og pasientens helsetilstand, se artikkelen Tidende 2013; 123; 106–10.

I pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon, § 3-1. *Pasientens eller brukerens rett til medvirkning* står det:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

I Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp, § 4-1. *Hovedregel om samtykke* heter det:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

Disse to paragrafer er av stor betydning for tannlegens daglige arbeid. All helsehjelp vi yter til pasienten behøver pasientens samtykke.

Her skiller vi mellom uttrykkelig og stilltiende samtykke. Stilltiende samtykke anses å foreligge dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene forøvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen. (§4-2 Krav til samtykkets form).

Eksempler på stilltiende samtykke kan være at pasienten møter i praksis for en undersøkelse med tilhørende, nødvendige, røntgen. Et lignende tilfelle er konserverende tannbehandling, der tannlegen legger komposittfyllinger. Der kan man som regel gå ut ifra at pasienten forstår hva behandlingen innebærer og hvordan den gjennomføres. Her gjelder det allikevel at tannlegen er pliktig til å gi pasienten et skriftlig kostnadsoverslag når behandlingen er mer omfattende, samlet kostnader overstiger kr 5 000,- og behandlingen ikke skal gjennomføres i samme seanse.

Ønsker pasienten å gjennomføre behandlingen etter at han/hun har fått kostnadsoverslaget, oppfattes dette som uttrykkelig samtykke og skal journalføres.

All informasjon tannlegen gir til sin pasient skal være objektiv og skal også understreke pasientens medansvar for egen helse. Selv om pasienten ofte vil følge tannlegens råd og velge anbefalt behandling, skal våre anbefalinger basere seg på objektive kriterier og ikke på tannlegens faglige eller økonomiske interesser.

For å sikre at pasienten virkelig har forstått informasjonen om sin helsetilstand, foreslått behandling og dens konsekvenser, anbefales det å gjennomføre en samtale i rolige omgivelser, gjerne ikke på selve behandlingsrommet. Er dette ikke praktisk gjennomførbart, bør pasienten i hvert fall sitte i oppreist stilling og ha mulighet å svare og reagere på tannlegens anbefalinger. Det viser seg ofte at pasienten ikke forstår all informasjon, og det bør man sikre seg ved å spørre pasienten om dette. Ved mer omfattende behandlinger, som kan være både langvarige og dyre, anbefales det å gi pasienten kostnadsoverslaget og skriftlig informasjon med hjem og sette opp ny time for å gi pasienten tid til å fatte en beslutning. Det kan være nødvendig å gjennomføre midlertidig behandling i mellomtiden.

Vår oppgave som tannleger er å ivareta pasientens helse på vårt fagområde, og hensynet til pasienten skal være overordnet alle andre hensyn (NTFs etiske regler §1).

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

GTO

OsteoBiol benerstatning



Ideell viskositet og unike håndteringssegenskaper.

www.technomedics.no/gto

Enamel Plus

HRi Bio Function

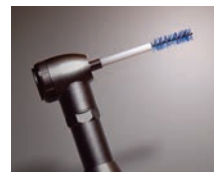


Kompositt uten Bis-GMA og frie nanopartikler.

www.technomedics.no/hri

Labrida

BioClean



Bedre og enklere vedlikehold av tannimplantater.

www.technomedics.no/labrida



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

Det er stor usikkerhet rundt avvikling av kurs i tiden fremover på grunn av koronasituasjonen. Vi ber medlemmene følge med på NTFs nettsted og ta kontakt med de respektive arrangørene for mer informasjon om kursene.

Kurs- og aktivitetskalender

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

23.–24. april	Trondheim	Midt-Norgemøtet – AVLYST
13.–14. mai	Ferdighetssenteret, Oslo	Arbeidskurs i protetikk – AVLYST
5.–6. juni	Loen	Loenmøtet – AVLYST
5.–6. juni	Kragerø	Kragerøkurset – uavklart
18.–19. juni	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium – AVLYST
27.–29. aug	Bergen	SkandEndo
29.–31. okt	Lillestrøm	NTFs Landsmøte

Andre kurs, møter og aktiviteter

4.–5. juni	Oslo	Forum for tillitsvalgte – AVLYST
9.–10. juni	Sandefjord	Samfunnsodontologisk forum – AVLYST
13.–14. aug	Bella Center Copenhagen	Tandfaglige Dage
20. aug	Nettmøte	Møte i Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
26.–27. aug	Nettmøte	NTFs hovedstyremøte
2.–4. sep	Praha	Videregående kurs for tillitsvalgte i KS-området – AVLYST
1.–14. sep	Shanghai	FDI World Dental Congress – AVLYST
24.–25. sep	Nettmøte	Møte i NTFs fag- og etterutdanningsutvalg
8. okt	Nettmøte	Møte i Sentralt Forhandlingsutvalg (SF)
15. okt	Nettmøte	NTFs hovedstyremøte
11.–13. nov	Gøteborg	Swedental og Riksstämman 2020
25.–26. nov	Nettmøte	NTFs hovedstyremøte
26.–27. nov	Nettmøte	NTFs ledermøte
10.–11. des	Nettmøte	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: Utsatt. Ny dato avtales.
Modul 7 – Restorativ behandling	Østfold, Sarpsborg	1. samling: 31. jan.–1. febr. 2. samling: Utsatt. Ny dato avtales.
Modul 8 – Spesielle faglige utfordringer	Nordland, Bodø	1. samling: 28.–29. januar 2. samling: Utsatt. Ny dato avtales.
Modul 9 – Endodonti	Troms, Tromsø	1. samling: 11.–12. februar 2. samling: Utsatt. Ny dato avtales.
Modul 10 – Periodontale sykdommer	Vestfold, Larvik	1. samling: 23.–24. januar 2. samling: Utsatt. Ny dato avtales.

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.

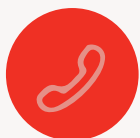
SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

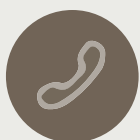


Trenger du noen å snakke med?



Hjelpetelefonen
116 123

Åpent hele døgnet, alle dager.



Foreldresupport
116 123 (tast 2)

Telefon og chat åpent hele døgnet, alle dager.



Sidetmedord
www.sidetmedord.no

Anonyme meldinger kan sendes døgnet rundt.
Chat er åpen: kl. 08-23 alle dager.



Arbeidslivstelefonen
225 66 700

Telefonen er åpen kl. 09-15 mandag til fredag,
(To. kl. 09-18). Chat: Ti. kl. 12-15 og to. kl. 12-17.

Inntektstap for fagmediene, inkludert Tidende

Flere frykter både tapte annonseinntekter og permitteringer, melder medieorganisasjonen Fagpressen, der Tidende er et av 220 medlemsblader.

Tidende opplever også svikt i annonseinntektene. Tidende har ikke, slik situasjonen er i slutten av mars 2020, foretatt endringer i utgivelsesplanen for de trykte utgavene.

Fagpressen kan etter to spørreundersøkelser blant medlemsbladene siden 12. mars foreløpig kvantifisere et estimert annonsetap i månedene mars til mai i år på omlag 50 prosent for trykte utgaver og 90 prosent for de digitale.

Samtidig var årsomsetningen i 2019 489 millioner, fordelt med 140 millioner kroner

digitalt og 350 millioner kroner på papir. Det gir et perspektiv på inntektstapet.

Kompensasjon for tapte annonseinntekter er et viktig tema for Fagpressen i kontakten med myndighetene. Et annet viktig tema er å fremskynde prosessen med å få innført MVA-fri-tak for de digitale utgavene av fagmediene.

I uke 13 viser Fagpressens undersøkelse blant medlemsbladene at drøyt 14 prosent har planer om å endre utgivelsesplanen for de trykte utgavene, 50 prosent forventer kraftig reduksjon i annonseinntekten og 10 prosent har sendt ut varsel om permittering, mens 19 prosent tror det kan bli aktuelt å permittere folk på lengre sikt.

Personalia

Dødsfall

Anna Helene Solbakken, f. 15.11.1946, tannlegeeksamen 1971, d. 05.03.2020

Arne Steen-Hansen, f. 08.11.1933, tannlegeeksamen 1957, d. 17.11.2019

Bjørn Furset, 22.03.1946, tannlegeeksamen 1978, d. 13.11.2019

Bjørn Otto Halvorsen, f. 15.07.1950, tannlegeeksamen 1979, d. 26.02.2020

<< tilbakeblikk

19
20

Regnskap for innsamlingen til østerrikske kolleger

Totalt 5 873,72 kroner er samlet inn og er anvendt saaledes:

720 kg margarin – kr 1 872,00,

840 kg corned Beef – kr 1 300,00

940 kg sukret kond. melk – 2 388,77

Overført til Hungersnødkomiteen: 312,95

Grunden til at innsamlingen ikke gav et endda bedre resultat er, at flere tandlæger før har ydet bidrag direkte til den offentlige innsamling.

Flere tandlæger har tilbudt sig at ta østerrikske kollegers barn i pleie; men da man intet mere har hørt fra komiteen i Wien, besluttedes at sende en skrivelse til komiteen og meddele at det nu blir for sent at motta barnene.

🕒 **Fra spalten Meddelelser fra hovedstyret**
Hefte 3, mars 2020

19
70

Januarkursene 1970

«På vegne av NTFs fagnevnd ønsket kollega Kari Ottesen de tre deltagerne velkommen og introduserte kursgiveren, professor von der Fehr.

Kursgiveren pekte innledningsvis på det merkelige forhold at vår kjennskap til kariesetiologien og kariesprofylaksen ikke har ført til noen gjennomgripende forandring i vår behandling av sykdommen. ...

... Det er således grunn til å hevde at kostholdets betydning for etablering av en optimal kariesresistens har vært tillagt for stor betydning. Det har vist seg at det har liten eller ingen betydning for tennene å øke mineraltilførselen utover det optimale under tennenes dannelsesperiode eller senere, men det er selvsagt av betydning at man får en kost som er optimal for organismen som helhet.

Når det gjelder inntak av fluor, er imidlertid bildet et annet. Vi fikk referert de nå så klassiske undersøkelser fra høykaries- og lavkariesområder i USA hvor fluor peker seg ut som årsak til økt resistens i lavkariesområder ...»

🕒 **Fra Tidende nr. 4, april 1970**

20
10

Etikkhjørnet, en nyskapning i landsmøtesammenheng

På landsmøtet 2009 var det første gang NTFs medlemmer kunne stikke innom etikkhjørnet og legge frem synspunkter på de etiske reglene, diskutere etiske problemstillinger, komme med etiske refleksjoner eller kun ta en kopp kaffe sammen med de av medlemmene fra NTFs råd for tannlegeetikk (Etisk råd) som bemannet hjørnet til enhver tid.

🕒 **Fra Tidende nr. 5, april 1970**

30 millioner til forskning på spredning og effekter av koronaviruset

I en hasteutlysning lyste Forskningsrådet 6. mars ut inntil 30 millioner kroner til forskning på spørsmål som er relevante for å håndtere koronavirusutbruddet. Forskningen skal bidra til å evaluere behandling og gi systematisk kunnskap om spredningen og effektene av viruset

Koronaviruset har kommet til Norge og påvirker store deler av samfunnet, og særlig hardt rammet er helsetjenesten, skriver Forskningsrådet. Gjennom en hasteutlysning vil Forskningsrådet nå bidra til at vi får systematisk kunnskap som er relevant for virusutbruddet. Norske miljøer vil kunne delta i det internasjonale samarbeidet som er knyttet til å evaluere nye behandlinger, og vi vil få dybdeinnsikt i hvordan vi som samfunn responderer på epidemien.

Tilsammen lyses det ut inntil 30 millioner kroner som norske forskere kan søke om.

– Jeg er veldig glad for at Forskningsrådet i samarbeid med de regionale helseforetakene så raskt lyser ut midler til forskning på koronaviruset. Det kan gi oss viktig kunnskap for å håndtere lignende utbrudd i fremtiden, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Også forskning- og høyere utdanningsminister Henrik Asheim (H) er positiv.

– Forskning er nøkkelen til å møte mange av de store samfunnsutfordringene vi står overfor, og dette er et utmerket eksempel på dette. Norge har svært gode forskningsmiljøer, og vi venter at det vil komme mange gode prosjekter ut av disse pengene, sier han.

Det er viktig å starte forskningen mens epidemien fortsatt er i en tidlig fase, og tidsplanen er stram.

– Vi mangler fortsatt mye kunnskap om koronaviruset sier administrerende direktør i Forskningsrådet John-Arne Røttingen. Vi vet blant annet ikke hvor smittomt viruset egentlig er, hva som bidrar til spredning, hvilke risikofaktorer som påvirker spredning og sykелighet og hvor alvorlig infeksjonen er. Derfor trenger vi forskning som gir oss nødvendig kunnskap for å håndtere dette viruset på best mulig måte, og som vil være svært verdifull neste gang det bryter ut et utbrudd sier Røttingen.

Forskerne har frist for å melde sin interesse allerede 16. mars og alle som melder sin interesse vil få en tilbakemelding i løpet av få dager. Frist for å sende inn full søknad er 31. mars, og Forskningsrådet vil deretter få behandlet søknadene så raskt som praktisk mulig slik at søkerne kan få svar rett over påske. Prosjektene vil vare fra 12 til 24 måneder.

– Norge har i utgangspunktet ikke satt av forskningsmidler for å komme i gang med slike hasteutlysninger, og våre programmer er langt mer langsiktige enn dette sier Røttingen. Vi er derfor veldig glade for at vi har klart å få ut denne utlysningen i god dialog med de regionale helseforetakene og departementene, sier han.

Zirkonzahn®



HONOUR YOUR PATIENTS

Ultratynne non-prep fasetter, fremstilt av polychromatisk Prettau® 2 Dispersive® zirconia
Ny cementeringsteknikk

FOREDRAGSTURNE I SCANDINAVIA 2020
FOR INFORMASJON KONTAKT:
BARBARA.SCHWINGSHACKL@ZIRKONZAHN.COM
T +39 0474 066 721

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

Høytidelig prisoverrekkelse fra Olav Thon-stiftelsen

Prosjektet *La oss lage bein* ved odontologi ved Universitetet i Bergen fikk tildelt nesten 10 millioner kroner ved en høytidelighet i Universitetets aula i Oslo den 5. mars.

Ved høytideligheten ble det delt ut en internasjonal forskningspris til Vilhelm A. Bohr (innen molekylær gerontologi, Maryland og København), og priser til fremragende undervisning, til studentaktiv forskning i tillegg til støtte til nordisk forskning i medisin, som gruppen fra UiB fikk tildeling fra.



Tildelingen av pris til *La oss lage bein*. Fra venstre: Cecilie Gjerde (UiB); Susanna Miettinen (Tampere University, Finland); Kamal Babikeir Eln Mustafa (UiB, prosjektleder); Olav Thon og Jan Erling Bäckval (Stockholms universitet, Sverige – medlem av «Advisory Committee for the International Research Prize, Olav Thon Foundation»). Foto: Terje Heiestad, UiO.

Kurser för ett hållbart arbetsliv

Kurser för all tandvårds-personal!

Gå en kurs i Sverige!
 Kontakta oss för bokning:
kurs@tandlakarforbundet.se
 Välkommen.

Sveriges Tandläkarförbund

ANMÄL DIG FÖRE 24 APRIL, DÄREFTER I MÅN AV PLATS, PÅ TANDLAKARFORBUNDET.SE

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

tidende

Frister og utgivelsesplan 2020

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
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

ROGALAND

Det søkes tannlege til en godt innarbeidet og veldrevet solopraksis i sør-Rogaland. 2 behandlingsrom med moderne utstyr. Trivelige og takknemlige pasienter. Nære samarbeidsmuligheter med oral kirurg og andre tannleger. Gode lønnsbetingelser og fleksibilitet. Tiltredelse sommer/høst 2020 evt. etter avtale. Kontaktinfo: tannlege4@gmail.com

ASSISTENTTANNLEGE STAVANGER

Jeg søker en kvalitetsbevisst og omgjengelig assistenttannlege i 100 % stilling til en travel og veletablert praksis lokalisert på Forus. Klinikken er en del av Forus Helsecenter med 2 tannleger, 2 tannhelsesekretærer, 3 leger og 3 helsesekretærer, i et svært godt arbeidsmiljø. Senteret er selveid. Godt pasientgrunnlag og god inntjening. Gode muligheter for faglig utvikling. Det er ønske om langsiktig samarbeid der kompaniskap kan bli aktuelt på sikt. Tiltredelse medio 2020 eller etter avtale. Kvalifikasjoner – norsk autorisasjon, må beherske norsk skriftlig og muntlig. Søknad, cv og referanse sendes til mail: tjosevik@gmail.com. Spørsmål kan rettes til: Tore Tjosevik – Mob. Kveld 90739791

TANNLEGE ØNSKES I SKIEN

Grunnet svangerskapspermisjon søkes tannlege i 100 % stilling i tidsrommet juli/ august, 2020 – våren 2021. Vi er fire tannleger i en travel og hyggelig praksis i Skien sentrum. Du bør være faglig interessert, positiv og selvstendig.

Søknad kan sendes til tannlegeholler@gmail.com.

Ved spørsmål, ta kontakt på mail eller tlf 91559499.

SPES. ENDO. VESTBY

Vi søker spes. endo. til 60 %+ stilling til Vestby (ca. 25min sør for Oslo) pga. pensjonering. Stor henvisningsbase allerede etablert. Fra sommer 2020, med mulighet for umiddelbar delvis oppstart. Gode inntjeningsmuligheter. Send CV eller spørsmål til cathrine@tannlegesenter.as

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

SPESIALISTER SØKES

Spesialister i Endodonti, Oral kirurgi og Periodonti søkes til ny og topp moderne tannklinikk beliggende sentralt i Kristiansand. Vi er for tiden fire erfarne tannleger og en tannpleier som jobber ved klinikken. Godt pasientgrunnlag. Vi ser for oss at du/dere arbeider hos oss noen dager i måneden, etter avtale.

Interesserte bes kontakte oss på mail: post@markentannlegesenter.no

Hilsen oss på markens tannlegesenter www.markentannlegesenter.no



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelse Rogaland.no.



KONGSBERG

Vi er en moderne, veletablert tannklinikk, i lyse, trivelige lokaler, med 4 beh.rom i Kongsberg.
Vi er 3 tannleger, tannpleier og 3 assistenter i et kollegialt og hyggelig arbeidsmiljø. En av tannlegene har nå oppnådd pensjonsalder. Vi søker derfor en ny kollega, i første omgang, som et vikariat 1.5.20–1.9.20, med mulighet for fast engasjement videre. Du må være kvalitetsbevisst, samvittighetsfull, pålitelig, og må kunne arbeide selvstendig.
CV og ev. referanser sendes til kontakt@tannlegenebommen.no
Vi ser fram til å høre fra deg.

TANNLEGE SØKES

til klinikk i vekst, stor pasient tilgang, heltidsstilling, ta kontakt på drvimalan@gmail.com

KJØP & SALG

BERGEN SENTRUM

Velutstyrt og moderne tannklinikk med godt pasientgrunnlag selges.
Klinikken har 2 behandlingsrom,OPG og romslige lokaler.
For nærmere opplysninger, kontakt mv@phari.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på www.helse-mr.no

ØNH og Kjevekirurgi Molde og Kristiansund

Oralkirurg

Vi har ledig 100 % fast stilling for spesialist i oral kirurgi og oral medisin fra 01.06.2020 ved kjevekirurgisk seksjon, Molde sjukehus. Seksjonen har 2 stillinger for spesialist i oral kirurgi. Vi har poliklinikk med 3 behandlingsrom/operasjonsstue og digitalt røntgen. Seng i kirurgisk avdeling.

Stillinga blir kombinert med 50 % utleige som oralkirurg i DOT Møre og Romsdal Fylkeskommune, arbeidsstad Kompetanseklinikken, St. Carolus, Molde. Til samman blir det ei 100 % stilling.

Søknadsfrist: 30. april 2020

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.

Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.



HELSE MØRE OG ROMSDAL

– På lag med deg for helsa di

frantz.no

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



AURA

BIOFILM MANAGEMENT

- > En komplett air polisher for din unit.
- > Fjerner missfargninger supragingivalt samt biofilm subgingivalt.
- > Effektiv og smidig polisher. Spisser og pulver følger med.
- > Monteres enkelt på turbinens hurtigkobling.



Subgingival



Supragingival



Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic for ytterligere informasjon.
W&H Nordic, t: 406 45 612 Emil, eller 913 30913 Ivar,
e: office@whnordic.no, wh.com   :whnordic

proxéo AURA