tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
131. ÅRGANG · #12 · 2021

NY OG FORBEDRET!

ScanOrder

- Nå med full lagerstyring

Vi har lansert en ny og forbedret ScanOrder, nå med funksjonen Lagerstyring. Du velger selv om du ønsker å ta i bruk Lagerstyring eller å kun bruke den enkle Scan og Bestill delen.

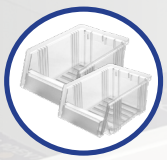
Ønsker du tilgang til Lagerstyring i din ScanOrder?

Ta kontakt med oss , vi hjelper deg i gang!

Spar tid med Scann og bestill
- rask, enkel og effektiv varebestilling

NYHET! Full Lagerstyring
- gir deg fullstendig kontroll og oversikt over din beholdning, bestillinger og restordre.

NYHET! Enkel, tidsbesparende varetelling
- varetellingsfunksjon som gir deg komplette lister rett i mailboksen, klar for din regnskapsfører.



Frivillig bokssystem
- vi tilbyr praktiske, gjennomsiktige bokser som gir god oversikt på lageret, dersom du ønsker bokssystem.

LIC SCADENTA

Er du interessert i ScanOrder?

Ta kontakt med oss, vi hjelper deg i gang!

www.licscadenta.no / 67 80 58 80 / forbruk@licscadenta.no

1085–1228

1086 Siste nytt først

1089 Leder

Norsk fagspråk gir mer kunnskap

1091 Presidenten har ordet

Takk for meg!

1092 Vitenskapelige artikler

1092 Sabrena Amjad, Ifrah Ahmed, Sana Shaddiq, Henning Sørum og Hans R. Preus: Klorheksidinresistens. Et problem i emning
1098 Tore Solheim, Kristian Haugen: Holdninger til protesemerking blant sykehjemsbestyrere og tannleger
1106 Vegard Berg Vårum, Maria Mavragani, Marit Slåttelid Skeie, Sindre Andre Pedersen, Abhijit Sen: Uønskede effekter ved kjeveortopediske retainere. En systematisk litteraturoversikt og kliniske sjekkpunkter for allmenntannlegen

1120 OVERSIKTSARTIKKEL

1120 Ulla Moberg Sköld, Jukka H. Meurman, Roland Jonsson och Dowen Birkhed: Reumatoid artrit, Sjögrens syndrom och karies. Så kan patienterna minska risken för karies

1132 Doktorgrad

1132 Hege Nermo: Angst for tannbehandling blant ungdom og voksne

1138 Kronikk

1138 Hvor godt er egentlig tannhelsetjenesten organisert?

1140 Aktuelt

1140 Intervju med Camilla Hansen Steinum
1144 Begynner utenlands og fullfører tannlegestudiet i Norge

1146 NTFS LANDSMØTE 2021

1146 Pandemien som forstørrelsesglass og katalysator
1148 Hvordan lage enda bedre komposittfyllinger?
1150 Når bør rotfyllingen revideres?
1152 Kliniske bilder i journal og på web
1154 CBCT til bruk i diagnostikk og behandlingsplanlegging
1155 Periodontal behandling – hvordan lykkes?
1156 Tanntraumer
1157 Slimhinner
1158 «Aligners» – justering av tannstilling med sekvensiell skinnebehandling
1159 3D-printing
1160 Apnéskinner
1161 Når pasienten ikke forstår
1163 Etikk i den kliniske hverdagen – refleksjon og praktisk problemløsning
1166 Nordental 2021: Etterlengtet, kompakt og vellykket

1174 Fra NTF

1174 Åpningen av NTFs landsmøte 2021
1175 Tale ved åpning av landsmøtet 2021
1182 Takk for i år – NTFs landsmøte 2021
1185 Gjør kloke valg
1186 Priser og hederstegn på årets landsmøte
1188 NTF hører fra seg
1190 Valg
1192 God jul!
1193 NTFs symposium 2022
1194 TSE vår
1195 Nettkurs
1196 Arbeidsliv: Arbeidskontrakten
1198 Spør advokaten: Hva gjør jeg når pasienten ikke betaler?
1200 Oversikt over kollegahjelpere
1201 Snakk om etikk: Uttalelser i tradisjonelle og sosiale medier
1202 Kurs- og aktivitetskalender

1204 Notabene

1204 Tilbakeblikk
1204 Personalia

1207 Boknytt

1209 Kollegiale henvisninger

1226 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Antibiotikabruken fortsetter å falle

Foto: YAY Images

De ti første månedene i år ligger antibiotikaforbruket seks prosent lavere enn samme periode i fjor. Sammenlignet med 2012 har forbruket falt med 36 prosent per 1 000 innbygger.

Det viser ferske tall fra Farmaloggs legemiddelstatistikk som Apotekforeningen innhentet i forbindelse med Verdens antibiotikadag 18. november.

Myndighetenes målsetning i Handlingsplan mot antibiotikaresistens, var at bruken av antibiotika til mennesker skulle reduseres med 30 prosent fra 2012 til 2020. Statistikken viser at bruken var redusert med 32 prosent ved utgangen av 2020. I 2021 har den positive utviklingen fortsatt, og er ned 36 prosent sammenlignet med 2012.

– Det er veldig positivt at helsetjenesten har klart å nå det ambisiøse målet i handlingsplanen, og at utviklingen fortsetter i år. Redusert antibiotikabruk er det viktigste våpenet for å bekjempe resistens, og dermed beholde antibiotika som et effektivt legemiddel mot infeksjoner, sier fagdirektør Hanne Andresen i Apotekforeningen.

Andresen tror den positive utviklingen er godt hjulpet av koronapandemien, som har ført til færre bakterieinfeksjoner i fjor og i år. I 2019 økte bruken av antibiotika noe, men denne økningen er snudd til kraftig reduksjon i fjor, en utvikling som er videreført i år.

Tallene for primærhelsetjenesten viser en enda mer positiv utvikling. Antall solgte doser fra apotekene unntatt sykehusapotekene er redusert med nesten 38 prosent pr 1000 innbygger i perioden januar til oktober i år, sammenlignet med samme periode i 2012. Antall doser som er utlevert gjennom sykehusapotekene er redusert med 29 prosent.

– Dette viser at fastlegene har gjort en kjempeinnsats for å redusere bruken av antibiotika, og at sykehuslegene er på god vei etter. Det som er synd, er at sykehusenes bruk av bredspektret antibiotika er det som har minst reduksjon. Bredspektret antibiotika representerer den største risikoen for resistensutvikling, sier Andresen.

Agder er det fylket der det brukes mest antibiotika per innbygger, fulgt av Vestfold og Telemark og Troms og Finnmark. Hittil i år har Egdene brukt ni prosent mer antibiotika enn landsgjennomsnittet. I alle de øvrige fylkene er avviket fra gjennomsnittet innenfor +/- 3 prosentpoeng.

Det brukes minst antibiotika i Rogaland, Viken og Trøndelag.

– Jeg oppfatter det som positivt at det er ganske små fylkesforskjeller. Det indikerer at retningslinjene for bruk av antibiotika blir praktisert ganske likt i hele landet. De forskjellene som er, kan sannsynligvis forklares med forskjeller i sykdomsbyrden, tror Hanne Andresen.

Tallene viser imidlertid ganske store forskjeller mellom fylkene når det gjelder reduksjon i antibiotikabruken. I Oslo har det vært en reduksjon på over 40 prosent fra 2012, mens den laveste nedgangen er i Vestfold og Telemark, med 33 prosent.

Om tallene: Alle tall gjelder perioden januar til oktober for årene 2012 til 2021, for å kunne sammenligne over år frem til 2021. Alle prosentvise endringer gjelder per 1000 innbygger, og hensyntar endringer i folkemengden. Alle tall gjelder salg av antibiotika fra apotek per fylke. Det kan dermed være noe avvik mellom hvor brukeren er bosatt, og hvor antibiotikumet er hentet ut fra apotek. Hvis ikke annet er oppgitt omfatter tallene både salg fra sykehusapotek, som hovedsakelig leverer til sykehusene, og primærapotekene som leverer direkte til publikum. Tallene omfatter ikke metenamin, som er et antibakterielt middel som ikke forårsaker resistensutvikling.

De har formidlet kunnskap slik at alle forstår

Foto: Akademikerne

Line Vold fra Folkehelseinstituttet (FHI) og assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad mottok årets Akademikerpris for sin kunnskapsformidling under koronakrisen.

Akademikerprisens jury mener at «årets prisvinnere har fremstått som eksepsjonelt gode og trygge formidlere i situasjonen landet har stått i».

– De har formidlet forskningsbasert kunnskap og kompliserte faglige vurderinger slik at alle forstår. Samtidig har de også klart å formidle, på en trygg og åpen måte, både usikkerhet og faglig uenighet, sa juryleder Merete Nilsson under overrekkelsen under Akademikernes høstkonferanse i november.

Line Vold fremhevet den høye tilliten til myndigheten som et godt utgangspunkt for å kommunisere til den norske befolkningen.

– Jeg tror i et land som Norge at folk hadde vært mer skeptiske til rådene dersom alle fagfolk var helt enige, når vi vet at dette er en ny sykdom. Det har vært viktig å være åpen om det vi vet og ikke vet, og justere oss når vi får ny kunnskap, sa Vold.

Nakstad understreket at de har måttet tenke enkelt:

– Alle må få vite hva de kan gjøre for å bidra. Det har vært stor usikkerhet, men noe må man gjøre. Forskning kan ikke gi svar for alt, og vi har også måttet bruke sunn fornuft. Og så har vi fått god hjelp fra mediene, folk flest og fra solide fagmiljøer, sa Nakstad.

– Vold og Nakstad har demonstrert verdien av tung fagkunnskap kombinert med fantastisk formidling i en krisesituasjon, sier jurylederen.

– Årets vinnere har gjennom koronakrisen vist hvor avgjørende det er med akademisk kunnskap i byråkratiet, og sammen med sine kolleger har de vært helt sentrale for å lose oss trygt igjennom pandemien. De er begge eksepsjonelt gode og trygge formidlere, og er nærmest blitt byråkratiets superstjerner, sier Merete Nilsson videre.

– Jeg mener vi som akademikere har grunn til å være stolte av det norske byråkratiet, sier Line Vold, avdelingsdirektør i Folkehelseinstituttets avdeling for smittevern og beredskap.

Vold og Nakstad mener det er spesielt fint å få prisen i en situasjon der de har formidlet mange råd til befolkningen om å gjøre ting de færreste ønsker, og vært ærlige om at rådene har vært basert på et nokså svakt kunnskapsgrunnlag:

– Det har ikke vært noen selvfølge at det skulle gå bra – men jeg tror åpenheten om usikkerhet i kunnskap og også diskusjonene oss imellom kan ha bidratt til at både media og folk flest har fått god innsikt i det vi jobber med. Plutselig vet mange både hva helgenomsekvensering og reproduksjonstallet R er. Og hvordan vi beskytter oss mot smitte. Det er egentlig helt fabelaktig, sier Vold.

– Falske nyheter og konspirasjonsteorier gjør seg gjeldende rundt om i verden. Årets prisvinnere har sin del av æren for at nordmenn har hatt stor tillit til myndighetene under krisen, sier juryleder Merete Nilsson.

Siden 2008 har Akademikerne delt ut Akademikerprisen. Prisens formål er å hedre norske eller utenlandske enkeltpersoner for deres bidrag til akademisk frihet og for å støtte deres arbeid i kunnskapsformidling og å oppmuntre til videre innsats.

Dansk CED-president

Foto: Jeppe Carlsen/Dansk Tandlægeforeningen.

Danske Freddie Sloth-Lisbjerg ble i november valgt til ny president i Council of European Dentists (CED). Sloth-Lisbjerg var president i NTFs danske søsterorganisasjon, Tandlægeforeningen, fra 2011 til 2018.

I sin søknad til CED understreket han blant annet at de nasjonale organisasjonene må jobbe hardt for å være gode nok til å finne løsninger, både overfor myndighetene, og for pasientene og også for tannlegene. Han la også vekt på tannlegeutdanningen, som synes å være under press i mange land.

I en pressemelding fra Tandlægeforeningen sier Sloth-Lisbjerg at noe av det han vil ha særlig oppmerksomhet på er å skape en sterk felles europeisk stemme som kjemper for både tannlegers arbeidsbetingelser og tannhelsen.

– Jeg ser en stigning i EU-lovgivningen på vårt område og det er derfor viktig at vi sikrer innflytelse så vi kan påvirke lovgivningen til beste for både tannleger og pasienter, sier CEDs nye president, som har sittet i styret i organisasjonen i fem år og nå overtar etter italienske Marco Landi som president.

CED er EU-landenes tannlegeforening, som representerer 340 000 tannleger fra 31 land. Foreningen er en offisielt anerkjent EU-institusjon, er høringsberettiget og er med i ulike rådgivende EU-utvalg. Styret i CED består av åtte tannleger fra åtte ulike land.

Vanskelig for seniorene å få ny jobb

Eldre arbeidstakere sliter med å få ny jobb. Det viser en ny lederundersøkelse fra Senter for seniorpolitikk.

Årets tall fra Norsk Seniorpolitisk barometer viser at eldre arbeidstakere fortsatt har store utfordringer når de vil ha ny jobb: Ledere nøler med å innkalle kvalifiserte søkere til jobbintervju når søkerne er blitt 59 år.

Det er imidlertid stor forskjell på privat og offentlig sektor. Og det er stor forskjell på små og store virksomheter. Dessuten er kvinnelige ledere mer positive til seniorene, og eldre ledere er mer positive til senior arbeidstakere.

– Senior arbeidssøkere har best sjanse når de søker jobb hos eldre kvinnelige ledere i offentlig sektor, sier direktør ved Senter for seniorpolitikk Kari Østerud.

Barometeret viser at åtte av ti ledere mener at deres ansatte over 60 år presterer like godt som de yngre medarbeiderne. Lederne mener også at seniorene har håndtert koronasituasjonen like godt som sine yngre kollegaer.

Seniorer får likevel ikke være med når ny teknologi og nye arbeidsmetoder skal tas i bruk.

I Norge er 22 prosent av arbeidskraften over 55 år. Av alle personer mellom 55 og 66 år er det 67 prosent som jobber.

– Seniorene gjør en stor innsats i alle bransjer. Når økonomene nå forventer at arbeidsmarkedet vil bli strammere fremover, vil det bli enda viktigere for virksomhetene å utvikle kompetansen de allerede har på huset, sier Østerud.

Norsk seniorpolitisk barometer gjennomføres årlig av Ipsos på oppdrag fra Senter for seniorpolitikk. I år er 1 200 ledere i offentlig og privat sektor blitt intervjuet om sine holdninger til og oppfatninger av eldre arbeidstakere.

TannSpes
TannlegeSpesialistene i Oslo
Henvisningsklinikk
på Vinderen i Oslo
tlf: 22 20 50 50 post@tannspes.nhn.no www.tannspes.no
RAGNAR BJERING
Kjeveortoped, PhD
ANDERS VALNES
Kjeve- og ansiktsradiolog
KARL IVER HANVOLD
Oralkirurg, kjevekirurg
BANO SINGH
Tannlege, PhD
BJØRN EINAR DAHL
Protetiker, PhD

Foto: UiO

NIOM lanserer kurs

Læring tilpasset dine behov

Som et ledd i NIOMs arbeid for trygg og effektiv tannhelse i Norden, tilbyr vi kurs til tannhelsetjenesten. Vi har kurspakker som styrker hele teamet, uavhengig av bakgrunnskunnskaper.

Eksempler på tema er materialvalg, behandling av dyp karies og erosjoner, og biokompatibilitet. Vi leverer både online læring, og fysiske kurs på ønsket sted.

Alle våre kurs skreddersys til ønsket lengde og mål-gruppe. Passer det med en kort innføring eller ønsker dere en grundig fordypning?

Ta kontakt med oss i dag for å høre mer.

NIOM
www.niom.no
Tlf: (+47) 67 51 22 00
E-post: niom@niom.no
Sognsveien 70 A, 0855 OSLO, Norway

NIOM
Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer

REDAKTØRANSVAR

FORSIDEILLUSTRAJON
grom.no, Inger Høj og Katrine Tveit

REDAKSJON
Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi
Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Aas
Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes
Redaksjonsråd/Editorial Board:
Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen, Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Anne Christine Johannesen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson, Nina J. Wang, Marit Øilo
Redaksjonskomité:
Jon E. Dahl, Anders Godberg, Malin Jonsson , Kristin S. Klock, Anne Rønneberg

ABONNEMENT
For ikke-medlemmer og andre abonnenter:
NOK 2 300,-

ANNONSER
Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,
Tlf: 977 58 527
e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE
Haakon VIIs gate 6,
PB 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf: 22 54 74 00
E-post: tidende@tannlegeforeningen.no
www.tannlegetidende.no

UTGIVER
Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303
Opplag: 7050, 11 nummer per år
Parallellpublisering og trykk: 07 Media
Grafisk design: 07 Media

Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Alt som publiesres 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

TRYKT I NORGE NO - 1470

Fagpressen OPPLAGSKONTROLLERT

MILJØMERKET TRYKKERI 07 MEDIA – 2041 0378

Norsk fagspråk gir mer kunnskap

Foto: Kristin Aafley

Vi kan vel slå fast at de helt store endringene på tannhelsefeltet, som kanskje var ventet å komme i forbindelse med ny regjering, hittil er uteblitt. Selv om noe er skjedd nå når SV har fått innflytelse over statsbudsjettet for 2022.

Samtidig skjer det i høyeste grad noe på covid-19-fronten. I skrivende stund har regjeringen pressekonferanse og melder om nye tiltak i deler av landet. Hvordan vi blir berørt i tiden fremover er uavklart.

Noe annet, som vi vet kommer, er den nye språkloven. Den er vedtatt, og den trer i kraft ved årsskiftet, om bare et par uker.

Språkloven, sammen med universitets- og høyskoleloven, slår fast at kunnskapssektoren har et lovpålagt ansvar for å ta vare på det norske fagspråket – i stedet for å la det bli erstattet av engelsk.

Nordmenn er ganske gode i engelsk. Vi blir bedre og bedre. Det er det som er så dumt, for da tror vi at vi kan lese alt mulig på engelsk, til og med spesialisert fagspråk, og få det samme utbyttet som om vi leser på norsk. Det kan vi ikke. For vi er ikke gode nok, de fleste av oss. Langt ifra. Vi bare tror det. Og det taper vi på.

Språkdagen, arrangert av Språkrådet i november, var en fin feiring av den nye språkloven, med ulike innlegg og debatter. Debatten *Ingen fag å miste* tok for seg akkurat dette med fagformidling på norsk. Deltakerne var politikere fra Kunnskapsdepartementet og personer fra blant annet Forskningsrådet og Universitets- og høyskolerådet. Med andre ord folk som er opptatt av høyere utdanning, forskning og formidling – og, viste det seg: av å bevare og styrke norsk fagspråk.

Målet til departementet, uttalt av statssekretæren for forskning og høyere utdanning, er å flate ut nedgangen i bruken av norsk fagspråk. En nedgang som omtales som urovekkende. Norsk språk skal løftes frem innen både undervisning og forskning, og på alle fagområder, ble det sagt. En litt vag formulering, vil jeg si. Like fullt: Det må skje en endring, relativt raskt, sa statssekretæren. Det går mot domenetap på felt der norsk språk sto sterkt for kort tid siden, sa han videre. Og han sa at han er alvorstynget.

Noen tar til orde for et nytt tellekantsystem, eller en ny dimensjon innenfor tellekantsystemet – i form av en egen tellekant for fag- og forskningsformidling på norsk. Kanskje det kunne være noe?

Tidende er allerede en del av tellekantsystemet. Et nivå 1-tidsskrift, på norsk. De som publiserer i Tidende får allerede formidlingspoeng. Kanskje de kan få mer?

Norske tannlegestudenter trenger undervisere og faglitteratur som formidler faget på norsk. Norske tannleger trenger faglitteratur på norsk i sin videre- og etterutdanning. Norskspråklige pasienter trenger tannleger som snakker norsk til dem. Alt sammen fordi det er mye lettere både å lære, forstå og formidle videre på sitt eget språk. Vi kan si det på denne måten: Med norsk som formidlingsspråk oppnår vi mer kunnskap med mindre innsats. Er det ikke det som heter vinn-vinn?

Vi trenger tannleger som kan sitt eget fag best mulig, og vi trenger pasienter som forstår sin egen helse best mulig.

Tidende er med på dette. Vi publiserer originale vitenskapelige artikler og annet fagstoff på norsk, og av og til på de andre skandinaviske språkene. Og helst ikke på engelsk. Bare når vi må – en ytterst sjelden gang.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

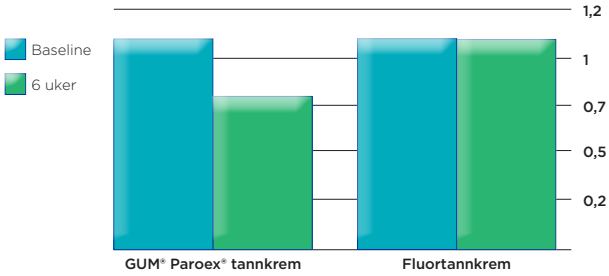
G·U·M® PAROEX®

Har dine pasienter tannkjøttsproblem?

Å skifte tannkrem er en god start!

GUM® Paroex 0,06 CHX tannkrem er den første antiseptiske tannkrem for langvarig bruk!

Klinisk bevist effektiv mot tannkjøttsykdom*



I en nylig gjennomført studie med gingivittpasienter, fikk en gruppe pusset tennene med GUM® Paroex® 0,06% tannkrem med 1450 ppm fluor i 6 uker, og en annen gruppe fikk pusset tennene med vanlig fluortannkrem (1450 ppm).

RESULTAT:

Effekt: **Etter 6 uker fant man en** signifikant gingivitt reduksjon (31%) hos pasienter som pusset tennene med GUM® Paroex® tannkrem. **I den andre gruppen kunne man ikke se noe forskjell i gingivitt hos pasientene som brukte vanlig fluortannkrem.**

Bivirkninger: Ingen av pasientene i gruppene rapporterte om bivikrninger på misfarging **av tenner eller smak.**

* "Klorhexidin i lavdose - Et effektiv til daglig munnhygene? doc Per Ramberg, Sahlgrenska Akademin, Gøteborg universitet, Publ. i TandhyginistTidning nr 4.13

GUM® Paroex® 0,06% CHX TANNKREM

- **God smak**
- Inneholder **klorhexidin**, **CPC** og **Fluor** (1450 ppm)
- **Dobbeltvirkende antibakteriell effekt** og kan brukes daglig over en lengre tid for de som trenger mer enn en vanlig tannkrem
- Pasienter bør børste tennene med **GUM® Paroex® 0,06% tannkrem** morgen og kveld, akkurat som med en vanlig tannkrem

For pasienter som trenger mer enn en vanlig tannkrem!

Boots apotek · APOTEK 1 · vitusapotek

For å få tilsendt vareprøver på GUM® Paroex Tannkrem kontakta:
sigurd.drangsholt@se.sunstar.com

Plandent · UNIDENT THE POWER OF ONE · Dental Direct as · JD JACOBSEN DENTAL AS · Tonne Dental · LIC SCADENTA

Takk for meg!

Lite visste jeg om hva som ventet meg da jeg for 10 år siden ble valgt som president i Den norske tannlegeforening. Jeg hadde riktignok vært tannlege i 10 år, jeg hadde vært leder i Østfold tannlegeforening og styremedlem i NTFs hovedstyre, men overgangen var likevel veldig stor.

Det har vært en glede og en ære, og ikke minst et stort ansvar, å få lede NTF gjennom disse ti årene. I over 135 år har foreningen samlet norske tannleger for å ivareta standens interesser, fremme kollegialt samhold og odontologisk vitenskap til beste for befolkningens orale helse. I dag er NTF en sterk profesjons- og fagforening for alle tannleger i Norge. Vi samler tannleger i alle aldre, i alle faser av yrkeslivet, i alle spesialiseringer og i ulike sektorer. Det gir oss tyngde og påvirkningskraft – og det bidrar til at NTF får gjennomslag og blir lyttet til.

Bredden i medlemsmassen og den høye organisasjonsgraden gjør at NTF blir oppfattet som en viktig og seriøs forening. Vi blir sett på som konstruktive og troverdige, nettopp fordi vi representerer en så stor og bredt sammensatt gruppe med dyktige tannleger – som evner å se befolkningens og pasientenes beste. Vi er ikke bare en interesseorganisasjon for enkeltgrupper av tannleger. NTF er en viktig samfunnsaktør med gjennomslagskraft.

Tillitsvalgtarbeid er svært givende. Det er interessant og sosialt, men det aller viktigste er muligheten til å påvirke sin egen yrkeshverdag. Jeg er stolt over det arbeidet vi sammen har utført gjennom mine fem perioder som president. Det har vært et solid teamarbeid. De mange løpende arbeidsoppgavene må håndteres samtidig med alt som oppstår underveis. For det har vært mange små og store saker og flere ekstraordinære utfordringer – fra Solberg-regjeringens forslag om å flytte ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene til håndteringen av koronapandemien.

Jeg er glad for at vi i løpet av disse årene også har evnet å utvikle og profesjonalisere foreningen. Det er viktig for stadig å kunne møte nye utfordringer og endringer både i tannhelsetjenesten og i samfunnet rundt oss. Foreningen har i dag en ganske annen posisjon i samfunnet enn det vi hadde da jeg ble valgt første gang. NTF er nå synlig i mediebildet som eksperten på tannhelsefeltet, og vi har gode forbindelser og jevnlig dialog med politikere og andre viktige beslutningstagere. Vi har også stabile samarbeidsrelasjoner med andre aktører i helsetjenesten og med våre samarbeidspartnere i akademikerfellesskapet. Det er viktig. Vi er en liten forening, men vi representerer en høyt utdannet og spesialisert gruppe helsepersonell som spiller en betydelig rolle i helsetjenesten. Ved å samarbeid med andre synliggjør vi dette på en best mulig måte.

Foto: Kristin Aksnes.

Jeg håper og tror at NTF også i fremtiden vil være en samlet forening, for alle norske tannleger.

Gjennom min tid i NTF har jeg møtt utrolig mange flotte mennesker. Foreningen har så mange dyktige lokale og sentrale tillitsvalgte og enda flere engasjerte og dedikerte medlemmer. Mange kan jeg nå kalle venner – og de forsvinner heldigvis ikke selv om jeg nå avslutter min lange periode som tillitsvalgt i NTF.

Jeg vil sende en varm takk til alle dem jeg har vært så heldig å bli kjent med, og til alle jeg har samarbeidet med i NTF, ikke minst til mine gode kolleger i hovedstyret, nå og tidligere.

Jeg må også takke generalsekretær Morten og resten av sekretariatet for godt samarbeid. Det har vært helt fantastisk fint å få lov til å jobbe så tett på de kunnskapsrike menneskene som hver dag gjør sitt aller beste for NTFs medlemmer. For en flott gjeng dere er. Takk for at dere tok meg så godt imot, takk for alle diskusjoner og samtaler, for all støtte og omsorg, og for alt jeg har lært. Jeg kommer til å savne dere!

Det å få lede Den norske tannlegeforening gjennom disse ti årene har vært både utfordrende og krevende og mye arbeid. Men det har også vært veldig spennende, givende og lærerikt.

Presidentjobben har gitt meg mange erfaringer, store opplevelser og venner for livet! Det er jeg svært takknemlig for. Jeg håper at jeg også i fremtiden får mulighet til å bidra med den kompetansen jeg har opparbeidet meg, til det beste for norsk tannhelsetjeneste.

Med dette vil jeg takke for en utrolig flott tid i NTF. Jeg ønsker dere som nå skal lede foreningen videre, lykke til med det meget arbeidet som nå ligger foran dere. Jeg er sikker på at NTF fortsatt vil være en viktig premissleverandør som kan påvirke fremtidens tannhelsepolitikk. Jeg håper og tror at NTF også i fremtiden vil være en samlet forening, for alle norske tannleger. Det er viktig! Sammen er vi sterke. Vår gjennomslagskraft og påvirkningsmulighet avhenger av at vi klarer å stå sammen som forening, både i gode og onde dager. Jeg håper alle ser viktigheten av dette, og at alle fortsatt vil arbeide sammen for å sikre at NTF forblir den **ene sterke stemmen** som taler på vegne av alle norske tannleger.

Takk for meg!

Camilla Hansen Steinum
President

HOVEDBUDSKAP

- **I tannbehandling brukes klorheksidin til forebygging av infeksjoner og etter kirurgiske inngrep i munnhulen, men bakteriell resistens mot klorheksidin er et voksende problem.**
- **De viktigste funnene i denne studien er at orale mikroorganismer så vel som *E. coli*, under gitte omstendigheter kan utvikle nedsatt ømfintlighet mot klorheksidin.**
- **De praktiske implikasjonene av disse funnene viser hvordan vår bruk av klorheksidin kan generere bakterieresistens, men også hvordan vi kan motvirke dette.**

Klorheksidin-resistens: Et problem i emning

Sabrena Amjad, Ifrah Ahmed, Sana Shaddiq, Henning Sørum og Hans R. Preus

Resistens mot profylaktisk brukte biocider mot infeksjoner er en alvorlig utfordring for menneskers helse, og trolig en større utfordring enn antibiotikaresistens. Klorheksidin brukes utstrakt til å forebygge infeksjoner i medisin, odontologi og veterinærmedisin. Resistensutvikling er derfor svært viktig å oppdage og motvirke. Målet med denne studien var å se om det gikk an å utvikle resistens mot klorheksidin in vitro i noen vanlige humane orale bakterier og *Escherichia coli*, og å diskutere mulige konsekvenser basert på dagens litteratur. Fem vanlige, klorheksidinfølsomme bakterier fra dental biofilm og *E. coli* ble dyrket på medier med synkende konsentrasjoner av biocidet til de viste overlevelse ved 0,001 %. Deretter ble klorheksidin konsentrasjonen økt til bakteriestammene ikke lenger viste vekst. Resultatene viste at de orale bakteriene kun viste begrenset in vitro resistens mot klorheksidin, mens *E. coli* viste redusert ømfintlighet mot konsentrasjoner som finnes i alle kommersielt tilgjengelige munnhygieneprodukter i Norge. Resistensutvikling i orale bakterier ved daglig bruk av munnhygieneprodukter kan likevel ikke utelukkes. Men siden klorheksidin slippes ut i kloakk og avløpsvann, kan resistensutvikling i organismer som *E. coli* føre til, og uunngåelig spre seg fra denne nisjen til insekters, fuglers, menneskers og andre dyrs mikrobiomer.

FORFATTERE

Sabrena Amjad, tannlege. Follo Tannlegesenter, Ski
Ifrah Ahmed, tannlege. Kongsvinger Tannklinikk, Kongsvinger
Sana Shaddiq, tannlege. Grefsenveien Tannlegesenter, Oslo
Henning Sørum, professor. Avdeling for mattrygghet og infeksjonsbiologi, Fakultet for veterinærmedisin, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Oslo
Hans R. Preus, professor em. Avdeling for periodonti, IKO, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Hans R. Preus, e -post: hpreus@odont.uio.no. Avd for Periodonti, IKO, Det odontologisk fakultet; Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo.

Akseptert for publisering 22.09.2021.

Artikkelen er basert på masteroppgave i odontologistudiet ved Universitetet i Oslo, 2018,.av Sabrena Amjad, Ifrah Ahmed og Sana Shaddiq.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Amjad S, Ahmed I, Shaddiq S, Sørum H, Preus HR. Klorheksidinresistens. Et problem i emning. Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1092-6.

Norsk MeSH: Antibakterielle stoffer; Klorheksidin; Desinfeksjonsmidler; Antibiotikaresistens, bakteriell

Antibiotikaresistens utgjør i dag en alvorlig trussel mot infeksjonsbehandling over hele verden (1 - 5). Imidlertid er bakteriers resistens mot biocider, de profylaktiske tiltak mot infeksjoner, i ferd med å utvikle seg og utgjør en enda mer alvorlig trussel mot menneskers helse og velferd. Selv om dette er et svært alvorlig problem er det publisert relativt få rapporter på forekomst, mikrobiologi, genetikk og kliniske kasus (6), til tross for at den første rapporten på klorheksidinresistens ble publisert på 1970 tallet (7)

Blant biocidene kjent innen tannbehandling, human-, og veterinærmedisin, er klorheksidinglukonat (CHX) det vanligst brukte desinfeksjonsmiddelet. Med et globalt produktsalg i underkant av 160 millioner USD i 2016, og med en forventet økning til 178 millioner USD i 2021 (8), er CHX-resistens viktig å utforske, forebygge og motvirke. Rapporter antyder at biocidresistens erverves, men det kan også skyldes toleranse (9). Dermed var formålet med denne studien å se om det var mulig å utvikle ervervet motstand mot CHX in vitro i fem vel kjente, raskt voksende humane orale bakterier og tarmbakterien *Escherichia coli*, og i så fall diskutere konsekvensene basert på dagens litteratur.

Materiale og metoder

Eksperimentet ble utført fra januar 2017 til april 2018. Bakterier som ble brukt var *Streptococcus mitis* CCUG (Culture Collection of University of Gothenburg, Sweden) 31611 og 42984, *Streptococcus mutans* UAB (University of Alabama at Birmingham, USA) 159, *Actinomyces naeslundi* 10301, *Streptococcus salivarius* CCUG 11878 og *Escherichia coli* ATCC (American Type Culture Collection) 25922 (294). Laboratoriestammer ble bevisst brukt i stedet for kliniske isolater, da disse sannsynligvis ikke hadde blitt eksponert for biocider tidligere og derfor ikke hadde utviklet redusert følsomhet for disse.

Dyrkningsbetingelser var 5 dager på standard blodagar-medier ved 37°C i 5 % CO_2 i luft. Eksperimentet ble gjennomført på faste vekstmedier siden CHX-desinfisering i hovedsak utføres på overflater og at bakterier i flytende kultur er mer følsomme for antimikrobielle stoffer. Etter å ha oppnådd optimal vekst, ble mikroorganismene dyrket på blodagar med forskjellige konsentrasjoner av klorheksidin glukonat (CHX) (Sigma Aldrich, Oslo, Norge). I tillegg ble de ført videre på de ovenfor nevnte blodskålene.

Etter overføring fra rene blodskåler ble alle de 6 testorganismene startet på 0,06 % CHX-blodagar, noe som tilsvarer konsentrasjonen av kjente, reseptfrie CHX-produkter til daglig bruk. I tilfelle de ikke vokste ved denne CHX konsentrasjon, ble bakterier overført to ganger til med 5-dagers intervaller fra basale (CHX-frie blodagar plater) til 0,06 % CHX blodagar. Tre gjentatte negative overføringer ble akseptert som bevis på følsomhet for den CHX-konsentrasjonen som ble testet. Når den første følsomheten var etablert, ble CHX-konsentrasjonen i vekstmediet redusert til 0,01 %, 0,005 % til 0,001 %, ved å bruke samme prosedyre for å etablere følsomhet som beskrevet ovenfor.

Etter å ha etablert vekst i nærvær av 0,001 % CHX i alle teststammene unntatt en, ble CHX-konsentrasjonen økt trinnvis via 0,005 %, 0,01 %, 0,05 %, 0,12 %, til eksperimentet ble avsluttet med 0,2 % CHX. Ved hver konsentrasjon, hvor testbakteriene ikke vokste, ble kopier av bakteriestammen fra den forrige lavere konsentrasjonen av CHX, hvor bakterien hadde vokst, testet på nytt. Tre gjentatte negative overføringer ble akseptert som følsomhet for den CHX-konsentrasjonen, selv om de hadde vist følsomhet ved en lavere.

Hvis det ikke ble observert vekst på en CHX-plate etter 5-dagers kultur, ble platens overflate skrapt av og overført til en ren blodagarskål for å se om innholdet i avskrapet ville vokse på CHX-fritt medium (dvs. test toleranse (9) igjen). Hvis det var vekst på en plate, ble den overført til en blodagarplate med samme konsentrasjon av CHX som den mikroorganismen ble høstet fra, og holdt på denne konsentrasjonen i 10 overføringer for å bli miljøtilpasset før ytterligere eksponering for høyere konsentrasjoner. Overlevende bakterier ble frosset ned ved -90°C. En kopi ble oppbevart i kjøleskap for verifisering, mens en annen kopi ble overført til plater med økende CHX-konsentrasjon.

Resultater

Opprinnelig ble alle stammer utsatt for 0,06 % CHX. Unison in vitro resistens (følsomhet) for synkende CHX-konsentrasjoner ble vist helt ned til 0,001 %, der alle stammer - unntatt *S. salivarius* - vokste. Blant de orale bakteriene overlevde kun *A. naeslundi* høyere konsentrasjoner (0,01 %). Alle de testede orale stammene var sensitive for høyere CHX-konsentrasjoner, og ingen viste sovende overlevelse (dvs. toleranse eller utholdenhet (9)) i nærvær av CHX. *E. coli*, viste derimot ervervet in vitro resistens mot 0,2 % CHX, sluttkonsentrasjonen for dette eksperimentet, og den høyeste konsentrasjonen i reseptfrie orale skyllemidler i Norge. Tabell 1 viser hvilke CHX-konsentrasjoner de forskjellige bakteriestammene var i stand til å vokse på etter å ha vist resistens ved 0,001 %.

Diskusjon

Resultatene av dette enkle eksperimentet har vist at flere av de opprinnelig CHX-følsomme bakteriene overlevde høyere konsentrasjoner av biocidet etter at de in vitro ble utsatt for subkliniske konsentrasjoner av CHX (tabell 1). Etter å ha vist vekst ved 0,001 % CHX, var *E. coli* i stand til å vokse ved 0,2 % CHX. I denne studien fokuserte vi på å teste konsentrasjoner av orale CHX-skyllevæsker

Tabell 1. Overlevelse av bakteriestammene i nærvær av forskjellige konsentrasjoner av klorheksidin (CHX)

CHX konsentrasjon	0,001%	0,005%	0,01%	0,05%	0,12%	0,2%
***S. salivarius* CCUG 11878**	-	-	-	-	-	-
***S. mitis* CCUG 31611**	Vekst	-	-	-	-	-
***S. mutans* UAB 159**	Vekst	-	-	-	-	-
***S. mitis* CCUG 42984**	Vekst	Vekst	-	-	-	-
***A. naeslundi* 10301**	Vekst	Vekst	Vekst	-	-	-
***E. coli* ATCC 25922 (294)**	Vekst	Vekst	Vekst	Vekst	Vekst	Vekst

CCUG: Culture Collection of University of Gothenburg, Sweden

AUB: University of Alabama at Birmingham, USA

ATCC: American Type Culture Collection

(0,06 %, 0,12 %, 0,2 %), siden disse representerer markedssegmentet som bidrar mest til det totale forbrukervolumet av CHX (8).

Dette eksperimentet registrerte ikke den minimale veksthemmende konsentrasjonen (minimum inhibitory concentration = MIC), og heller ikke den minimale bakteriedrepende konsentrasjonen (minimum bacteriocidal concentration = MBC) av CHX. Det var et in vitro eksperiment med et lite antall organismer, men bør kunne sees på som et «proof of concept». Kommersielle testsystemer for CHX resistens finnes ikke på markedet enda, men vil nødvendigvis bli utviklet etter som dette problemet blir mer omfattende. Klinisk utføres de fleste profylaktiske CHX-prosedyrer på overflater, og dermed kan et in vitro-eksperiment, som det presenteres her, være nok til å trekke forsiktige konklusjoner fra. CHX-resistens er et stigende problem (6) og noen forskere har i innlegg og diskusjoner tatt til orde for helt å avskaffe bruken av CHX i tannbehandling, selv om det ikke finnes støtte for dette i litteraturen. Tvert imot, men med forsiktighet, indikerer dette eksperimentet og litteraturoversikten noe annet som diskutert nedenfor.

Bakteriell resistens mot CHX er rapportert hos flere bakteriearter, inkludert *E. coli*, Klebsiella spp, *Klebsiella pneumoniae*, Enterobacter spp, Salmonella spp, Pseudomonas spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Pseudomonas stutzeri,* Acinetobacter spp, *Acinetobacter baumannii, Acinetobacter anitratus*, Proteus spp, *Proteus mirabilis, Staphylococcus aureus*, MRSA, koagulase-negative stafylokokker, *Staphylococcus epidermidis, Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, Bacillus subtilis*, VRE (vancomycin-resistant enterococcus gjennomgått i ref. 6) og vanlige karies - og periodontittassosierte bakterier (10,11).

CHX angriper produksjonen av fosfolipider og proteiner i bakteriens cytoplasmamembran (12). Inaktivering, permeabilitetsreduksjon og spesielt effluksmekanismer er mekanismer som hittil er beskrevet (13, 14). Dermed, og ikke overraskende, har kryssresistens blitt vist med antibiotika (6, 15 - 17). Selv om kromosombundne mutasjoner er foreslått (13), ser de fleste av disse resistensgenene ut til å være plasmidbundet (18, 19), noe som kan forklare lateral spredning av CHX-resistens (19, 20).

Våre resultater indikerer at det er *liten mulighet for å utvikle CHX-resistens i orale bakterier ved kort tids eksponering* mot terapeutiske konsentrasjoner (dvs. 2–3 uker med 0,2 - 0,1 % CHX) i orale skyllevæsker. Det er faktisk vist at plakk (biofilm)-inhiberende effekt av 1 % CHX (10 mg/g) tannkrem var uendret etter to års kontinuerlig bruk (21), og at den bakteriologiske sammensetningen av tungefloraen var uendret etter fire måneders skylling med høye konsentrasjoner (0,1 %, 0,2 %) av CHX (22). Imidlertid kan kontinuerlig bruk av lavkonsentrert CHX (0,06 %, 0,05 %) to ganger daglig, som er anbefalt av produsenter, ikke utelukkes som mulig kilde til lokal resistensutvikling. Dette skyldes at skyllevæskekonsentrasjoner (0,05 %, 0,06 % CHX) vil reduseres i nisjer i munnhulen siden munnslimhinnen fungerer som et depot for frigjøring av CHX i opptil 12 timer etter skylling (23). Således, hvis det er en nedre konsentrasjonsgrense der orale bakterier kan bli CHX-ufølsomme, som i det herværende eksperiment, kan situasjonen i munnhulen etter skylling to ganger daglig med lavkonsentrert CHX over lengre perioder favorisere seleksjon av CHX-ufølsomme orale bakterier. Selv små mengder CHX vil uunngåelig bli svelget og på samme måte, og hypotetisk, bli presentert for tarmfloraen, der *E. coli* er rikelig representert, i konsentrasjoner som kan generere CHX ufølsomhet. Enda viktigere er at slike konsentrasjoner av CHX, anbefalt i daglige skylleprodukter, er vist uten klinisk verdi for forbrukeren (24).

At *E. coli* utviklet stabil CHX ufølsomhet ved 0,001 % CHX, og at in vitro-resistens mot høyere og profylaktiske konsentrasjoner også ble vist, er bekymringsfullt. Slike lave, resistensgenererende

gradientkonsentrasjoner av CHX finnes teoretisk i nærheten av behandlingssteder hos enkeltpasienter og deres omgivelser ved og kort tid etter behandling. Imidlertid eksponerer ikke disse CHX konsentrasjonene kontinuerlig mikroorganismene, som f.eks. den daglige og langsiktige bruken av orale CHX-skyllevæsker der ufølsomhet kan oppstå over tid. På den annen side er det funnet lave og resistensgenererende konsentrasjoner av CHX i kloakk og avløpsvann fra sykehus, tannklinikker, bedrifter og til og med boligsamfunn, hvor CHX brukes (25, 26) daglig. Her vil CHX-produkter uten nyttig klinisk effekt (24) eller etter ineffektive kliniske CHX-dekontaminasjonsprosedyrer (6), derfor kun bidra til resistensgenererende avløpsvannkonsentrasjoner. I dette miljøet, der *E. coli* er rikelig representert, vil CHX-ufølsomhet uunngåelig forekomme, og spredning fra denne nisje til insekters, fisk, menneskers og andre dyrs mikrobiomer uunngåelig skje (27). En klorheksidinresistent *A. hydrophila* har allerede blitt isolert fra en drikkevannskilde (28), et alarmerende funn på grunn av denne bakteriens evne til å spre seg i vann, inkludert drikkevannsbassenger, samt å skape infeksjoner hos mennesker og andre dyr. Den alvorligste utviklingen av CHX-ufølsomhet vil derfor sannsynligvis ikke finne sted på stedet for bruk og terapi, men i kloakk og avløpsvann fra menneskelig aktivitet (29).

Mulige mottiltak

Det er noen tiltak som bør vurderes for å redusere resistens mot CHX:

1. Canada har et program for å motvirke utvikling av CHX-resistens (29). Flere nasjoner burde følge.

2. CHX-holdige produkter eller prosedyrer med ikke-dokumentert effekt bør trekkes ut av markedet. Hos tannlegen vil dette bety å fjerne produkter med 0,12 % og lavere konsentrasjoner av CHX (6, 24).

3. Det er et behov for medisinsk - og odontologisk vitenskapelige miljøer å evaluere nytten av forskjellige prosedyrer som involverer CHX, og om nødvendig må CHX-produktet som resulterer i at færre CHX-molekyler slippes ut i avløpsvannet favoriseres (f.eks. gå over fra skyllevæsker til gel der det er mulig).

4. Det er behov for filtreringsprosedyrer for binding eller inaktivering av CHX på bruksstedene, dvs. i avløpsvann fra sykehus, sykehjem og klinikker som bruker slike biocider. Siden de kommunale rørsystemene i de fleste byer rundt om i verden er gamle og lekker i stort omfang (30, 31), vil filtreringsprosedyrer ved sentrale avløpsanlegg ikke være effektive.

5. Det er et behov for medisinske-, odontologiske- og veterinærmiljøer å oppgradere og sikre sine enkle hygieniske tiltak.

REFERANSER

1. 1. World Bank. (2017) Drug resistant infections: A threat to our economic future. http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/drug-resistant-infections-a-threat-to-our-economic-future
2. 2. WHO. (2014). Antimicrobial resistance. Global report on surveillance 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1
3. 3. Woolhouse M, Farrar J. POLICY: An intergovernmental panel on antimicrobial resistance. Nature. 2014; 509: 555–557.
4. 4. WHO. The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action. WHO Press, World Health Organization, 2012. Geneva, Switzerland. http://www.who.int/iris/handle/10665/44812
5. 5. ECDC/EMEA. The bacterial challenge. Time to react. ECDC/EMEA joint technical report. 2009. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf
6. 6. Kampf G. Acquired resistance to chlorhexidine – is it time to establish an 'antiseptic stewardship' initiative? J Hospital Infect. 2016; 94: 213–227.
7. 7. Rindom Schiött C, Löe H, Börglum Jensen S, Kilian M, Davies RM, Glavind K. The effect of chlorhexidine mouthrinses on the human oral flora. J Periodont Res. 1970; 5: 84–89.
8. 8. Global Chlorhexidine Gluconate (CHG) Solution Market 2018 by Manufacturers, Regions, Type and Application, Forecast to 2021 https://www.globalinforesearch.com/search/?Keywords=Chlorhexidine
9. 9. Brauner A, Fridman O, Gefen O, Balaban NQ. Distinguishing between resistance, tolerance and persistence to antibiotic treatment. Nature Rev Microbiol. 2016; 14: 320-330.
10. 10. Saleem HG, Seers CA, Sabri AN, Reynolds EC. Dental plaque bacteria with reduced susceptibility to chlorhexidine are multidrug resistant. BMC Microbiol. 2016; 16: 214. DOI: 10.1186/s12866-016-0833-1
11. 11. Kulik EM, Waltimo T, Weiger R, Schweiger I, Lenkeit K, Filipuzzi-Jenny E. Development of resistance of mutans streptococci and Porphyromonas gingivalis to chlorhexidine digluconate and amine fluoride/stannous fluoride-containing mouthrinses, in vitro. Clin Oral Invest. 2015; 19: 1547–1553.
12. 12. McDonnell G, Russell AD. Antiseptics and disinfectants: activity, action, and resistence. Clin Microbiol Rev. 1999; 12: 147 – 179.
13. 13. Longtin J, Seah K, Siebert K, McGeer A, Simor A, Longtin Y. & al. Distribution of antiseptic resistance genes qacA, qacB,and smr in methicillin-resistant Staphylococcus aureus isolated in Toronto, Canada, from 2005 – 2009. Antimicrob Agents Chemother. 2011; 55: 2999–3001.
14. 14. Webber MA, Piddock LJ. The importance of efflux pumps in bacterial antibiotic resistance. J Antimicrob Chemother. 2003; 51: 9–11.
15. 15. Mayer S, Boos M, Beyer A, Fluit AC, Schmitz F.-J. Distribution of the antiseptic resistance genes qacA, qacB and qacC in 497 methicillin-resistant and – susceptible European isolates of Staphylococcus aureus. J Antimicrob Chemothera. 2001; 47: 896 - 897.
16. 16. Tattawasart U, Maillard JY, Furr JR, Russell AD. Development of resistance to chlorhexidine diacetate and cetylpyridinium chloride in Pseudomonas stutzeri and changes in antibiotic susceptibility. J Hosp Infect. 1999; 42: 219–229.
17. 17. Baines SL, Jensen SO, Firth N, da Silva ., Seeman T, Carter GP, et al. Remodeling of pSK1 family plasmids and enhanced chlorhexidine tolerance in a dominant hospital lineage of methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Antimicrob Agents Chemother. 2019; 63, e02356-18. DOI: 10.1128/AAC.02356-18
18. 18. Russell AD. Plasmids and bacterial resistance to biocides. J Appl Microbiol. 1997; 83: 155– 165.
19. 19. Yamamoto T, Tamura Y, Yokota T. Antiseptic and antibiotic resistance plasmid in Staphylococcus aureus that possesses ability to confer chlorhexidine and acrinol resistance. Antimicrob Agents Chemother. 1988; 32: 932–935.

20. 20. LaBreck, PT, Rice GK, Paskay AC, Elassalet EM, Cer RZ, Law NN, et al. Conjugative transfer of a novel staphylococcal plasmid encoding the biocide resistance gene, qacA. Front Microbiol. 2018; 9: 2664. DOI: 10.3389/fmicb.2018.02664
21. 21. Gjermo P, Eriksen HM. Unchanged plaque inhibiting effect of chlorhexidine in human subjects after two years of continuous use. Arch Oral Biol 1974; 19: 317 – 319.
22. 22. Flötra L, Gjermo P, Rölla G, Waerhaug J. Side effects of chlorhexidine mouth washes. Scand J Dent Res. 1971; 79: 119–125.
23. 23. Gjermo P, Bonesvoll P, Rölla G. Relationship between plaque-inhibiting effect and retention of chlorhexidine in the human oral cavity. Arch Oral Biol. 1974; 19: 1031–1034.
24. 24. Haydari M, Bardakci AG, Koldsland OC, Aass AM, Sandvik L, Preus HR. Comparing the effect of 0,06 %, 0,12 % and 0,2 % Chlorhexidine on plaque, bleeding and side effects in an experimental gingivitis model. A parallel, double masked, randomized, placebo-controlled clinical trial. BMC Oral Health J. 2017; 17: 118. DOI: 10.1186/s12903-017-0400-7.
25. 25. Östman M, Lindberg RH, Fick J, Björn, E, Tysklind, M. Screening of biocides, metals and antibiotics in Swedish sewage sludge and wastewater. Water Res 2017;115: 318 – 328.
26. 26. Nunez L, Moretton J. Disinfectant-resistant bacteria in Buenos Aires city hospital wastewater. Braz J Microbiol. 2007; 38, Online http://dx.doi.org/10.1590/S1517-83822007000400012
27. 27. Jutkina J, Marathe NP, Flach CF, Larsson DGJ. Antibiotics and common antibacterial biocides stimulate horizontal transfer of resistance at low concentrations. Sci Tot Environ., 2018; 616-617:172-178. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2017.10.312.
28. 28. Sekavec JG, Moore WT, Gillock ET. Chlorhexidine resistance in a Gram-negative bacterium isolated from an aquatic source. J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng. 2013; 48:1829-1834. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10934529.2013.823338
29. 29. Canada Health Agenda. Risk Management Scope for Chlorhexidine and its Salts. Environment and climate change. Canada. Health Agenda. 2017. http://www.ec.gc.ca/ese-ees/F9A9B4FE-6F84-4F5A-9539-4CC3A92F8F57/RM%20Scope%20Chlorhexidine%20Moiety_En.pdf
30. 30. Wolf L, Held I, Eiswirth M, Hötzl H. Impact of leaky sewers on groundwater quality. Acta Hydrochim Hydrobiol. 2004; 32: 361–373
31. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aheh.200400538
32. 31. Berge G, Sæther MS. Municipal wastewater, 2012. Statistics Norway 2013. https://www.ssb.no/en/natur-og-miljo/statistikker/var_kostra/aar/2013-06-26

Alle internettreferanser testet og funksjonelle 13.09.2021.

ENGLISH SUMMARY

Amjad S, Ahmed I, Shaddiq S, Sørum H, Preus HR.

The emerging challenge of acquired bacterial chlorhexidine resistance

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1092-6.

Resistance to biocides used prophylactically against infections is a serious challenge to human health, possibly more than paralleling antibiotic resistance. In medicine, dentistry and veterinary medicine, chlorhexidine is used to prevent infections. Development of resistance is therefore very important to be aware of, and to counteract. The aim of this experiment was therefore to develop resistance to chlorhexidine in vitro in some common human oral bacteria and *Escherichia coli*, and to discuss possible consequences based on current literature. Five common, chlorhexidine sensitive bacteria from dental biofilm and *E. coli* were cultured on media with decreasing concentrations of the biocide until they showed survival at 0.001%. Subsequently, the chlorhexidine concentration was increased until the bacterial strains no longer grew. The results showed that the oral bacteria showed only limited resistance to chlorhexidine, while *E. coli* showed resistance to concentrations found in all known and commercially available oral hygiene products in Norway. Development of resistance in oral bacteria with daily use of oral hygiene products cannot be ruled out. However, since chlorhexidine is released into sewers and wastewater, the development of resistance in organisms such as *E. coli* can lead to, and inevitably spread from, this niche to the microbiomes of insects, birds, humans and other animals.

God jul & godt nytt år!

Se QR-kode nedenfor

Vi treffes på: Vestlandsmøtet, Klækkenmøtet, Midt-Norgemøtet og Nordental i 2022

- Salg av praksis
- Avtaler
- Drift
- Personal
- Regnskap
- Skatt
- Lønnsomhet
- Selskapsform
- HMS-oppfølging
- Bedriftshelsetjeneste

SKANN QR-KODEN FOR Å LESE MER OM VÅRE **LØSNINGER**

Saga/Regnskap
Tove Berglind
tove@sagaservices.no
404 08 658

Saga/Consult
UAVHENGIG RÅDGIVNING
Svend Holum
post@sagaconsult.no
481 74 004

Saga/BHT
Marit Hollerud
marit@sagabht.no
400 02 207

tudu
HMS gjort enkelt!
info@tudu.no
400 02 533

www.sagaringerike.no www.tudu.no

HOVEDBUDSKAP

- **Bestyrere av omsorgsboliger og sykehjem i Oslo er alle positive til protesemerking.**
- **Et flertall av tannleger som svarte på undersøkelsen, er positive til protesemerking.**
- **De fleste protesepasienter kjenner ikke til tiltaket.**
- **Protesemerking bør inn i tannlegeundervisningen.**
- **Tannlegeforeningen bør oppmuntre til protesemerking.**
- **Den offentlige tannhelsetjenesten har et spesielt ansvar for å innføre protesemerking for pasienter på omsorgsboliger og sykehjem.**

Holdninger til protesemerking blant sykehjemsbestyrere og tannleger

Tore Solheim og Kristian Haugen

En spørreundersøkelse ble utført blant bestyrere på 22 omsorgsboliger og sykehjem i Oslo og alle var positive til merking av tannproteser. Videre ble det utført en spørreundersøkelse blant 1 000 norske tannleger og vi fikk inn hele 573 svar. Ca. 84 % av tannleger som svarte mente protesemerking var et tiltak som burde tilbys og man burde informere og motivere protesepasientene for dette. Det anbefales at protesemerking kommer inn i tannlegeundervisningen slik at tannlegene blir sikre på hvordan merkingen kan utføres. Videre bør tannlegeforeningen oppmuntre tannlegene til å utføre protesemerking. Spesielt har Den offentlige tannhelsetjenesten ansvar for tannbehandling av beboere på omsorgsboliger og sykehjem. Her bør lederne av tannhelsetjenesten få forståelse av at protesemerking er et verdifullt tiltak og bestemme at det en slik merking skal tilbys alle beboere med proteser. Teknikken er til slutt kort skissert.

FORFATTERE

Tore Solheim, professor emeritus, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.
Kristian Haugen, tannlege, Romsås senter 1, 0970 Oslo.

Korresponderende forfatter: Tore Solheim, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, boks 1052 Blindern, 0316 Oslo.
E-post: solheim@odont.uio.no

Akseptert for publisering 12.10.2021

Artikkelen er fagfellevurdert.

Solheim T, Haugen. K. Holdninger til protesemerking blant sykehjemsbestyrere og tannleger. Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1098-1103.

Norsk MeSH: Avtakbare tannproteser; Proteser, merking; Systemer for pasientidentifikasjon

Protesemerking vil si at protesene merkes slik at man kan identifisere eieren. Vanligvis legges et merke inn i protesebasis. Dette er et sosialt tiltak slik at protesepasienter som taper denne lettere kan få den tilbake. Videre kan dette være et verdifullt tiltak om protesebæreren må identifiseres etter sin død.

Merking av tannproteser er et gammelt tiltak. Første gang det ble foreslått i Norden var i Danmark i 1931 (1). Her i Norge var Krüger-Monsen den første til å foreslå protesemerking i 1962 og han beskrev krav til merkingen og ulike teknikker (2). Det har blitt argumentert for at tannleger skal la proteser merke med fødselsnummer. Likevel er resultatene nedslående og ved siste undersøkelse i 2013 på sykehjem i Oslo, var ingen proteser merket (3). Dette var spesielt skuffende siden det ved en undersøkelse i Oslo i 1998 ble funnet at 25 av 503 proteser var merket (4).

Man må spørre om det er noen nytte med protesemerking. Den største nytten er om protesene kommer bort. Om de finnes igjen, er det enkelt å finne eieren av en merket protese. Spesielt på sykehus, omsorgsboliger og sykehjem hender det rett som det er at proteser kommer bort. Ofte forsvinner de med vasketøy kan sykehjems bestyrere og sykepleiere fortelle. Da havner de på vaskeriet og ved forespørsel vil man få høre at vaskeriet har proteser liggende som de ikke kjenner eiermannen til. Dersom proteser kommer bort på sykehus, må disse bekoste nye proteser til pasienten. På sykehjem er Den offentlige tannhelsetjenesten ansvarlig for å lage nye proteser. Dette kan være en unødvendig utgift for institusjonene.

Tannlegene har en viktig rolle å spille for å merke protesene. Dersom tannlegene ikke sier noe om protesemerking og motiverer for at pasienten skal akseptere dette, kjenner de fleste pasienter ikke til tiltaket og kan selvfølgelig ikke be om at det blir utført. En undersøkelse fra Chile viste at de fleste pasienter aldri hadde hørt om protesemerking. Etter at pasientene var blitt informert og motivert for tiltaket, ville 90,5 % ha dette (5).

Hensikten med denne undersøkelsen var å finne ut mer om holdninger til protesemerking i Norge. De som best kjenner til dette problemet på omsorgsboliger og sykehjem er bestyrerne. Det ble derfor utført en enkel spørreundersøkelse bland bestyrerne på slike hjem i Oslo i forbindelse med en tannundersøkelse av beboere og undersøkelse av om proteser var merket (3).

For å undersøke norske tannlegers holdninger til protesemerking, ble det også utført en spørreundersøkelse blant tannleger i Norge. Om tannlegene var negative, ville det ikke være så rart at de ikke ville utføre slik merking.

Materiale og metoder

Det ble utarbeidet et enkelt skjema for bestyrerne på sykehjemmene i Oslo med fem spørsmål som kunne besvares med ja eller nei. Spørsmålene er gjengitt noe forkortet i tabell 1. Her ble det spurt om man hadde kjennskap til protesemerking før undersøkelsen og om den var blitt bedre etter undersøkelsen. Tannundersøkelsen av beboerne omfattet ikke opplæring om eller propaganda for protesemerking blant bestyrere og personale. Videre ble det spurt om det hendte på hjemmet at proteser kom bort og om det var vanskelig å finne eieren dersom man fant protesen. To spørsmål måtte besvares med tekst og gikk ut på om hvilke fordeler det ville gi personalet om protesen var merket og hvilke fordeler de tror det ville gitt beboerne. Dette var en del av undersøkelsen at tannforhold hos beboere på alders- og sykehjem i Oslo (3). Av 22 sykehjem ville 21 bestyrere delta. Det ble gjort manuell opptelling av svarene.

For tannlegene ble det sendt ut et spørreskjema til 1 000 tilfeldig utvalgte tannleger i Norge etter liste fra Tannlegeforeningen. Dette skjedde i 2009, men er ikke tidligere blitt publisert. I alt kom det inn 573 svar. Det ble spurt om man hadde hørt om protesemerking og om dette var inkludert i deres undervisning under det odontologiske studium. Videre ble det spurt om hva merket skulle inneholde. Det ble spurt om det burde være et tilbud til alle protesepasienter eller om det kun skulle være ved nye proteser. Burde tannlegen informere og motivere pasienter som skal ha proteser for protesemerking. Tannlegen ble bedt om å oppgi alder og kjønn samt utdannelsessted. Dataene ble lagt inn i computer og analysert ved hjelp av SPSS statistikk programmet.

Prosjektet ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste og ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste i Bergen.

Resultater

Sykehjemsbestyrere

Svarene fra bestyrerne er vist i tabell 1. Vi ser av spørsmål 1 at 1/3 av bestyrerne hadde kjennskap til protesemerking før vi gjennomførte undersøkelsen av beboerne (3). Dette bedret seg etter undersøkelsen, men fortsatt var det 6 som ikke syntes at de hadde fått vite noe mer. På alle institusjonen hendte det at proteser kom på avveie og på 17 av dem mente de det var vanskelig å finne eieren om en protese ble funnet.

På spørsmål 5 om det hadde vært en fordel om protesene var merket svarte 19 ja, 1 vet ikke og 1 nei. Den siste begrunnet dette med at det var et så lite sykehjem at det ikke var noe problem å finne eiermannen til en protese på avveie.

På spørsmål 6 om fordeler for personalet at protesene var merket ble det svart at det var lettere å finne pasienten om protesen var merket og man slipper detektivarbeid. Spesielt har personer med demens en tendens til å pakke inn ting og også proteser. Så legger de disse fra seg eller enda verre gjemmer dem. En av bestyrerne

hadde jobbet på et sykehjem i Sverige hvor alle proteser var merket, og hun så bare fordeler med tiltaket.

På spørsmål 7 om fordeler for pasienten ble det fremhevet at det ga en trygghet å vite hvem som eier protesene og det ville være en fordel ved identifisering etter en ulykke. Om protesen mistes og finnes igjen, kan man få den snart tilbake og slipper å vente. Dette sikrer verdigheten til beboeren som kan tygge maten og slipper å gå tannløs i lengre tid. Man slipper også å måtte prøve andres proteser eller ev. å få laget nye proteser.

Tabell 1.
Spørsmål 1 til 5 med ja og nei svar og spørsmålet. Svar fra 21 av 22 institusjoner. Undersøkelsen referer seg til undersøkelse av beboernes tenner. Spørreskjemaet ble besvart etter dette.

Spørsmål	Svar Ja	Svar Nei
1. Kjennskap til protesemerking før undersøkelsen	8	13
2. Bedre kjennskap etter undersøkelsen	15	6
3. Hender det at proteser kommer på avveie	21	0
4. Ved funn av en protese, er det da vanskelig å finne eieren	17	4
5. Ville det være en fordel om protesen var merket	19	2

Norske tannleger

En overveldende majoritet av tannlegene (tabell 2) hadde hørt om protesemerking (89,1 %). Få visste imidlertid om land hvor protesemerking er påbudt/skal tilbys. Påbudet gjelder i 22 stater i USA (6). I Sverige er det påbud om at man skal tilby protesemerking, men om pasienten ikke ønsker det, må ikke protesen merkes (7,8). Kun 29,5 % husket at de hadde hørt om protesemerking i undervisningen. Tannlegen var svært positive til å tilby protesemerking til alle som har eller skal ha proteser (83,5 %), mens 61,6 % mente dette kun burde gjelde nye proteser. Det store flertall av tannleger (84,5 %) syntes man burde informere pasientene om protesemerking og motivere den for dette.

Litt flere menn enn kvinner (tabell 3) hadde hørt om protesemerking. Noe flere tannleger over 40 år hadde hørt om protesemerking enn tannleger under 40 år (tabell 3). Derimot hadde flere yngre enn eldre tannleger hørt om land hvor man merker protesene. Færre tannleger over 60 år enn yngre har hatt undervisning om protesemerking. Flere kvinner enn menn angir å ha hatt dette. Flere kvinner enn menn var også positive til å informere og motivere pasienten for merking av deres proteser (tabell 3).

Tabell 2.
Svar fra alle tannlegene (n=573)

Spørsmål	Nei	Ja	Prosent ja
1. Hørt om protesemerking ?	62	507	89,1
2. Vet om land hvor protesemerking brukes/påbys ?	519	45	8,0
3. Har hatt protesemerking i undervisningen ?	389	167	29,5
4. Burde være tilbud til alle som har eller skal ha proteser ?	91	459	83,5
5. Tilbud kun ved nye proteser ?	205	331	61,8
6. Informere pasienter om protesemerking ?	84	461	84,5
7. Motivere pasienter for å akseptere protesemerking	83	459	84,7

Tabell 3.
Svar ja i prosent etter tannlegenes alder og kjønn. Samme spørsmål som i tabell 2.

Spørsmål	Alder >40 år n=151	Alder 40–60 år. n=263	Alder < 60 år n=119	Menn n= 319	Kvinner n=253
1.Hørt om	86,0	90,8	89,0	91,8	85,6
2. Vet om land	12,8	6,5	5,2	7,3	8,9
3. Hatt undervis.	39,1	32,6	11,3	25,6	34,5
4. Tilbud til alle	88,7	84,4	76,6	79,2	88,9
5. Kun nye proteser	53,7	64,3	64,7	65,4	57,1
6. Informere	85,9	88,5	74,8	80,3	90,3

Diskusjon

I første omgang må pasientene akseptere protesemerking og være villig til å betale for det. Dette er ikke undersøkt i foreliggende artikkel, men en interessant artikkel fra Chile viste at der hadde hele 98 % av 53 intervjuede pasienter i alder hvor de kunne trenge proteser, aldri hørt om protesemerking. Allikevel ville hele 90,5 % gjerne ha merkede proteser (5). Vi mener det er vist ved spørreundersøkelsen blant bestyrere på alders- og sykehjem i Oslo at det er et spesielt behov for protesemerking hos deres beboere som har proteser. Det samme kan være tilfelle for pasienter på sykehus. Der mister man ofte proteser i sengetøyet og de kan havne på vaskeriet. Noen protesebærere mister sine proteser andre i sammenheng og da er det mer sannsynlig at de kan få protesene tilbake om de er merket.

Man må spørre hvorfor tannleger ikke merker proteser. Det er merkelig siden tiltaket har mange fordeler for pasienten. Et argument kan være at det koster litt. Vanligvis er det tilsvarende en reparasjon. Et annet moment kan være at protesene ofte lages i Kina og da er det selvfølgelig vanskelig å få til en merking. Usikkerhet med hvordan det kan utføres, kan også være avgjørende faktor. Tidligere lærte studentene å merke proteser i Oslo. Det har man dessverre, uvisst av hvilken grunn, gått bort fra.

Det er noe merkelig at mange tannleger er positive til å merke proteser og likevel er nærmest ingen proteser merket. Hva kan være årsaken til dette? Mange proteser lages til eldre pasienter i Den offentlige tannhelsetjenesten. Her vil den instruks eller mangel på instruks som ledelsen gir for dette tiltaket, være avgjørende for hva tannleger gjør når de lager nye proteser. Vi oppfordrer Den offentlige tannhelsetjenesten til å ta opp om de skal tilby protesemerking. Det vil selvfølgelig koste litt, men likevel lite i forhold til prisen på en ny protese. Forholdene er noe lignende i Storbritannia hvor et fåtall av beboernes proteser på sykehjem var merket på tross av at 81 % av intervjuede 119 spesialister i protetikk mente protesemerking var nyttig og 55 % av de intervjuede sa de utførte dette rutinemessig (9). Dette kunne skyldes at proteser ofte utføres av tannleger uten erfaring og forståelse for betydningen av protesemerking. Forfatterne mente ansatte pleiere på sykehjem burde påse at protesemerking ble utført. Likevel viste det seg ved intervju at ingen av pleiepersonale ved 58 sykehjem kjente til protesemerking som nyttig for beboerne (9). I en artikkel hvor de foreslår at protesemerking burde være standard praksis, hevder forfatterne at tannlegene kan være en barriere mot protesemerking (10). I Sverige hvor tannleger skal tilby protesemerking, men pasienten kan be om å få slippe dette, hadde 47 prosent av protesebærere minst én protese merket ved en undersøkelse på sykehjem i Gøteborg. 464 beboere ble undersøkt og 46 % var tannløse i begge kjever (8). En teknikk med å stanse inn personnummer og S i et stålstrips er beskrevet av Frykholm og medarbeidere (7). Dette synes å ha blitt standard i Sverige og refereres også til fra andre land.

Det er også synd at privatpraktiserende tannleger i liten grad merker proteser. Manglende kunnskap om hvordan det kan gjøres kan være en faktor. Her er jo undervisningen viktig. Det kan hende praktiserende tannleger mener friske eldre pasienter har liten bruk for protesemerking. Likevel kan pasientene komme til å miste protesene og det er også mulig de kan komme på sykehus hvor protesene kan komme bort. De fleste eldre havner før eller siden på omsorgsboliger eller sykehjem. Da kan det bli en fordel at protesene allerede er merket.

Kun 167 (29,5 %) av tannlegene i vår spørreundersøkelse mente hadde hørt om protesemerking under studiet. Dette kan være i hovedsak tannleger med sin utdannelse i Oslo hvor man for en del år siden hadde dette som en del av det å lage en protese ved den propedeutiske undervisningen. På Island hvor protesemerking er en naturlig del av det å lage proteser ved tannlegeutdannelsen i Reykjavik, merkes mange proteser i praksis (11). En undersøkelse fra Storbritannina og USA viste at der underviste man studentene i protesemerking ved henholdsvis 67 og 86 % av tannlegeskolene (12). Mange tannleger der er kanskje heller ikke motivert for å tilby slik merking til sine pasienter.. Hele 463 av de tannleger som svarte på vår undersøkelse, mente man burde informere pasienter om muligheten for å merke proteser og 459 mente man burde gi et slikt tilbud til alle pasienter. Ikke alle tannleger i Norge fikk spørreskjemaet og bare vel halvparten av de som fikk spørreskjemaet svarte. Det er mulig at de som ikke svarte, kanskje heller ikke hadde innsett fordelen ved protesemerkingen. De tilbyr neppe protesemerking eller utfører dette. Likevel var det påfallende at så mange tannleger var positive til tiltaket.

Konklusjoner

Behovet for protesemerking, spesielt på sykehjem, er dokumentert her. Når man i tillegg vet at dette kan være svært nyttig ved identifisering, burde tannlegene tilby og ev. sørge for at proteser ble merket. Det er i dag færre pasienter enn tidligere som får proteser, men det hjelper ikke den enkelte protesepasient at andre har sine egne tenner.

Det er skuffende at selv om mange tannleger er positive til protesemerking, blir dette ikke utført. Dette kan delvis skyldes usikkerhet med hvordan merkingen kan utføres. Man burde derfor innføre praktisk protesemerking som et moment ved tannlegeutdannelsen både i Bergen og Tromsø og gjeninnføre dette i Oslo. Selvfølgelig burde man også tilby pasientene protesemerking ved de odontologiske fakultetene i Norge. Tannlegeforeningen kunne også være positiv til tiltaket og anbefale dette. Man har tross alt også anbefaling fra FDI om protesemerking (13), men det er kanskje glemt i dag.

Tannbehandling av beboere på alders og sykehjem utføres i dag av Den offentlige tannhelsetjenesten. Skal man få opp antallet merkede proteser på slike institusjoner er det ikke noe annet som kan virke enn at denne tannhelsetjenesten bestemmer at motivering for og gjennomføring av protesemerking skal utføres. Her vil det ikke koste noe ekstra for pasientene, men være et verdifullt tiltak. Skal dette bli en realitet, må lederne i Den offentlige tannhelsetjenesten innse verdien av protesemerking og bestemme at det skal utføres. Det er ellers vanskelig for en enkelte offentlig ansatte tannlege å gjennomføre dette på egenhånd.

Figur 1. Protese ettermerket med tynt stålbånd (matrisebånd) hvor tallene er risset for hånd inn med et skarpt instrument. Merket er lagt i en utfrest nisje i den lingual del av en overkjeveprotese. Merket er dekt med klar akryl så det blir lesbart. Fødselsnummer består av fødselsdato, måned og år øverst. Under står personnummeret og en N for Norge. Fødselsnummeret er oppdiktet og representerer ikke en pasient.

Figur 2. Protese ettermerket med rød tekst på rosa papir i den lingual del av en overkjeveprotese. Fødselsnummeret er oppdiktet og representerer ikke en pasient.

Protesemerking og en enkel anbefalt teknikk

Merking av proteser er enkelt å utføre i forbindelse med at de blir laget. Det er beskrevet mange ulike metoder (14,15,16). Den vanlige anbefaling i Norge er å merke protesen med et stålbånd med eierens fødselsnummer og en N til slutt (17). Det har også vært foreslått å bruke titan som er testet og ikke smeltet ved opp til 1500 grader (18). Alternativt kan det skrives inn på et lite papir og dekkes med klar akryl (17,19). Merkingen kan også utføres på gamle proteser og det anbefales spesielt for pasienter på institusjoner. I det senere har det blitt argumentert for å legge in elektroniske chips med personopplysninger. Slike kan også legges inn i tenner eller under fyllinger, men har vel også fått liten utbredelse og vil være relativt dyrt (15). Merke med barrkoding har også vært foreslått (15,20).

Protesemerking kan enkelt utføres på protester når de lages. Tekniker kan sparre ut en nisje i den ikke polymeriserte akrylen og legge inn protesemerket og dekke med klar akryl. Det samme kan gjøres i ferdige proteser og kan sågar utføres av tannlegen om han/hun har klar akryl. Det ideelle er å risse eller gravere inn fødselsnummer samt N for Norge på et stålbånd. Disse bevares best ved en brann. Tidligere var matrisebånd god egnet til dette. Nå har de blitt så tynne så de er noe dårligere egnet (figur 1). Det vil for de fleste formål være tilstrekkelig å skrive ut fødselsnummeret på et papir som så legges inn i nisjen og dekkes med klar akryl. Dersom man vi ha et estetisk godt resultat kan man bruke rosa papir og rød skrift (figur 2). Dette brenner imidlertid lettere opp ved branner. Ved de flest, også sterke branner, bevares likevel de lingvale deler av protesene bra da de er godt beskyttet av bløtvev og kjevebein. Det er svært sjelden disse deler av en protese brenner opp ved en brann. Der bør man også plassere protesemerket.

REFERANSER

1. Carlsen A. Tænderne som identificeringstegn. Tandlægebladet. 1931;35:411-3.
2. Krüger-Monsen A. Merking av plateproteser for identifikasjon. Nor Tannlegeforen Tid. 1962;72:226-33.
3. Haugen K, Solheim T. Tannforhold hos beboere på alders- og sykehjem i Oslo. Nor Tannlegeforen Tid. 2019;129:998-1005.
4. Haugen K, Solheim T. Forekomst av tannproteser og protesemerking blant beboere på alders- og sykehjem i Oslo. Nor Tannlegeforen Tid. 1998;108:816-9
5. Rojas-Torres J, Navarro-Cáceres P, Fonseca GM. Attitudes, perceptions and preferences of individuals from Temuco about denture marking. J Forensic Sci. 2019;64:1187-95.
6. Berman GM, Bush MA, Bush PJ, Freeman AJ, Loomis PW, Miller RG, Dental identification. In Manual of forensic odontology, fifth ed, 2013 CRC press. p97
7. Frykholm KO, Löfberg PG, Söremark R. Protesmärkning, Swed Dent J. 1968;61:177-82.
8. Bengtsson A, Olsson T, René N, Carlsson GE, Dahlbom U, Borrman H. Frequency of edentulism and identification marking of removable dentures in long-term care units. J Oral Rehab. 1996;23:520-3.
9. Murray CA, Boyd PT, Young BC, Dahr S, Dickson M, Currie JNV. A survey of denture identification marking within the United Kingdom. Br Dent J. 2007;203: E24.
10. Kalyan A, Clarck RKF, Radford DR. Denture identification marking should be standard practice. Br Dent J. 2014;216:615-7.
11. Richter S, Personlige meddelelser 2020.

12. Rajendran V, Karthigeyan S, Manoharan S. Denture marker using a two-dimentional bar code. J Prosth Dent. 2012;107:207-8.
13. FDI Newsletter 1973;82:5
14. Stavrianos C, Petalotis M, Metska I, Stavrianou I Papadopoulos C. The value of identification marking of dentures. Balk J Stom. 2007;11:212-6.
15. Datta P, Sood S. The various methods and benefits of denture labelling. J Forensic Dental Sci. 2010; 2: 53-8.
16. Richmond R, Phil M, Pretty IA. Contemporary methods of labelling dental prosthesis – A review of the literature. J Forensic Sci. 2006;51:1120-6.
17. Solheim T. Protesemerking. Nor Tannlegeforen Tid. 1975;85:107-11.
18. Srinivasan S, Chidhambaranathan AS, Balasubramanian M Mony BM, Reddy R. Evaluation of the efficacy of titanium markers under various heat sources and pressure – An in vitro study. J Forensic Dent Sci. 2015;7:59-62.
19. John J, Mani SA, Nambiar P, Sulaiman H. Denture marking: a mandatory procedure to aid forensic identification. Disast Prevent Manage. 2011, 20:378-85.
20. Richmond R, Phil M, Pretty IA. The teaching of denture marking in dental schools in the United Kingdom and the United States. J Forensic Sci. 2009;54:1407-10.

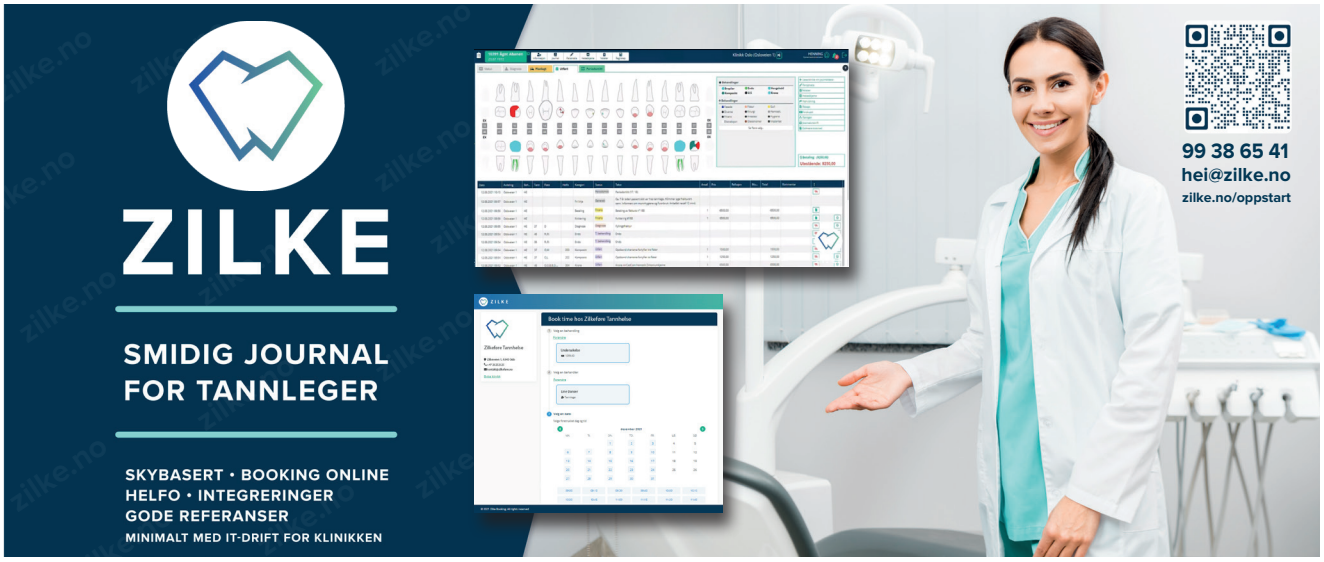
ENGLISH SUMMARY

Solheim T, Haugen K.

Attitudes to denture marking among nursing home principals and dentists

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1098-1103.

A questionnaire was sent to 22 principals of nursing homes in Oslo. 21 were answered and were positive to denture marking. A questionnaire was also sent to 1000 Norwegian dentists and 573 were answered and returned. About 84% of those were of the opinion that denture marking should be offered and that dentists should inform and motivate the patients on this. It is recommended that denture marking should be included in dental education and that the dental faculties/schools in Norway should offer this to patients who come for dentures. Further, the Norwegian Dental Association should encourage dentists to offer denture marking to their patients. Particularly, the Public dental service, which is responsible for the dental treatment of residents at nursing homes, should also do this. The leaders of the Public dental health service should recognize that denture marking is a positive measure for these patients and decide that it should be offered to all their patients with dentures. Finally, the technique of marking dentures is shortly presented.



Odontia er i sterk vekst og søker flere dyktige tannklinikker

Odontia er et nytt og spennende fellesskap av de fremste lokale tannlegene, og fag-teamene rundt dem. Vi vokser fort og ønsker flere av de beste tannlegene rundt om i hele landet.

Som en del av Odontia Tannlegene får du fordelene ved en profesjonell organisasjon kombinert med høy grad av autonom klinikkdrift og klinisk frihet. Vi tar vare på menneskene dine, fyller timebøkene dine, sikrer gode betingelser hos leverandører og håndterer regnskapet ditt. Men viktigst av alt: Odontia er ditt sikkerhetsnett med dyktige fagpersoner som kan støtte din klinikk i krevende situasjoner.

Vi vet verdien av din tannlegepraksis, og kan hjelpe deg med strukturering. Vi har fleksible ordninger ved salg, og gode prosesser. Aller helst vil vi ha deg med videre fordi vi vet at tannleger med sterk klinisk kompetanse og erfaring er gode faglige mentorer, som gjør at pasientene blir bedre ivaretatt.

Vil du vite mer? Kontakt oss gjerne for en uforpliktende prat!
www.odontia.no

Joakim Treider
Oppkjøpssjef
Mobil: 940 09 075
jt@odontia.no

Ole Magnus Tenstad
Strategi & vekst
Mobil: 926 89 835
omt@odontia.no

Vil du være med oss å bygge Norges sterkeste faglige fellesskap innen tannhelse?

ODONTIA
Tannlegene

Alltid ivaretatt

HOVEDBUDSKAP

- Faste kjeveortopediske retainere er tråder som brukes etter kjeveortopedisk behandling, ofte i kombinasjon med avtakbare plater eller skinner. Selv om bruken er utstrakt, med klar indikasjon om å motvirke residiv, er oppfølgingsrutinene uklare.
- Retensjonstråd kan gi uønskede effekter, hovedsakelig plakkakumulering og i sjeldne tilfeller utilsiktet tannforflytning.
- Kliniske sjekkpunkter bør omfatte regelmessig kontroll av støttevev og slimhinner, samt tannstilling, tråd og limingspunkter.
- Individuell risikoanalyse og tett samarbeid mellom kjeveortoped, tannlege og pasient er avgjørende.

FORFATTERE

Vegard Berg Vårum, tannlege. Trøndelag fylkeskommune. Spesialistkandidat i kjeveortopedi (2021-24), Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo (UiO)
Maria Mavragani, kjeveortoped, dr.odont., førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen (UiB)
Marit Slåttelid Skeie, professor emeritus. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen (UiB). Kompetansesenteret Tannhelse Midt Trøndelag FKF (TkMidt), Trondheim
Sindre Andre Pedersen, ph.d., Førstebibliotekar, Bibliotekseksjon for medisin og helsevitenskap, NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim
Abhijit Sen, ph.d., epidemiolog/seniorforsker. Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU - Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Kompetansesenteret Tannhelse Midt Trøndelag FKF (TkMidt), Trondheim

Artikkelen bygger delvis på en masteroppgave i odontologi ved Universitetet i Bergen, 2018.

Korresponderende forfatter: Vegard Berg Vårum, e-post: vegva@trondelagfylke.no Adresse: Rådhusveien 6, 7100 Rissa

Akseptert for publisering 19.10.2021.

Artikkelen har gjennomgått fagfellevurdering.

Vårum VB, Mavragani M, Slåttelid MS, Pedersen SA, Sen A. Uønskede effekter ved kjeveortopediske retainere. En systematisk litteraturoversikt og kliniske sjekkpunkter for allmenntannlegen. Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1106-19.

Norsk MeSH: Kjeveortopedi; Tannregulering, fastsittende apparatur; Systematisk oversikt, publikasjonstype; Sjekkliste

Uønskede effekter ved kjeveortopediske retainere

En systematisk litteraturoversikt og kliniske sjekkpunkter for allmenntannlegen

Vegard Berg Vårum, Maria Mavragani, Marit Slåttelid Skeie, Sindre Andre Pedersen, Abhijit Sen

Kjeveortopedisk behandling med fast apparatur avløses gjerne av en retensjonsfase med uklar tidsbegrensning. Selv om limte retensjonstråder har en velbegrunnet hensikt i å motvirke uønsket residiv, er det grunn til å stille spørsmål ved oppfølging og mulige bivirkninger. Hovedmålet med denne systematiske oversikten var derfor å undersøke om faste kjeveortopediske retainere gir uønskede effekter og foreslå kliniske sjekkpunkter for allmenntannlegen.

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført etter fastsatte kriterier i databasene MEDLINE, Cochrane Library (inkludert Central), Embase, Web of Science og SveMed+. Nøkkelinformasjon ble presentert med utgangspunkt i PICO, mens kvalitative vurderinger ble gjennomført med tilpasset Newcastle-Ottawa scale og Cochrane's Collaboration's tool.

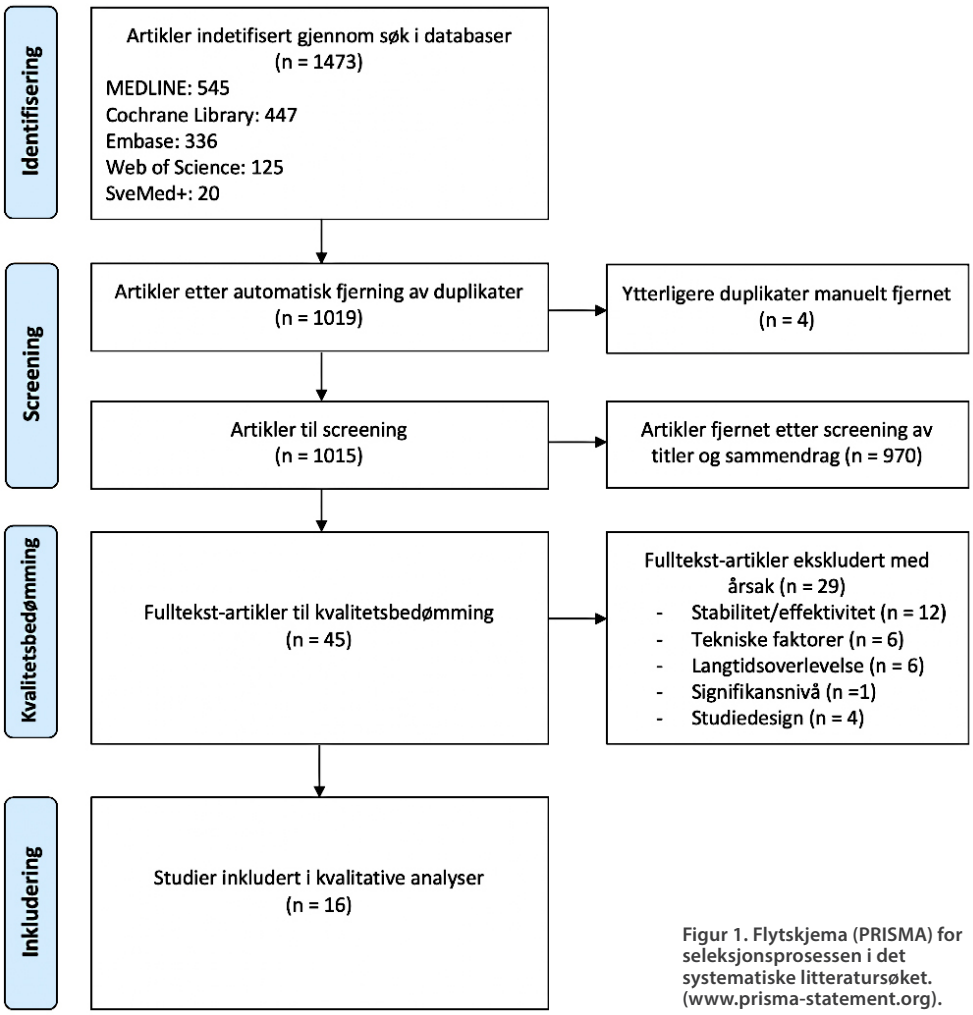
Totalt 16 studier (13 kohortstudier, 3 randomiserte studier) møtte alle kriteriene for å bli inkludert. Etter bruk av retainere viste elleve studier periodontale utfall, med tendens til økt plakk-, gingvitt- og tannsteinsdannelse, tre studier påviste ulike biomarkører, og to studier uventede endringer i tannstilling.

Klinikere bør være spesielt oppmerksomme på hygieneutfordringer og utilsiktet kraftpåvirkning ved faste retainere. Flere kvalitetsstudier med tilstrekkelig oppfølging er nødvendig. Tydelige, oppdaterte sjekklister er viktig for å håndtere komplikasjoner og sikre god rollefordelingen mellom tannlege og kjeveortoped.

Kjeveortopedisk retensjon kan defineres som avslutningsfasen i kjeveortopedisk behandling (1), der målet er å stabilisere forflyttede tenner i korrigert posisjon (2). Stabilitet tilstrebes ved bruk av passiv retensjonsapparatur (3), både som avtakbare plastplater og vakumskinner (4) og som fastmonterte tråder i ulike utforminger og strukturer (3). Gull, rustfritt stål, titan (5, 6) og fiberforsterkede kompositter (7) er eksempler på trådmaterialer. Liming skjer ved bruk av polymerbaserte kompositter direkte på lingualflaten på fortenner og/eller hjørnetenner, der antall limte tenner varierer med korrigert avvik og operatørpreferanser.

En overordnet hensikt med retainere er altså å minimere effekten av uønsket tilbakefall, både på kortere- og lengre sikt. Residiv er «tap av hvilken som helst korreksjon oppnådd via kjeveortopedisk behandling» (8). Kortsiktig residiv gjelder rett etter at fast apparatur er fjernet (9) og skyldes remodellering i støttevevet. Remodellering av periodondale ligamentfibre (PDL-fibre) tar omtrent to måneder (10), for gingivale fibre inntil 232 dager (11). Kortsiktig stabilitet oppnås når biologisk likevekt i remodelleringen er nådd. Langsiktig residiv skyldes endringer i postretensjonsfasen (8), herunder aldersforandringer (3), kontinuerlig vekst (3) og bløttvevspress (3). Langtidsstudier har vist at kjeveveksten fortsetter i voksen alder, gjerne i samme mønster som forårsaket bittanomaliet i utgangspunktet (12). Dette gjelder særlig i kjevenes mesiodistale - og vertikale plan (3). Kontinuerlig kjevevekst kombinert med tannslitasje kan så føre til okklusale endringer. Langsiktig stabilitet utfordres dermed av sammensatte individuelle faktorer, noe som skaper et behov for retensjon over en ubestemt tidsperiode (13). Av den grunn foretrekkes gjerne faste retainere siden pasientene slipper å ta de inn og ut.

Retensjonsperioder som strekkes over flere år kan imidlertid by på utfordringer som kan være krevende å utrede. Retningslinjer for retensjonstype og retensjonstid spriker (14), og kjeveortopedien er dessuten ulikt organisert i de nordiske landene (15). Tidligere under-



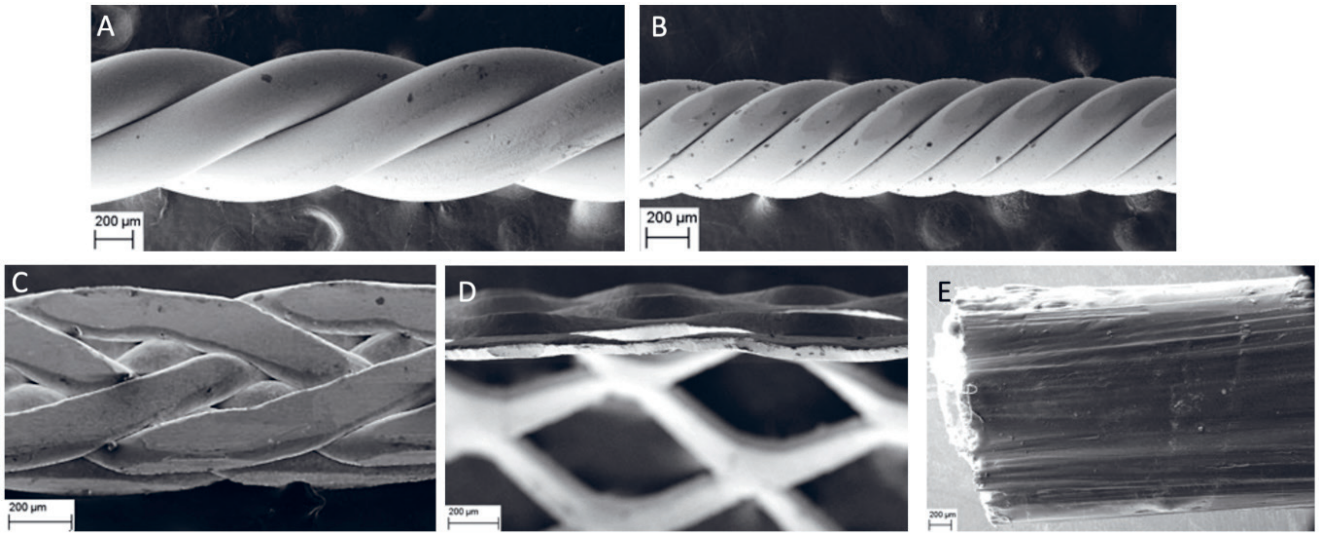
Figur 1. Flytskjema (PRISMA) for seleksjonsprosessen i det systematiske litteratursøket. (www.prisma-statement.org).

søkelser har vist at norske allmenntannleger i liten grad sammenlignet med Danmark og Sverige, setter inn faste retainere på pasienter (16). Dette underbygges av en nylig publisert undersøkelse blant franske allmenntannleger, der 90 % av de spurte ikke ønsket å påta seg ansvaret for langtidsovervåkning av retainere (17). Organisering, diagnostikk og oppfølging kan derfor være en utfordring for allmenntannlegen. I denne studien ønsker vi å fokusere på uønskede effekter ved faste retainere, som i motsetning til avtakbare kan bli stående i munnhulen i årevis. Fullstendig retaineroverlevelse - og stabilitet av kjeveortopedisk behandlingsresultat kan neppe forventes, men det er grunn til å undersøke mulige bieffekter av selve tråden. Hovedmålet med denne artikkelen er derfor å framskaffe tilstrekkelig pålitelig vitenskapelig informasjon for å besvare følgende forskningsspørsmål: gir faste kjeveortopediske retainere uønskede effekter? Videre er et underordnet mål å foreslå kliniske sjekkpunkter for kontroll og oppfølging av faste kjeveortopediske retainere.

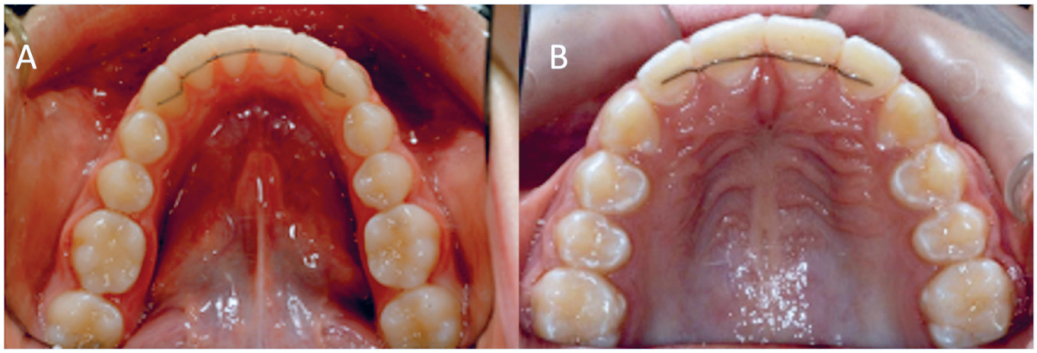
Systematisk litteraturgjennomgang

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for denne systematiske oversikten var studier publisert i tidsskrift med fagfellevurdering («peer review»), publisert fra år 2000 til søketidspunktet 05.11.2020. Temaet oversikten skulle dekke var faste kjeveortopediske retainere, med utfallet uønskede effekter, inkludert tenner, periodontium og ev. lokale/systemiske faktorer. Intervensjon var alle typer faste retainere, inkludert tråd og resinmateriale, limt på samme tanngruppe. Både retainere limt i underkjeve, overkjeve eller begge kjever etter kjeveortopedisk behandling ble inkludert, uten begrensning i pasientgrupper. Sammenligningsgrunnlaget var kontrollgrupper uten fast retensjon (ev. avtakbar retensjon) og ulike retainertyper, med gjentatte målinger på samme utvalg. Kun studier publisert på engelsk eller skandinaviske språk ble inkluderte. Studiedesign var begrenset til randomiserte kontroller-



Figur 2. Strukturen av et utvalg retainere fra Universitet i Bergen høsten 2017, herunder flertvunnet tråd (A-B), flettet tråd (C) og kompositttråd (E). Rombulær gittertråd (D) er en sjeldnere variant som ikke er omtalt i inkluderte studier. Skanningelektronmikroskopi.



Figur 3. Eksempel på klinisk bruk av flertvunnet tråd med henholdsvis seks limingspunkter i underkjeven (A) og fire limingspunkter i overkjeven (B).

te studier og kohort-studier med prospektivt- eller retrospektivt design.

Eksklusjonskriterier var systematiske eller enkle oversiktsartikler, meta-analyser, kontrollerte kliniske studier, kasus-kontroll-studier, tverrsnittstudier, kasusrapporter, konferansepublikasjoner, in vitro-studier, dyrestudier og grå litteratur. Studier som manglet kontrollgruppe ble også ekskludert. Utfall som langtidsoverlevelse og faktorer av betydning for denne, ble ekskludert, herunder tekniske faktorer (feil med lim eller retainermateriale), residiv og stabilitet av kjeveortopedisk behandlingsresultat. Alle studier med avtakbar retensjon ble ekskludert når dette var eneste retensjonsløsning, samt studier med ulike typer tilleggsbehandling (for eksempel interproksimal reduksjon, fibrotomi eller andre kirugiske intervensjoner). Dersom studier beskrev utfall som fordelte seg både blant inklusjons- og eksklusjonskriterier ble kun det som berørte inkluderte utfall vurdert.

Litteratursøk

Et systematisk litteratursøk ble utført av bibliotekar (SAP) 05.11.2020 i de fem databasene MEDLINE, Cochrane Library (inkludert Central), Embase, Web of Science og SveMed+. Søket omfattet en kombinasjon av fritekst- og emneord knyttet til begrepene faste kjeveortopediske retinere og uønskede effekter.

Gjennomgang av litteratursøket

Alle referanser ble først vurdert på bakgrunn av tittel og abstract av to hovedansvarlige (VBV og MM). Studier ble kategorisert som «relevant», «ikke relevant» og «usikker». For studier som havnet i kategoriene «relevant» og «usikker», ble fullteksten av artiklene gjennomlest og eventuell inklusjon diskutert i samråd med en tredje forfatter (MSS). Flytskjema for seleksjonsprosessen (18) er gjengitt i figur 1, som viser at etter duplikatkontroll ble opprinnelig antall på 1473 studiereferanser redusert til 1015. Etter gjennomgang av tittel

Tabell 1a: PICO med nøkkelbeskrivelse av tre randomiserte studier

Forfatter, År, Land	Alder (år)	N, Matching, Prospektiv oppfølging	Intervensjon og sammenligning Grupper (Gr.)	Utfall Signifikant høyere: + Signifikant lavere: - Ingen signifikante forskjeller: 0
Ferreira, L.A. et al. (2019) Brasil	18-25	15 Alder: - Kjønn: - Prospektiv 6 md.	Underkjeve: PI, GI og CI <u>Gr. 1:</u> 0,8 mm konvensjonell kjeveortopedisk tråd (Morelli, Sorocaba) <u>Gr. 2:</u> Prefabrikerte 0,2 x 0,7 mm Ortho-FlexTech (Reliance Orthodontic Products)	På linguale og approksimale flater for flettet retainer: PI: + GI: + På linguale flater og langs akseretning på tråden for flettet retainer: CI: +
Störman, I. Ehmer, U. (2002) Tyskland	13-17	103 Alder: - Kjønn: + Prospektiv 1 ,3 ,12 ,24 md	Underkjeve: PI og BOP <u>Gr. 1 (n=31):</u> 0.0195 Respond <u>Gr. 2 (n=38):</u> 0.0215 Respond <u>Gr. 3 (n=34):</u> Prefabrikert retainer 3-3	Alle gr.: PI: + BOP: Resultat rapporteres ikke eksplisitt
Torkan, S. et al. (2014) Iran	13-19	30 Alder: + Kjønn: - Prospektiv 6	Begge kjever: PI, GI, CI, BOP og Rtg. <u>Gr. 1 (n=15):</u> Kompositttretainer (NSI Ltd.) med seks limingspunkter <u>Gr. 2 (n=15):</u> Flertvunnet 0.0175 retainer i rustfritt stål (American Orthodontics)	PI: + (gr. 1 vs. 2) GI: + (gr. 1 vs. 2) CI: + (underkjeve, begge gr.) BOP: 0 Rtg.: 0 I begge tilfeller ble scorene vesentlig forverret etter 6 md., med høyest score for gr. 1 (kompositttretainere).

Tekniske forkortelser: 3-3: Limingspunkt kun på hjørnetenner
Periodontale indekser: OHI: Oral hygieneindeks, PI: Plakkindeks, GI: Gingivalindeks, MGI: Modifisert gingivalindeks, BOP: Blødning ved sondering , PPD: Lommedybde, GR: Gingivale retraksjoner, CI: Tannstein, MR: Marginalt bentap, Rtg.: Røntgen
Systemiske indekser: OS: Oksidativt stress, OSI: Oksidativ stress-indeks, TOS: Total oksidant-status, TAS: Total antioksidant-status, BPA: Bisfenol-A, GCF: Gingivalvæske, PE: Proteiner/elastaser, F-Hb: F-Hemoglobin, LDH: Laktatdehydrogenase, *P.g.: Pharfyromanas gingivialis, T.f.: Tannerella forsythia*

Tabell 1b: PICO med nøkkelbeskrivelse av 13 kohortstudier

Forfatter År Land	Alder (år)	N, Matching, Oppfølging	Intervensjon og sammenligning Grupper (Gr.)	Utfall: Signifikant høyere: + Signifikant lavere: - Ingen signifikante forskjeller: 0
Al-Nimri, K. et al. (2009) Jordan	19,974,2 20,233,8	62 Alder: + Kjønn: + Prospektiv 12 md.	Underkjeve: OHI, PI og GI Gr. 1: 0.036 konvensjonell tråd (3-3) Gr. 2: 0.015 flertvunnet tråd	OHI: Manglende rapportering PI: 0 PI: + (for observasjoner på d-flatene i gr. 1) GI: 0
Gökçe, B., Kaya, B (2019) Tyrkia	16,5-18	100 Alder: + Kjønn: + Prospektiv 1 uke 1 md. 3 md. 6 md.	Underkjeve: PI, GI, BOP og GR Gr. 1: 0.0175 flertvunnet tråd, direkte bondet Gr. 2: 0.0175 flertvunnet tråd, indirekte bondet Gr. 3: 0.0215 flertvunnet tråd, direkte bondet Gr. 4: 0.0215 flertvunnet tråd, indirekte bondet Kontroll: Essix-retainer	PI: 0 GI: + (gr. 1-4, etter 1-6 md.) BOP: + (gr. 1-4, etter 1 md.) GR: 0
Goymen, M. et al. (2016) Tyrkia	16-17	30 Alder: + Kjønn: + Prospektiv 0 1 md. 3 md.	Underkjeve: OS, OSI, TOS og TAS Gr. 1 (n=10): Proform temp splint (Essix-retainer) Gr. 2 (n=10): Bond-a-Braid (flettet tråd) Gr. 3 (n=10): Super Splint (fiber-retainer)	TOS: - (gr. 3 vs. gr. 1+2) TOS: - (gr. 2 vs. gr. 1) TAS: + (gr. 2 vs. gr. 3) OSI: + (gr. 1 vs. gr. 2+3)
Juloski, J. et al. (2017) Serbia/ Norge	19-21	144 Alder: + Kjønn: + Retrospektiv Før behandling 4-6 uker 5 år	Underkjeve: CI og GR Gr. 1 (n=96): Uspesifiserte faste retainere Gr. 2 (n=48): Kontroll; ingen fast retensjon	CI: + (gr. 1) GR: + (gr. 1+2)
Kaji, A. et al. (2013) Japan	27,5 ± 7,0	31 Alder: - Kjønn: - Prospektiv 1 uke 4 uker 8 uker	Underkjeve: GCF, PE, F-Hb, PI, GI, BI, CI, PPD, IL-1b, PGE2, LDH, P.g. og T.f. Gr. 1 (n=17): Fast retainer i rustfritt stål, seks limingspunkter Gr. 2 (n=14): Kontroll; ingen fast retensjon	GCF: + (gr. 1+2) PE: + (gr. 1+2) F-Hb: + (gr. 1) Øvrige intervensjoner: 0

Tabell 1b: PICO med nøkkelbeskrivelse av 13 kohortstudier

Forfatter År Land	Alder (år)	N, Matching, Oppfølging	Intervensjon og sammenligning Grupper (Gr.)	Utfall: Signifikant høyere: + Signifikant lavere: - Ingen signifikante forskjeller: 0
Kang, Y.G. et al. (2011) Sør-Korea	20-23	22 Alder: + Kjønn: - Prospektiv Før Umiddelbart etter 1 dag, 1 uke og 1 md.	Underkjeve: BPA (urin) og BPA (saliva) Uspesifiserte typer faste retainere Gr. 1 (n=11): Flytende resin, Filtek FLOW Gr. 2 (n=11): Restorativ resin, Z250	BPA (saliva): + (for gr. 2 umiddelbart etter påliming)
Kartal, Y. et al. (2020) Tyrkia	15,65 ± 2,17 18,42 ± 5,17	52 Alder: + Kjønn: - Prospektiv 1 uke 1 md. 3 md. 6 md.	Underkjeve: PI, GI, PPD, MR og BOP Gr. 1 (n=26): 0.014 x 0.014 Memotian- reteinere (CAD-CAM) Gr. 2 (n=26): 0.0215 femtvunnede retainere, manuelt tilpasset	PI: 0 (+ for både gr. 1 og 2) GI: 0 PPD: 0 MR: 0 BOP: 0 (+ for både gr. 1 og 2)
Knaup, I. et al. (2019) Tyskland	22-56	61 Alder: - Kjønn: - Retrospektiv 6 md.	Begge kjever: PI, GI, PPD, BOP, GR og Biofilm Gr. 1 (n=31): 0.0175 Twist flex retainer Gr. 2 (n=30): 0.14 x 0.14 CAD-CAM Nitinol-retainere	PI: - (gr. 2) GI: - (gr. 2) PPD: - (gr. 2) BOP: - (gr. 2) GR: 0 Biofilm: - (gr. 2)
Kučera, J., Marek, I (2016) Tsjekkia	20,7 ± 8,9	3500 Alder: - Kjønn: - Retrospektiv 5 år	Underkjeve: Uventede komplikasjoner 0.0215 gullbelagt femtvunnet tråd (PentaOne Gold'n Braces) eller 0.0175 sekstvunnet koaksial tråd (Ortho Organizers) Gr. 1 (n=38): Uventede komplikasjoner Gr. 2 (n=105): Randomisert kontroll	Gr. 1: Krysseffekt; n = 12 Vridningseffekt; n = 21 Non-spesifikke; n = 5 Retainertype: - Alder ved debonding: + A-pogonionlinje: + Mandibulær planvinkel: +
Kuijpers, M.A. et al. (2009) Nederland/Sveits	20,58 (SD = 1,86)	222 Alder: - Kjønn: - Retrospektiv Før behandling Etter behandling 5 år	Begge kjever: Anteriore tannslitasje Gr. 1 (n=49): Overkjeve; avtakbar plate (labial bue + 1. molarer) Underkjeve; C-C-bar Gr. 2 (n=36): Overkjeve; avtakbar plate (labial bue + 1. molarer) Underkjeve; flertvunnet tråd Gr. 3 (n=23): Overkjeve; flertvunnet tråd Underkjeve; C-C-bar Gr. 4 (n=114): Begge kjever; flertvunnet tråd	Økt incisal slitasje i alle observasjonsperiodene, både fortenner og hjørnetenner. Økt intercaninavstand bidro til mindre slitasje. Avtakbare plater i o.kj. ga mer slitasje sammenlignet med avtakbare retainere.

Tabell 1b: PICO med nøkkelbeskrivelse av 13 kohortstudier

Forfatter År Land	Alder (år)	N, Matching, Oppfølging	Intervensjon og sammenligning Grupper (Gr.)	Utfall: Signifikant høyere: + Signifikant lavere: - Ingen signifikante forskjeller: 0
Pandis, N. et al. (2007) Hellas	25 (mean)	64 Alder: - Kjønn: +	Underkjeve: PI, GI, CI, PPD, GR og MR Eksponert (n=32): 0.195 flertvunnet tråd (Wildcat) i 9,65 år Kontroll (n=32): 0.195 flertvunnet tråd (Wildcat) i 3-6 mnd.	PI: 0 GI: 0 CI: + (eksponert) PPD: + (eksponert) GR: + (eksponert) MR: 0
Tacken, M.P. et al. (2010) Belgia	14 (mean)	184 Alder: + Kjønn: + Prospektiv 3-6 md. 9,65 år	Begge kjever: MGI, PI og BOP Gr. 1 (n=45): Kompositttråd (GFR500, Everstick Ortho) Gr. 2 (n=48): Kompositttråd (GFR1000, Everstick Ortho) Gr. 3 (n=91): Flertvunnet tråd (0.0215 Ortho Organizers) Negativ kontroll (n=90)	MGI og BOP: + (gr. 1+2 vs. gr. 3) 0 (gr. 1 vs. gr. 2) - (negativ kontroll) PI: 0 (gr. 1 vs. 2 vs. 3) - (negativ kontroll)
Wolf, M. et al. (2016) Tyskland	24,52 ± 4,36	30 Alder: - Kjønn: - Prospektiv 6 md.	Underkjeve: Uventede komplikasjoner Twistflex-retainere 3-3 Tre gr. med kategorisert alvorlighetsgrad	Retainrotasjoner ble hovedsakelig observert i labial retning, på hjørnetenner og med senter omkring sentrale incisiver. Prediktorer: Ekspandert hjørnetannsavstand og korreksjon av store overbitt.

Tekniske forkortelser: 3-3: Limingspunkt kun på hjørnetenner
Periodontale indekser: OHI: Oral hygieneindeks, PI: Plakkindeks, GI: Gingivalindeks, MGI: Modifisert gingivalindeks, BOP: Blødning ved sondering , PPD: Lommedybde, GR: Gingivale retraksjoner, CI: Tannstein, MR: Marginalt bentap, Rtg.: Røntgen
Systemiske indekser: OS: Oksidativt stress, OSI: Oksidativ stress-indeks, TOS: Total oksidant-status, TAS: Total antioksidant-status, BPA: Bisfenol-A, GCF: Gingivalvæske, PE: Proteiner/elastaser, F-Hb: F-Hemoglobin, LDH: Laktatdehydrogenase, *P.g.: Pharfyromanas gingivialis, T.f.: Tannerella forsythia*

og abstract gjensto 45 publiserte artikler fra studier som potensielt relevante, mens siste fulltekstlesning resulterte i endelig inklusjon av 16 publiserte artikler fra ulike studier.

Utfall

Overordnet utfall var uønskede effekter ved bruk av faste kjeveortopediske retainere. For produkter i rustfritt stål innebærer «konvensjonell» at tråden er enstrenget/semirund. «Flertvunnet» benevner flere interntråder tvunnet i et sirkulært heliksmønster, mens «flettet» benevner flere interntråder i flattrykt, rektangulært flettemønster. «Kompositttråd» er resinbasert og forsterket med fiberbunter, mens «Computer-aided design and Computer-aided manufactoring» (CAD-CAM), impliserer digitalt design og 3D-printing. Et utvalg retainere er illustrert ved skanningelektronmikroskopi i figur 2 og klinisk eksempel i figur 3.

Kvalitativ vurdering

Nøkkelinformasjon for evalueringen av de inkluderte studiene er presentert i tabell 1a og tabell 1b etter hva som regnes som sentrale emner fra PICO (19), herunder «Populasjon», «Intervensjon», «Sammenligning» (eng. «Comparison») og «Utfall» (eng. «Outcome»). Målet med PICO er å klargjøre problemstilling, utvelgelse og kritisk vurdering av studiene (20). Kvalitetsbedømming ble utført av tre forfattere (VBV, MSS og AS) med utgangspunkt i justert Newcastle-Ottawa scale (21) for kohortstudier og Cochrane Collaboration's tool (22) for randomiserte studier. Tabell 2a viser resultater fra kvalitetsvurdering for de randomiserte studiene og tabell 2b for kohortstudiene.

Resultater

Ut av de 16 studiene som møtte inklusjonskriteriene, var tretten kohortstudier (23, 24, 26, 27, 28, 29-36), der ni hadde prospektivt longitudinelt design (23, 24, 26, 29, 31, 30, 32, 35, 36) mens fire (27,

Tabell 2a: Vurdering av bias-risiko for randomiserte studier

Studie	Randomisering-sekvensering	Tildelt hemmelighold	Blinding av deltakere og personell	Blinding av utfall	Ufullstendige utfall av data	Selektiv rapportering	Annen bias
Ferreria L.A. et al. (2019)	Høy	Usikker	Høy	Usikker	Usikker	Usikker	Usikker
Torkan S. et al. (2014)	Lav	Lav	Usikker	Lav	Usikker	Lav	Usikker
Störman, I. Ehmer, U. (2002)	Lav	Usikker	Usikker	Usikker	Lav	Høy	Usikker

Vurdering av bias for randomiserte studier ved bruk av Cochrane Collaboration's tool. Verktøyet kvalitetsvurderer material-bias for til sammen syv elementer ved bruk av skalaen «lav», «usikker» og «høy». Material-bias blir her definert som bias med subjektiv karakter og tilstrekkelig omfang til merkbar effekt på resultater eller konklusjoner i studien. Dersom det er utilstrekkelig detaljert beskrivelser i studien vil bedømmingen vanligvis bli «usikker» risko for bias. Tilsvarende bedømming anbefales dersom beskrivelsene er kjent, men assosiert risiko er ukjent.

Tabell 2b: Kvalitetsvurdering av kohortstudier, etter justert Newcastle-Ottawa Scale (NOS)

Studie	Seleksjon	Sammenlignbarhet	Utfall	Total score	Bias-risiko
Al-Nimri, K. et al. (2009)	*	-	**	3	Høy
Gökçe, B., Kaya, B (2019)	***	*	**	6	Middels
Goymen, M, et al. (2016)	***	*	*	5	Middels
Juloski, J. et al. (2017)	***	*	***	7	Middels
Kaji, A. et al. (2013)	***	-	*	4	Høy
Kang, Y.G. et al. (2011)	***	*	**	6	Middels
Kartal, Y. et al. (2020)	***	*	**	6	Middels
Knaup, I. et al. (2019)	**	-	**	4	Høy
Kučera, J., Marek, I (2016)	****	**	***	9	Lav
Kuijpers, M.A. et al. (2009)	***	*	***	7	Middels
Pandis, N. et al (2007)	**	*	***	6	Middels
Tacken, M.P et al. (2010)	***	**	**	7	Middels
Wolf, M. et al. (2016)	**	-	*	3	Høy

Studiekvalitet ble evaluert med utgangspunkt i en justert versjon av ni-stjerners-skalaen Newcastle-Ottawa Scale (NOS) ved bruk av forhåndsdefininerte kriterier, nemlig seleksjon (populasjon, representativt utvalg), sammenlignbarhet (justering for konfundere) og pålitelighet i utfallet. NOS tildeler maks fire stjerner for seleksjon, to for sammenlignbarhet og tre for utfall. Ni stjerner i NOS reflekterer den høyeste studiekvaliteten. Følgende rangering ble lagt til grunn for vurdering av bias-risiko: lav (8-9), middels (5-7) og høy (0-4).

28, 33, 34) hadde retrospektivt longitudinelt design. Tre studier hadde randomisert studiedesign (25, 37, 38).

Studiene var geografisk representert ved tre kontinenter og 14 land. Halvparten var publisert i Europa med åtte artikler (25-28, 33-36), etterfulgt av Asia med sju (23, 24, 29-32, 38) og Sør-Amerika med én (37). Tyskland (25, 27, 35) og Tyrkia (24, 29, 31) hadde flest publikasjoner med tre studier hver. Jordan (23), Belgia (26), Hellas (36), Brasil (37), Serbia/Norge (28), Iran (38), Japan (30), Sør-Korea (32), Nederland/Sveits (33) og Tsjekkia (34) var representert med én studie.

Oppfølgingstid/limingstid varierte en god del mellom studiene. Fem av de inkluderte studiene fulgte pasientene i seks måneder (24, 27, 29, 35, 38). Fem studier hadde 1-6 md. (30-32, 36, 37) oppfølgingstid, mens tre studier hadde henholdsvis 1-4 års oppfølgingstid (23, 25, 26) og 5 års oppfølgingstid (28, 33, 34).

Antall pasienter med i de inkluderte studiene varierte fra 15 til 3500 (34, 37). Seks studier hadde utvalg i intervallet 22-52 pasienter (24, 30, 31, 32, 35, 38), fire i intervallet 60-98 pasienter (23, 25, 27, 36), mens fire lå i intervallet 100-222 pasienter (26, 28, 29, 33). Aldersfordelingen i utvalget var knyttet til tidspunktet for fjerning av fast apparatur og oppfølgingstid. Tenåringer og unge voksne i alderen 19-25 år var derfor overrepresentert, kun én studie oppgav aldersintervall i øvre sjikt på 22-56 år (27).

To av de inkluderte studiene oppga ingen kjønnsfordeling (27, 37). For resterende studier var gjennomsnittlig kjønnsfordeling 39,3 % menn og 60,7 % kvinner. Kun én av disse 14 studiene oppga helt jevn kjønnsfordeling i utvalget (25).

Underkjeven var overrepresentert i intervensjonen. Elleve av 16 studier omhandlet retainere i underkjeven (23-25, 28, 29-32, 34, 35, 37), mens fem undersøkte retainere i begge kjever (26, 27, 33, 36, 38). Ingen av studiene så utelukkende på overkjeven. Det var noe spredning ift. retainertyper og antall limingspunkter.

Periodontale effekter

Blant tolv av de inkluderte studiene var periodontale effekter hovedutfallet, og dermed den mest rapporterte uønskede effekten i litteraturstudien (23-30, 36-38). Åtte av disse hadde to eller flere retainere som sammenligningsgrunnlag (23-25, 27, 35-38), mens resterende fire hadde kontrollgruppe, enten som avtakbar retensjon (29) eller uten noen form for retensjon (26, 28, 30).

Plakkindeks (PI) ble rapportert i flere studier. Fire studier fant ingen signifikante forskjeller i PI mellom ulike retainertyper (23-26). For to av disse studiene (24, 25) ble de likevel konstatert økende plakkmengder innad i kohortene utover observasjonsperioden. I tillegg viste én studie høyere PI for retainergruppene målt mot kontrollgruppe uten fast retensjon (26). Undersøkelser på samme flertvunnet tråd viste derimot ingen signifikant økning i PI ved kort og lang limingstid (36). Andre studier viste høyere PI for flertvunnet tråd, målt mot konvensjonell (37) og CAD-CAM-basert tråd (27). Flertvunnet tråd hadde likevel bedre PI-score enn kompositttråd (38).

Mineralisert plakk er sammen med bakterier hovedbestanddelen i tannstein, en uønsket effekt som ble knyttet til retensjonsbehandling i flere studier. Det ble for eksempel observert signifikant høyere tannsteinsnivå over en femårsperiode for pasienter med retainere målt mot kontrollgruppe (28). I tillegg ble det rapportert høyere nivå av tannstein for pasienter med flertvunnet tråd enn de som fikk konvensjonell tråd (37). I sammenligninger av flertvunnet og fiberforsterket kompositttråd (38) ble det imidlertid ikke påvist signifikante nivåforskjeller i tannstein. Likevel økte akkumulasjon i begge gruppene etter seks måneder (38). Det ble også påvist økende nivåer av tannstein og dype lommer ≥ 4 mm ved 10 års limingstid (36).

Gingivale retraksjoner defineres som en apikal forskyvning av margo gingiva fra en normal posisjon på tannkronen til et nivå apikalt for emalje-sementgrensen med blottleggelse av rotoverflaten (39). En retrospektiv longitudinell studie undersøkte gingivale retraksjoner over en femårsperiode og konkluderte med at forekomsten økte uavhengig av om det var faste kjeveortopediske retainere på tennene eller ikke (28). En annen studie viste derimot at gingivale retraksjoner økte signifikant etter ti års retensjonstid målt mot tre til seks måneders retensjontid for en type flertvunnet tråd (36). I sammenligninger mot CAD-CAM-framstilt tråd, var det derimot ingen holdepunkter for at flertvunnet tråd gir økt risiko for utvikling av gingivale retraksjoner (24).

Gingival indeks (GI) og blødning ved sondering (BOP) måler graden av gingival inflammasjon. I likhet med PI ble det rapportert høyere GI for flertvunnet tråd, både i sammenligninger med konvensjonell tråd (37), CAD-CAM-framstilt tråd (27) og målinger mot avtakbar kontrollgruppe (29). Andre sammenligninger av flertvunnet tråd og CAD-CAM-tråd, viste derimot ingen signifikante forskjeller, hverken for GI eller andre parametere som lommedybdemåling og BOP (24). Både lavere GI (38), modifisert gingivalindeks (MGI) (26) og BOP (26) ble derimot rapportert i målinger mot kompositttråd. Kontrollgruppen i den ene studien (26) hadde signifikant lavere MGI enn begge retainergruppene – et funn som underbygger uønskede effekter for støttevevet. Likevel var det ingen evidens for signifikante endringer i røntgenologiske parametere ved seks måneders bruk av kompositttråd og flertvunnet tråd (38). En studie fant ingen signifikante forskjeller i periodontale indekser, hverken for PI, GI, BOP, tannstein eller lommedybde, når retainerpasienter og ikke-eksponerte ble sammenlignet over to måneder (30).

Systemiske effekter

Tre av de inkluderte studiene undersøkte om retainere hadde noen form for systemisk påvirkning ved å måle ulike biomarkører. Biokjemiske målinger fra pasienter med og uten faste retainere over to måneder, viste signifikante ulikheter i elastesaktivitet og proteininnhold (30) uten kliniske implikasjoner for støttevevet. Trådens vertikale posisjon hadde heller ingen signifikant påvirkning i denne studien. En annen prospektiv longitudinell studie vurderte hvorvidt flettet tråd og fiberforsterket kompositttråd hadde effekter på

kroppens oksidant-antioksidant-system (31). Studien målte oksidativ-stress-indeks (OSI), definert som forholdet mellom total oksidant-status (TOS) og total antioksidant-status (TAS). Nevnte parametere ble målt i saliva over en tremånedersperiode og resultatene viste høyest OSI for kontrollgruppen (Essix retainer), etterfulgt av flettet tråd (Bond-a-Braid) og deretter kompositttråd (Super Splint). TOS-verdiene fulgte eksakt samme mønster, mens TAS-verdiene gav høyere utslag for flettet tråd. TAS hadde en tendens til å avta utover i observasjonsperioden, mens TOS og OSI tenderte mot en økning. En tredje prospektiv longitudinell studie undersøkte frigjøring av Bisfenol A fra resinmaterialer via saliva og urin fra uspesifiserte typer retainere limt med flytende eller restorativ kompositt (32). Salivaprøver tatt umiddelbart etter liming, viste signifikant forhøyde verdier av Bisfenol A i forhold til utgangsverdier. Verdiene var stabile i hele observasjonsperioden og høyere for restorativ enn flytende resinmateriale. Nivåene i urinprøvene var uregelmessige uten sammenheng med observasjonsperioden.

Tannslitasje og uventet tannforflytting

Stabile bitt med lavest mulig risiko for postoperativ tannslitasje, er et viktig kriterium for vellykket kjeveortopedisk behandling. En retrospektiv longitudinell studie sammenlignet anterior tannslitasje over en femårsperiode (33). Intervensjonen var flertvunnet og konvensjonell tråd i begge kjever med avtakbar retensjon som kontrollgruppe. Resultatene viste at faste retainere ikke hadde noen signifikant effekt på incisal slitasje. Tvert imot ble det observert signifikant større hjørnetannslitasje i overkjeven ved bruk av avtakbare plater enn ved faste retainere. Totalt sett var det ingen signifikant økning i incisal slitasje i observasjonsperiodene, mens ekspandert hjørnetannsavstand i overkjeven ble assosiert med mindre incisal slitasje.

Blant studiene med observasjonstid på fem år inngikk en retrospektiv studie med 3500 pasienter (34). Her ble det påvist 1,1 % uventede komplikasjoner ved bruk av to typer flertvunnet tråd i underkjeven, beskrevet som «krysseffekt» (motsatt torque på nabotenner), «vridningseffekt» (motsatt torque på kontralaterale hjørnetenner) og «plassoverskudd» (kontaktpunkter har sklidd fra hverandre). «Torque» er en adoptert kjeveortopedisk fagterm som betegner endringer i tannens aksestilling i buccolingual-planet. I 89 % av tilfellene med «vridningseffekt» hadde venstre hjørnetann en buccal inklinasjon som innebærer at akseretningen heller nedover mot leppen. Mandibulærplanvinkel, alder ved fjerning av fast apparatur og posisjonene til mandibulære fortenner i forhold til A-pogonionlinjen, var signifikante prediktorer for nevnte komplikasjoner.

Tilsvarende prospektive analyser fra en studie med en kortere observasjonsperiode og mindre utvalg, viste tredimensjonale forandringer hos nesten alle undersøkte pasienter (35). Blant 13,32 % ble forandringene karakterisert som «alvorlige», både som signifikant tipping og torque-endringer (målt i grader) og som forflytning (målt i mm) av tenner i retainerbuen. Utslagene var klart større for hjørnetennene. Sammenstilling av resultatene mot kliniske observasjoner og modellanalyser, viste et rotasjonsmønster omkring retaineraksen med sentrum i midtlinjen. Rotasjonsmønsteret ble assosiert med ekspandert hjørnetannsavstand og korreksjon av store overbitt.

Diskusjon

Hovedfunnene i denne litteraturstudien var en tendens til økt plakk, gingival blødning og tannstein, men uten dokumentert festetap. Konvensjonell tråd hadde gunstigere effekt på de periodontale indeksene PI, GI og tannstein, målt mot flertvunnet tråd (37), mens kompositttråd generelt kom dårligere ut på de samme indeksene (26, 38). De systemiske effektene var begrenset til målbare biomarkører (30, 31, 32) kort tid etter liming, uten særlig belegg for kliniske langtidsimplikasjoner. Uventet tannforflyting ble dokumentert med lav prevalens, allikevel med desto høyere alvorlighetsgrad (34, 35).

Hygiene er en klar utfordring ved fast retensjon. Både limingspunkter og retensjonstråd gir potensiale for akkumulert plakk. Utilstrekkelig renhold fører til ugunstig forskyvning av likevekten i den orale mikrofloraen, og forholdene kan således legge til rette for dannelse av skadelig biofilm. Andre studier har også vist at biofilm dannes mer effektivt rundt flertvunnet tråd enn konvensjonell tråd (40), samt at få (41) tynne pålimingspunkter på 2-4 mm (42) er fordelaktig. Både tråd – og limingspunkters utforming må derfor vurderes kritisk.

Gingivale retraksjoner hadde lav rapporteringsfrekvens og resultatene var motstridende. Gingivale retraksjoner kan være en komplikasjon av kjeveortopedisk behandling snarere enn selve retensjonsbehandlingen, særlig hvis tannrøttene står i en protrudert, buccal posisjon når fast apparatur fjernes (43, 44, 45). Postoperative beindehisenser, dvs. tap av alveolært bein langs rotoverflaten fra det marginale mot det apikale, som modifiseres av aggressiv tannpussing, er også diskutert som mulig etiologi ved gingivale retraksjoner (46). Denne foreslåtte årsakssammenhengen underbygges av en studie der flest gingivale retraksjoner ble målt på buccalsiden (36). Brå, ukontrollert ekspansjon av tannbuen med utilpassede retainere er også nevnt som sekundære årsaksfaktorer i tidligere oversiktsartikler (47).

Festetap i form av kronisk periodontitt er en multifaktoriell sykdom. Resultatene fra litteratursøket ga ingen holdepunkter for at retainere reduserer marginalt bennivå. Dette underbygges av en

nylig publisert systematisk oversikt på retaineres effekter for periodontal helse, som konkluderte med at effektene stort sett er akseptable, i den forstand at det ikke medfører vesentlig forringelse av periodontiet (48). Flere randomiserte, dobbelt-blinde studier med tilstrekkelig utvalg og oppfølging, er imidlertid nødvendig for å trekke sikre konklusjoner.

Fast retensjon over en lengre periode gir risiko for mikrolekkasjer, både fra tråd – og resinmaterialet. Studier har vist at det kan frigis metaller fra kjeveortopedisk apparatur (49), inkludert retainere (50), samt Bisfenol A og andre restmonomerer fra de polymere materialene brukt i limingen (51, 52). I sjeldne tilfeller kan slik frigjøring gi allergiske reaksjoner og hormonforstyrrelser (53). Klinisk overvåkenhet er derfor nødvendig.

Selv om hjørnetannsattrisjon var marginalt høyere blant pasienter med avtakbare plater enn med faste retainere (33), var den kliniske effekten i praksis neglisjerbar. Nylig publiserte studier har likevel vist at fast retensjon ser ut til å gi raskere etablering av okklusjon (54, 55), med lavere tyggetrykk enn i tilfeller med kun avtakbare plate-løsninger (55). Fiksering av tenner innebærer likevel en risiko for redusert fysiologisk mobilitet, særlig ved stive og rigide materialer. Små tvangsføringer kan resultere i slitasje.

Det er kjent at aktivering av faste retainere kan føre til utilsiktet tannforflytning (56). Selv små interne brudd kan bidra til at materialets elastisitetsmodul overgås. Tråden går da fra passiv til aktiv form og kan katalysere uønsket tannforflytning. Både flertvunnet og flettet tråd er utsatt. For eksempel spekuleres det om heliksen, dvs. spiralmønsteret i flertvunnet tråd, kan være årsak til «vridningseffekt» (34). Foreslått etiologi er at retaineres geometriske orienteringen utøver ulik kraft på kontralaterale hjørnetenner (34), konsekvensen blir dermed motsatt torque. Flettet tråd har såkalte «dead-soft» egenskaper som gjør at materialet lett kan formes og tilpasses, optimalisert for passiv retensjon (57). Ulempen med dette er nettopp den lave elastisitetsgrensen som gir økt risiko for permanente deformeringer (57). Det mekaniske dilemmaet er derfor at tråden skal retinere og motstå tyggetrykk uten at limingspunkt eller trådmaterialet brister, men samtidig tillate fysiologisk mobilitet slik at likevekten i støttevevet opprettholdes.

Kliniske sjekkpunkter

Spørreundersøkelser har vist at 67,1 % av spurte allmenntannleger stiller seg positive til klinisk trening i å håndtere retainere og at andelen som verdsetter kliniske retningslinjer, er ennå høyere, 92,3 % (17). Denne litteraturstudien understreker at oppmerksomheten bør rettes mot de uønskede effektene (23-38) som kan oppstå. På diagnosenivå har vi foreslått en detaljert sjekkliste rettet mot allmenntannlegen (se boks med klinisk sjekkliste). Sjekklisten refererer delvis til funnene i denne artikkelen, samt en nylig publisert oversikt med standardisert utvikling av retningslinjer (58). Biologiske effekter kan avdekkes ved å kontrollere støttevev (gingiva og marginalt bennivå) og slimhinner, mens uventede tannforflytning kan avdekkes ved å inspisere tråd, limingspunkter, aksestilling og okklusale endringer for involverte tenner. Retensjonskontrollen bør bygge på en individuell risikoanalyse (58) der biomekaniske egenskaper og dentoalveolær harmoni og ivaretas.

Styrker og svakheter i denne studien

Kvalitetsvurderingen viste at evidensverdien var høy for tre av studiene pga. randomisert studiedesign, som rangeres over kohortdesign i evidenspyramiden. Bias-risikoen i de randomiserte studiene ble vurdert som usikker til lav, totalt sett. For kohortstudiene var evidensverdien litt ulik, med middels bias-risiko. Flere kohortstudier tok høyde for én eller flere konfunderende faktorer, hovedsakelig kjønn og alder. Det var stor spredning i både oppfølgingstid og utvalgsstørrelse, med delvis skjevfordeling i kjønn. Oppfølgingstiden kunne med fordel vært lengre for mer treffsikre data om ev. periodontittutvikling. Likeså ville flere studier på samme trådmateriale muliggjort metaanalyser. En gjennomgående svakhet for samtlige studier var mangelfull beskrivelse av sosioøkonomisk status (SEM), som sår tvil omkring studienes representativitet. Geografisk spredning kan kompensere noe for dette. I tillegg var det relativt lav heterogenitet i alder og kjeveintervensjon. Tidsbegrensningen på 20 år i inklusjonskriteriene kan også ha ført til at relevante studier har blitt utelatt.

En styrke ved de kliniske sjekkpunktene er at de delvis baseres på en systematisk oversiktsartikkel, mens svakheter er empiri og ekspertuttalelser med begrenset vitenskapelig belegg. Flere kvalitetsstudier er nødvendig for å dokumentere både uønskede effekter og effektiviteten av kliniske råd. Samtidig peker sjekklistene på viktige momenter som kan forbygge at uønskede effekter går under radaren.

Konklusjon

Denne systematiske oversikten viste at faste kjeveortopediske retainere har hygieniske utfordringer og at i sjeldne tilfeller kan utilsiktede endringer i tannstilling oppstå. Det trengs også mer kunnskap om langtidsimplikasjoner for støttevev og mekanismene som induserer vridning og rotasjon i tråden. Tydelige, oppdaterte sjekklister er nødvendig å fremstille, både for håndtering av komplikasjoner og for forutsigbarhet i rollefordelingen mellom tannlege og kjeveortoped. Retensjonsprotokoller bør baseres på en individuell risikoanalyse med hyppig oppfølging slik at pasientene får et eierskapelig forhold til behandlingsresultatet.

Klinisk sjekkliste

Kliniske tegn	Klinisk undersøkelse	Tentativ diagnose	Aktuelle tiltak
Akkumulert plakk, tannstein og gingival blødning.	Inspiser interdentalt renhold, om nødvendig med plakkinnfarging Kontroller marginalt bennivå klinisk/røntgenologisk. Vurder modifiserende anamnetiske faktorer.	K05.1 Kronisk gingivitt eller K05.3 Kronisk periodontitt	Hygieneinstruksjon: • interdentalbørster i tilpasset farge • Superfloss Gingivitt; supragingival depurasjon. Periodontitt; subgingival depurasjon. Ved svært dårlig renhold; vurder om retainer skal tas av i samråd med kjeveortoped.
Gingivale retraksjoner, ev. med ising	Se etter festetap og eksponert rotsement Vurder tykkelsen på den buccale benlamellen og se etter endringer i rotposisjon Ved endring i tannposisjon, se neste rad.	K06.0 Tannkjøttretraksjon (Gingival retraksjon)	Profylakse og non-invasive tiltak: • myk børste, skånsom pussing • tannkrem m/kaliumnitrat, KNO3 • Duraphat-pensling Klassifiser eventuelle retraksjoner. Ved rotposisjonsendring; kontakt **kjeveortoped** som vurderer revisjonsbehandling og ev. kirurgi i samarbeid med **periodontist**: • lateral/koronal forskjøvet lapp • transplantatkirurgi • membrankirurgi
Uventet vinkling, rotasjon, vandring Utilsiktet tannforflytning ——— Løs tråd	Se på tannbuens form; kontroller om det har oppstått uventet • tipping • torque • vandring av tenner ——— Inspiser tråd og limingspunkter visuelt og ved sondering.	K07.3 Anomali i tannstilling Retainerfraktur Limfraktur	Vurder om endringer skyldes kortsiktig- eller langsiktig residiv, ev. utilsiktet trådaktivering. Fjern tråd og vurder henvisning til kjeveortoped ved tegn til mekanisk svikt og uventet tannforflytning. ——— Ved løsnet tråd uten tegn til forflytning, vurder ny påliming*
Gnag på tungen Utslett på hud eller munnslimhinne	Se etter lokale sår ved tungeapex og slimhinner i tilknytning til retaineren, ev. perifert.	K13.6 Irritasjonshyperplasi i munnslimhinne	Vurder om gnaget kan avlastes eller om tråden må byttes. Vær åpen for å utrede kontaktallergi som diff. diagnose (L.23.0 eller L.23.5).

RETENSJONSPROTOKOLL; OPPFØLGING, RISIKOVURDERING OG KLINISKE TIPS

Oppfølgingstiden bør være hyppig med to til tre retensjonskontroller det første året, den første innen tre måneder. Helfo-takst 607 gir stønad for totalt seks retensjonskontroller (gruppe a og b) hos kjeveortoped per 2021 (59).
De første etterkontrollene kan med fordel skje hos kjeveortoped, deretter hos tannlege ved oppnådd stabilitet.

I overkjeven kan avtakbare retainere anvendes ved lav residivrisiko, fast retainer ved moderat risiko og dualløsning ved høy risiko (58). I underkjeven anbefales faste retainere rutinemessig, ev. dualløsning ved høyere risiko (58). Ved dårlig hygiene og mangelfull pasientkooperasjon kan avtakbar Hawley-retainer eller essix-plate vurderes som eneste løsning (58).

Materialvalg og antall limingspunkter bør skje etter nøye faglig vurdering, basert på hygiene og residivrisiko.
Rustfritt stål i firkantet eller rektangulær geometri synes å være fordelaktig pga. lavere risiko for utilsiktet aktivering og forflytning (60, 61)

***Ved ny påliming:**
- Fjern lim – og trådrester skånsomt med jet-borr på lav hastighet.
- Tilpass retainer for passiv retensjon i tannbuen. Unngå aktivering!
- Bruk flowkompositt i jevne, tynne lag etter produsentens ets-og-skyllprotokoll.
  Tanntrådløkker mellom kontaktpunktene kan benyttes for å holde retaineren passivt i limingsposisjon.

Takk

Takk til hovedveileder professor emeritus Nils Roar Gjerdet i masteroppgaven og medveileder førsteamanuensis Maria Mavragani, begge ved Institutt for klinisk odontologi, UiB. Seniorforsker Irene Heggstad ved Institutt for geovitenskap, UiB, bistod under skanningelektronmikroskoperingen (Figur 2). Forskningsleder ved Tk-Midt, Astrid Jullumstrø Feuerherm, har sørget for tilgang til litteraturdatabaser og EndNote.

REFERANSER

1. Ardeshna, AP. Fixed Retention in Orthodontics. Decisions in Dentistry. 2019;5:16,18,21-2.
2. Moyers RE. Handbook of orthodontics for the student and general practitioner 3rd ed. Chicago: Yearbook; 1973. p. 442.
3. Proffit W. Contemporary Orthodontics. Sixth Edition. Philadelphia: Elsevier. 2019. p. 585-88, 579-80
4. Mai W, He J, Meng H, Jiang Y, Huang C, Li M, Yuan K, Kang N. Comparison of vacuum-formed and Hawley retainers: a systematic review. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014;145:720-7.
5. Cobourne M, DiBiase A. Handbook of Orthodontics, Second Edition. UK: Elsevier; 2016. p. 456.
6. Sakaguchi RL, Powers JM. Craig´s Restorative Dental Materials. Thirteenth Edition. Philadelphia, USA: Elsevier; 2012. P.181, 236-9.
7. Rose E, Frucht S, Jonas IE. Clinical comparison of a multistranded wire and a direct-bonded polyethylene ribbon reinforced resin composite used for lingual retention. Quintessence Int. 2002;33:579-583.
8. Moyers RE. Handbook of Orthodontics. Fourth Edition. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1988
9. Thilander B. Biological Basis for Orthodontic Relapse. Semin Orthod. 2000;6:195-205.
10. Maltha JC, Kuijpers-Jagtman AM, Von den Hoff JW, Ongkosuwito EM. Relapse revisited - Animal studies and its translational application to the orthodontic office. Semin Orthod. 2017;23:390–398
11. Reitan K. Clinical and histologic observations on tooth movement during and after orthodontic treatment. Am J Orthod. 1967;53:721-745.
12. Behrents RG. A treatise on the continuum of growth in the aging craniofacial skeleton. Ann Arbor: University of Michigan Center for Human Growth and Development; 1984.
13. Retention and relapse: An anamnesis. Srivastava RK, Tandon R, Singh K, Chandra P, Rohmetra A. IP Indian J Orthod Dentofacial Res. 2018;4:13-20
14. Bjering R, Vandevska-Radunovic V. Hvor stabil er kjeveortopedisk behandling på sikt, og hvilken betydning har retainere?. Aktuel Nordisk Odontologi. 2020;45:166-178.
15. Helsedirektoratet. Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling. Rapport IS 2653. Oslo: Helsedirektoratet FILT - Avdeling Legemiddel og tannhelserefusjon; 2017
16. Stenvik A, Torbjørnsen TE. Hvem gjør hva innenfor ortodontien? Nor Tannlegeforen Tid. 2007;117:6-9.
17. Rafflenbeul F, Hanriat C, Lefebvre F, Renkema AM, Bolender Y. How do general dental practitioners perceive and deal with orthodontic bonded retainers? Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2021;160:e1-e8.
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009
19. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC Medical Informatics and Decision Making. 2007;7:16.
20. Helsebiblioteket. PICO (03.06.16) https://www.helsebiblioteket.no/249198.cms (Lest 06.09.21)
21. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, and Losos M. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality if nonrandomized studies in meta-analyses. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm (Lest 21.02.21).
22. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, Savovic J, Schulz KF, Weeks L, Sterne JA. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2011;343
23. Al-Nimri K, Al Habashneh R, Obeidat M. Gingival health and relapse tendency: a prospective study of two types of lower fixed retainers. Aust Orthod J. 2009;25:142–6.
24. Kartal Y, Kaya B, Polat-Özsoy Ö. Comparative evaluation of periodontal effects and survival rates of Memotain and five-stranded bonded retainers : A prospective short-term study. J Orofac Orthop. 2021;82:32-41.
25. Störmann I, Ehmer U. A prospective randomized study of different retainer types. J Orofac Orthop. 2002;63:42-50.
26. Tacken MP, Cosyn J, De Wilde P, Aerts J, Govaerts E, Vannet BV. Glass fibre reinforced versus multistranded bonded orthodontic retainers: a 2 year prospective multi-centre study. Eur J Orthod. 2010;32:117-23
27. Knaup I, Wagner Y, Wego J, Fritz U, Jäger A, Wolf M. Potential impact of lingual retainers on oral health: comparison between conventional twistflex retainers and CAD/CAM fabricated nitinol retainers : A clinical in vitro and in vivo investigation. J Orofac Orthop. 2019;80:88-96.
28. Juloski J, Glisic B, Vandevska-Radunovic V. Long-term influence of fixed lingual retainers on the development of gingival recession: A retrospective, longitudinal cohort study. Angle Orthod. 2017;87:658-64.
29. Gökçe B, Kaya B. Periodontal effects and survival rates of different mandibular retainers: comparison of bonding technique and wire thickness. Eur J Orthod. 2019;41:591-600.
30. Kaji A, Sekino S, Ito H, Numabe Y. Influence of a mandibular fixed orthodontic retainer on periodontal health. Aust Orthod J. 2013;29:76-85.
31. Goymen M, Sokucu O, Taysi S, Topcuoglu T, Tarakcioglu M. Comparison of the effects of different retention appliances on the oxidant-antioxidant system. J Adhes Sci Tech 2016;30:1671-1680.
32. Kang YG, Kim JY, Kim J, Won PJ, Nam JH. Release of bisphenol A from resin composite used to bond orthodontic lingual retainers. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011;140:779-89.
33. Kuijpers MA, Kiliaridis S, Renkema A, Bronkhorst EM, Kuijpers-Jagtman AM. Anterior tooth wear and retention type until 5 years after orthodontic treatment. Acta Odontol Scand. 2009;67:176-81.
34. Kučera J, Marek I. Unexpected complications associated with mandibular fixed retainers: A retrospective study. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016;149:202-11.
35. Wolf M, Schulte U, Küpper K, Bourauel C, Keilig L, Papageorgiou SN, Dirk C, Kirschneck C, Daratsianos N, Jäger A. Post-treatment changes in permanent retention. J Orofac Orthop. 2016;77:446-453.
36. Pandis N, Vlahopoulos K, Madianos P, Eliades T. Long-term periodontal status of patients with mandibular lingual fixed retention. Eur J Orthod. 2007;29:471-476
37. Ferreira LA, Sapata DM, Provenzano MGA, Hayacibara RM, Ramos AL. Periodontal parameters of two types of 3 x 3 orthodontic retainer: a longitudinal study. Dental Press J Orthod. 2019;24:64-70.
38. Torkan S, Oshagh M, Khojastepour L, Shahidi S, Heidari S. Clinical and radiographic comparison of the effects of two types of fixed retainers on periodontium - a randomized clinical trial. Prog Orthod. 2014;27: 15-47.
39. American Academy of Periodontology. A Glossary of periodontal terms. 2001
40. Jongsma MA, van de Mei HC, Atema-Smit J, et al. In vivo biofilm formation on stainless steel bonded retainers during different oral health-care regimens. Int J Oral Sci. 2015;7:42-48.
41. Habegger M, Renkema AM, Bronkhorst E, et al. A Survey of general dentists regarding orthodontic retention procedures. Eur J Orthod. 2017;39:69-75.
42. Milheiro, A., Jager, N. D., Feilzer, A. J., Kleverlaan, C. J. In vitro debonding of orthodontic retainers analyzed with finite element analysis. Eur J Orthod. 2015;37:491-496.
43. Artun J, Krogstad O. Periodontal status of mandibular incisors following excessive proclination. A study in adults with surgically treated mandibular prognathism. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1987;91:225-32.
44. Boke F, Gazioglu C, Akkaya S, Akkaya M. Relationship between orthodontic treatment and gingival health: A retrospective study. Eur J Dent. 2014;8:373-380.
45. Lee JB, Baek SJ, Kim M, Pang EK. Correlation analysis of gingival recession after orthodontic treatment in the anterior region: an evaluation of soft and hard tissues. J Periodontal Implant Sci. 2020;50:146-158.
46. Larsen OI, Alvestad TG, Dalbak ETG, Bunæs DF, Leknes KN. Gingivale retraksjoner. Et kritisk blikk på klassifikasjonssystemer. Nor Tannlegeforen Tid. 2018;128:328-35
47. Hage K, Dæhlin MS, Midtbø M, Bunæs DF, Arnesen R, Ibrahim SO, Leknes BO, Leknes K.N. Gingivale retraksjonar – er kjeveortopedisk behandling ein risikofaktor? Nor Tannlegeforen Tid. 2015;125:244–52
48. Arn A-L, Dritsas K, Pandis N, Kloukosa D. The effects of fixed orthodontic retainers on periodontal health: A systematic review. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2019;157:156-64
49. Mikulewicz M, Chojnacka K. Release of metal ions from orthodontic appliances by in vitro studies: a systematic literature review. Biol Trace Elem Res. 2011;139:241-56.
50. Milheiro A, Kleverlaan C, Muris J, Feilzer A, Pallav P. Nickel release from orthodontic retention wires-the action of mechanical loading and pH. Dent Mater. 2012;28:548-53

51. Eliades T, Voutsa D, Sifakakis I, Makou M, Katsaros C. Release of bisphenol-A from a light-cured adhesive bonded to lingual fixed retainers. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2011;139:192-5.
52. Kloukos D, Pandis N, Eliades T. Bisphenol-A and residual monomer leaching from orthodontic adhesive resins and polycarbonate brackets: a systematic review. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2013;143:104-12.
53. Sifakakis I, Eliades T. Adverse reactions to orthodontic materials. Aust Dent J. 2017;62:20-28
54. Kara B, Yilmaz B. Occlusal contact area changes with different retention protocols: 1-year follow-up. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2020;157:533-541.
55. Varga S, Spalj S, Anic Milosevic S, Lapter Varga M, Mestrovic S, Trinajstic Zrinski M, Slaj M. Changes of bite force and occlusal contacts in the retention phase of orthodontic treatment: A controlled clinical trial. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2017;152:767-777.
56. Shaughnessy TG, Proffit WR, Samara SA. Inadvertent tooth movement with fixed lingual retainers. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2016;149:277-86.
57. Sifakakis, IT, Bourauel E. Plastic deformation of fixed retainers after in vitro loading. 91st Congress Eos. Venice, Eos 2015
58. Wouters C, Lamberts TA, Kuijpers-Jagtman AM, Renkema AM. Development of a clinical practice guideline for orthodontic retention. Orthod Craniofac Res. 2019;22:69-80.
59. Helsedirektoratet. Takster for tannbehandling – takst 607. Oslo: Helsedirektoratet; 2021-Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/takster-for-tannbehandling-
60. Padmos JAD, Fudalej PS, Renkema AM. Epidemiologic study of orthodontic retention procedures. Am J Orthod Dentofacial Orthop.2018;153:496-504.
61. Arnold DT, Dalstra M, Verna C. Torque resistance of different stainless steel wires commonly used for fixed retainers in orthodontics. J Orthod. 2016;43:121-129.

ENGLISH SUMMARY

Vårum VB, Mavragani M, Slåttelid MS, Pedersen SA, Sen A.
Adverse effects of fixed orthodontic retainers. A systematic review and clinical checkpoints for the general dentist
Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1106-19.

Active orthodontic treatment is usually followed by a retention phase. Although fixed retention is necessary to prevent relapse, duration of the retention phase might be ambiguous, questioning both follow-up and side effects.

The aim of this study was to assess the possible adverse effects of fixed orthodontic retainers and prepare a clinical protocol for the general practitioners in case of retainer-related events. A systematic literature search was conducted in MEDLINE, Cochrane Library (including Central), Embase, Web of Science, and SveMed+. Studies meeting the inclusion criteria were considered according to PICO format. The quality assessment for cohort studies and randomized trials were performed using Newcastle-Ottawa scale and Cochrane's Collaboration's tool, respectively.

A total of 16 studies (13 cohort studies, 3 randomized trials) were included. Eleven studies reported periodontal outfalls, with increased plaque, gingivitis, and calculus indices. Three studies explored biomarkers and two studies assessed unexpected tooth movements.

The overall conclusion is that clinicians must be aware of hygiene control and unexpected tooth movements induced by the retainer in rare cases. Further research is needed to assess possible long-term effects and rotational mechanisms of fixed retainers. Effects of failed retainers must be identified and handled promptly by the effort of clinical guidelines.

Oversiktsartikkel

Reumatoid artrit, Sjögrens syndrom och karies

Så kan patienterna minska risken för karies

Ulla Moberg Sköld, Jukka H. Meurman, Roland Jonsson och Dowen Birkhed

De autoimmuna sjukdomarna reumatoid artrit (RA) och Sjögrens syndrom (SS) medför en ökad kariesrisk på grund av muntorrhet, immunosuppression och nedsatt handfunktion. Det är angeläget att reumatologläkare tidigt i diagnosen remitterar patienten till tandvården för kariesriskbedömning och individuell kariesprevention.

Det finns en stark koppling mellan munhälsa och allmänhälsa där god munhälsa i hög utsträckning bidrar till god allmänhälsa och till allmänt välbefinnande.

Den kanadensiske läkaren Sir William Osler myntade redan på 1800-talets slut uttrycket ”The health of the mouth is the window to the health of the body” vilket med stor tydlighet gäller även idag dryga 100 år senare och visar på sambanden mellan munhälsa och

FORFATTERE

Ulla Moberg Sköld, leg. tandl., odont. dr, docent i kariologi. Sahlgrenska akademin, Göteborg, Sverige
Jukka H. Meurman, professor, överläkare. Kliniken för Mun- och käksjukdomar, Helsingfors universitetssjukhus, Helsinki, Finland
Roland Jonsson, DMD, odont.dr, professor emeritus. Broegelmanns Forskningslaboratorium, Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen, Norge
Dowen Birkhed, professor emeritus, Malmö, Sverige

Artikkelen er tidligere trykket i Tandläkartidningen nr. 6, 2021.

Korresponderende forfatter: Ulla Moberg Sköld. E-post: ulla.mobergskold@gmail.com

Akseptert for publisering i Tandläkartidningen 18. januar 2021. Tandläkartidningen 2021; 113 (6): 58–67

Artikkelen er fagfellevurdert.

Sköld UM, Meurman J, Jonsson R, Birkhed D. Reumatoid artrit och Sjögrens syndrom. Så kan patienterna minska risken för karies. Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1120-30.

Norsk MeSH: Sjögrens syndrom; Revmatoid artritt; Kariesrisiko; Munntørrhet; Munnhygiene

risk för och progression av systemsjukdomar (1). Man kan på goda grunder säga att munnen är kroppens spegel (2).

Det finns ett samband mellan de reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit (RA) och Sjögrens syndrom (SS) och orala sjukdomarna parodontit och karies (3).

Karies är en multifaktoriell folksjukdom, som drabbar 60–90 procent av samtliga skolbarn i världen och en majoritet av den vuxna befolkningen (4). Karies innebär stora kostnader för såväl individ som samhälle och är, enligt WHO:s beräkningar, den fjärde dyraste kroniska sjukdomen att behandla (5). Sjukdomen är fortfarande den vanligaste orsaken till tandförlust, som innebär inte bara sämre funktion att tugga och tillgodogöra sig föda utan även sänkt självkänsla, lägre social status och är en stark social markör (6).

Samverkan reumatologi – tandvård

Det är viktigt att etablera en samverkan mellan reumatologivård och tandvård för att säkerställa tidig och korrekt diagnos avseende munsjukdomar, att främja goda vanor och förhindra potentiella orala komplikationer. Detta är av allmänt intresse inom såväl tandsom sjukvården (7-9).

Patient som diagnostiseras med RA eller SS bör som rutin remitteras från ansvarig reumatologläkare till den tandvårdsklinik som patienten är knuten till. Saknas en kontinuerlig tandvårdskontakt bör remissen gå till specialisttandvården oral medicin inom respektive folktandvårdsområde, som i sin tur remitterar till lämplig tandvårdsklinik och även kan fungera som rådgivare.

Vid muntorrhet och/eller sköra och känsliga munslemhinnor i kombination med dålig motorik i händer till följd av smärta, svullnad, stelhet, felställningar, inskränkt rörlighet och dålig gapförmåga är det viktigt att tidigt få kunskap om riskerna för försämrad munhälsa. Tandvårdens uppgift är att göra en riskbedömning ur kariessynpunkt och sätta in preventionsinsatser utifrån den enskilde patientens behov och förutsättningar. Ju tidigare detta sker i patientens diagnos, desto större är chansen att behålla god munhälsa. Tandvården kan också, genom sitt breda kontaktnät gentemot allmänheten, upptäcka sjukdomarna SS och RA genom deras negativa påverkan i munhålan, vilket ytterligare poängterar vikten av fungerande samverkan mellan reumatologivård och tandvård (8).

F5-tandvård och särskilt tandvårdsbidrag

För den vuxne patienten som lider av långvarig RA och har stora svårigheter att sköta sin munhälsa finns tandvårdsstödet F5, som innebär att vården hos tandläkare och tandhygienist ingår i den vård som patienten i övrigt får av hälso- och sjukvården och ingår i högkostnadsskyddet. Patientens reumatologläkare gör ansökan på en särskild blankett från Socialstyrelsen och landstinget beslutar om patienten har rätt till stöd. Exempel på besvär för att beviljas tandvårdsstöd är smärta, stelhet, leddestruktion med felställningar, inskränkning i handens finmotorik och käkledsbesvär med minskad gapförmåga. Patient med SS kan ansöka om särskilt tandvårdsbidrag (STB), för närvarande 600 kronor per halvår, som används för kariesprevention för att undvika risk för försämrad munhälsa.

Reumatoid artrit – RA

RA är en immunologisk störning som börjar flera år före uppkomsten av kliniska symptom. I början är symptomen ospecifika och kan inte skiljas från andra ledbesvär. Så småningom inflammeras små leder, karakteristiskt i fingrarna och handlederna. Den sannolika RA-diagnosen kan fastställas när reumafaktorn, också kallad Waaler-Rose test efter norrmannen Erik Waaler som först beskrev denna autoantikropp, och på senare tid antikroppar mot citrullinerade peptider/proteiner (ACPA) kan påvisas i blodet. Detta sker hos ungefär två tredjedelar av alla patienter med RA. Reumatiska ledbesvär är svårast på morgonen och patienten kan ha feber och lida av trötthet.

I Sverige beräknas det att ca 0,7 procent av den vuxna befolkningen har RA med cirka 40 nyinsjuknade per 100 000 invånare och år (10). Insjuknandet ses i alla åldrar, men majoriteten insjuknar mellan 50 och 70 år. Diagnosen RA är tre gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Det finns ett genetiskt anlag för insjuknandet och den risken fördubblas av rökning (11).

Sverige har en betydande roll i reumatiska sjukdomars historia tack vare Nanna Svartz som första kvinnliga professor och chef vid medicinska kliniken vid Karolinska sjukhuset. I slutet av 1930-talet utvecklade hon sulfasalazin (Salazopyrin®) vilket då revolutionerade behandlingen. Läkemedlet är fortfarande en av hörnstenarna i behandlingen.

Utvecklingen av såväl diagnostik som behandling av RA har under senare år varit snabb. Patogenesen bakom RA är ledhinneinflammation så kallad synovit. Modern forskning har uppmärksammat till exempel tumor necrosis factor-alfa (TNF-α) vilket har lett till nutida läkemedel som TNF-α modulatorer (12).

Modern antireumatisk behandling innebär användning av en kombination av olika mediciner såsom metotrexat, sulfasalazin, hydroxiklorokin och glukokortikoider. Andra mediciner som kan komma i fråga är immunosuppressiva mediciner som azatioprin och ciklosporin, men också aurotiomalat (”guld”) och penicillamin används fortfarande. Ifall dessa klassiska antireumatika inte hjälper, övergår man till biologiska mediciner, vanligen kombinerade med metotrexat, som är en folsyraantagonist och tillhör gruppen cytostatika. De biologiska läkemedlen är TNF-α-hämmare (till exempel adalimumab), B- och T-cellshämmare (till exempel rituximab), inter-

leukin-6 receptorblockerare (tosilizumab), interleukin-1-blockerare (anakinra) och januskinas (JAK)-hämmare (upadacitinib) (13).

I praktiken förorsakar alla reumamediciner immunosuppression. Mediciner som patienten använder kan också framkalla biverkningar i munnen såsom muntorrhet och lichenoida slemhinnereaktioner. Den enskilde patientens vård i avvägningen mellan god effekt på sjukdomsaktivitet och oönskade biverkningar kan därför vara mycket komplicerad.

Samband mellan RA och karies

Den vetenskapliga evidensen kring sambandet mellan RA och karies är svag på grund av relativt få studier med ett fåtal patienter. Det är också mest tvärsnittsstudier utan uppföljningstid, och i studierna har man oftast använt de alltför grova måtten DMFT(S)-index för att i enskilda patientfall beskriva karies, och information om kariesaktivitet saknas.

I en nyligen publicerad studie, som inkluderade 80 patienter med RA och 80 friska kontroller, påvisades ingen skillnad i totala DMFT-värden (13,0 mot 14,8), men individer med RA hade fler tänder med manifest karies jämfört med kontroller (5,8 mot 3,9) (14). I samma studie var antalet mutans streptokocker signifikant större i RA-gruppen, vilket i sig kan innebära större kariesrisk.

I en annan studie med 32 patienter med RA som jämfördes med 29 friska individer visades att patienterna med RA, förutom besvär med självupplevd muntorrhet, tandvärk, käkledsbesvär och inskränkt gapförmåga som påverkade livskvaliteten, hade mera karies och plack jämfört med den friska kontrollgruppen (15). Trolig orsak till sämre munhygien ansågs vara fysisk och funktionell inskränkning och svårighet att hålla god munhygien. Författarna poängterade vikten av kontinuerlig kontroll av munhälsan.

I en studie med 53 patienter nyligen diagnostiserade med RA, 28 patienter med kronisk RA och 43 kontroller hade patienterna med RA redan vid start mer karies, och trots god respons på medicinering för sjukdomen fick de mer karies under de 16 månader som studien pågick (16). Patienternas munhygien var sämre jämfört med den friska kontrollgruppen, säkert beroende på konstaterad lägre tandborstningsfrekvens. De hade också högre andel djupa tandköttsfickor. Författarna poängterade vikten av regelbunden tandvård, och inte minst god egenvård redan då RA-diagnosen ställs.

I en spansk studie med 73 patienter med RA och 73 kontroller var plack-indexvärden signifikant högre för patienterna med RA jämfört med friska individer (1,6 mot 1,1), men ingen skillnad i kariessiffrorna (DMFT 11,8 mot 10,6) påvisades mellan grupperna (17). På grund av sämre munhygien rekommenderade författarna användning av elektrisk tandborste för att lättare uppnå god munhygien.

En tidigare studie i Finland om 77 patienter med olika reumatiska sjukdomar och 77 kontroller, visade att karies generellt var mera frekvent hos patienter med reumatiska sjukdomar, men skillnaderna var små. Munhälsan var dock sämre hos patienter med sekundärt SS oberoende av reumasjukdomens exakta diagnos (18).

Hos patienter med juvenil idiopatisk artrit har också rapporterats sämre munhälsa jämfört med motsvarande friska barn och ungdomar. En studie med 147 barn i åldrarna 0–18 år visade att dessa patienter hade fler extraherade tänder och fler tänder med manifest karies, 1,0 mot 0,3, jämfört med en kontrollgrupp, och de hade också sämre munhygien (19). Författarna poängterade vikten av regelbunden tandvård.

Patienter med RA borde besöka tandvården oftare än friska individer, vilket tyvärr inte sker. En australiensisk undersökning visade att 45 procent av patienterna med RA inte hade besökt tandvården under senaste två åren eller längre. Största anledningen till deras tandvårdsbesök var fyllningsterapi och de hade avsevärt mer extraktioner än friska individer (8,6 tänder mot 3,9 tänder) och prevention var helt negligerad (20).

Den vetenskapliga litteraturen indikerar att karies inte behöver vara ett stort problem hos RA-patienter om sjukdomen inte leder till sekundärt SS och/eller patienten inte använder mediciner med markant hyposalivation som biverkning. Dock leder de flesta av de moderna medicinerna till immunosuppression med ökad känslighet för infektioner, varför god munhälsa är av stor betydelse. Felställningar i händer, smärta, stelhet med mera, som hör till den klassiska bilden av RA, kan innebära stora svårigheter att upprätthålla god munhälsa. Detta poängterar ytterligare att RA-patienter är kariesriskpatienter trots att saliven inte behöver vara påverkad.

Sjögrens syndrom – SS

SS har fått sitt namn efter den svenske ögonläkaren Henrik Sjögren (1899–1986). År 1929 undersökte han en patient som klagade på torra ögon, muntorrhet och ledsmärtor. Han noterade att kombinationen av dessa symtom möjligen kunde utgöra en egen sjukdoms entitet och han började beskriva dessa patienter under paraplydiagnosen keratoconjunctivitis sicca. Noggrann undersökning gjordes både kliniskt och mikroskopiskt. Han försvarade sin avhandling ”Zur Kentniss der Keratoconjunctivitis Sicca” som mottogs med stor entusiasm, men blev också starkt kritiserad av opponenterna. Avhandlingen blev senare översatt till engelska och Sjögren fick därigenom en internationell karriär. Han var en duktig kliniker med bred klinisk verksamhet i Jönköping och som erkännande för sitt arbete och internationella renommé utnämndes han till docent 1957 av universitetet i Göteborg och till professor 1961 av svenska regeringen.

SS, som debuterar huvudsakligen hos kvinnor i åldrarna 40 till 60 år med en prevalens på cirka 0,05 procent, är en systemisk autoim-

mun bindvävssjukdom som karaktäriseras av inflammation i exokrina körtlar. Det leder främst till torrhet i munnen och i ögonen samt ofta torrhet på andra ytor, såsom huden, som har förbindelse till exokrina körtlar (21). Sjukdomen associeras med autoantikroppar som kan upptäckas långt innan symtomen debuterar eller diagnosen fastställs (22). Spektrat av SS sträcker sig från en ren organspecifik autoimmun inflammation till en systemsjukdom som drabbar flera organ och associeras med ökad risk för B-cellslymfom.

Aktuell behandling är huvudsakligen symtomatisk, men vid mer utbredd systemsjukdom kan andra, både lokala och systemiska, behandlingsmöjligheter tillgripas (23, 24).

Som ett resultat av det varierande sjukdomsuttrycket är det en utmaning att förbättra diagnostik och behandling. Ett led i detta har varit att ta fram och validera förbättrade internationella klassifikationskriterier (25). Den kliniska vardagen har två alternativa krav för att kunna ställa diagnosen SS: antingen ska patienten ha autoantikroppar och/eller uppvisa positiv läppbiopsi. Spottkörtelbiopsier med efterföljande histopatologisk undersökning har visat sig vara det närmaste man kan kalla en ”golden standard” som kan användas i kliniska prövningar och för stratifiering av patienter (26). Ultraljud av de stora spottkörtlarna och salivanalys uppfyller kraven på att vara icke-invasiva undersökningar för sökande efter viktiga biomarkörer vid SS (27).

Samband mellan SS och karies

Minskat salivflöde och förändringar i salivens sammansättning gör att patienter med SS har en ökad risk att utveckla karies (28). Den viktiga buffringskapaciteten och förmågan att remineralisera är reducerad. Detta gäller också försvaret mot kariogena mikroorganismer.

Ett stort antal vetenskapliga artiklar har publicerats om sambandet mellan SS och karies, men här nöjer vi oss med att inkludera några från senare tid. Ett ökat DMFT(S)-index har visats hos dessa patienter jämfört med friska individer utan SS (29, 30). I den första av dessa två studier fann man inga skillnader i antalet karierade tänder bland SS-patienter i åldersgruppen 27–61 år mot den friska kontrollgruppen, men de hade fyra gånger så många saknade tänder på grund av karies och de hade också fyra gånger högre tandvårdskostnader jämfört med kontrollgruppen (29). I den andra studien var det ingen skillnad i karierade tandytor, men signifikanta skillnader i saknade och fyllda tandytor gentemot kontrollgruppen. SS-patienterna hade god munhygien men uppvisade ett ökat antal kariogena och acidofila mikroorganismer, såsom mutansstreptokocker och laktobaciller, jämfört med friska individer. De besökte också tandvården mer frekvent än den friska kontrollgruppen (30).

Bland SS-patienter är det vanligt att karies förekommer på mer ovanliga ytor, såsom incisalskär, lingualt, på rotytor och cervikalt runt tänderna (31). DMFS har också visat sig vara omvänt korrelerat till salivflödet. I en amerikansk retrospektiv studie visades nyligen att minskat salivflöde relaterat till SS innebär en större kariesrisk jämfört med hyposalivation av andra orsaker (32). Men här kunde man inte relatera fynden till salivflödet. I en annan amerikansk studie, på över 1 000 försökspersoner, hade SS-patienterna signifikant högre andel karierade och lagade tänder jämfört med frisk kontrollgrupp (33). Tandvårdsbesöken var dubbelt så många under en tolvmånadersperiod, till en tredubblad kostnad, jämfört med kontrollgruppen.

Kariesriskbedömning

Karies – en multifaktoriell folksjukdom

En kariesriskbedömning innebär att försöka se in i framtiden och bedöma sannolikheten för att en patient ska utveckla karies (34). Kariesriskbedömning omfattar medicinsk, odontologisk och social risk. Den medicinska risken som här diskuteras är patientens reumatiska sjukdom och medicinering. Den sociala risken är avhängig patientens miljö och livsstil, där kunskap och intresse för munhälsan spelar in. Den odontologiska risken består av en traditionell bedömning av karies angreppsfaktorer, med kost och mikroorganismer i den ena vågskålen och försvarsfaktorerna saliv och fluorid i den andra vågskålen. Kosten spelar en avgörande roll för karies, varför det är viktigt att för patienter med RA och SS bedöma kosten i sin helhet och intagsfrekvensen i synnerhet.

En bedömning av den totala risken att utveckla karies görs på de flesta folktandvårdskliniker i Sverige via ”Beslutsstöd R2”, som utvecklats av en grupp svenska odontologer i samband med projektet ”Frisktandvård” 2008 med Thomas Jacobsen som projektledare. De kliniker som inte har tillgång till detta beslutsstöd kan använda den pedagogiska kariesriskmodellen Cariogram, som är ett interaktivt dataprogram som bedömer ”den aktuella chansen att undvika karies” och som är enkel att utföra på kliniken (35). Den presenterades för drygt 20 år sedan av Douglas Bratthall i Malmö (36) och kan laddas ner kostnadsfritt på Malmö universitets webbplats för pc- och mac-datorer <https://bit.ly/3sEDBKR>.

Muntorrhet – en viktig riskfaktor för karies

Det är få sjukdomar som drabbar munhålan så hårt och där sambandet är så starkt som mellan SS och karies på grund av muntorrhet. Det gäller i många fall även sjukdomen RA, då dessa patienter kan utveckla sekundärt SS.

Saliven är en viktig försvarsfaktor i munhålan, inte bara mot karies utan även mot dentala erosioner och orala munslemhinneförändringar (37). Vid muntorrhet upplever patienten ofta svårighet att prata, svälja och känna smak och får ett ökat vätskebe-

FAKTA 1

Exempel på frågor att ställa till en patient för att belysa självupplevd muntorrhet -xerostomi (43)

- Upplever du muntorrhet under natten eller när du vaknar?
- Upplever du muntorrhet under dagen?
- Har du ett glas vatten nära dig under natten?
- Dricker du vätska då du sväljer torra produkter?
- Upplever du muntorrhet under måltiderna?
- Upplever du att du har problem att svälja mat?
- Använder du tuggummi dagligen för att ta bort känslan av muntorrhet?
- Använder du frukter eller karameller dagligen för att ta bort känslan av muntorrhet?
- Upplever du att mängden saliv i din mun är för liten eller lägger du inte märke till det?
- Måste du fukta munnen ofta?

hov. Saliven har en fuktgivande och smörjande funktion i munhålan och en rad centrala funktioner i kariesprocessen. Den späder ut syror och kolhydrater i placket, neutraliserar genom sin buffringsförmåga och remineraliserar genom sitt innehåll av kalcium och fosfat (38). Vid muntorrhet ökar kariesrisken påtagligt eftersom alla dessa försvarsmekanismer mer eller mindre är satta ur spel, och tänderna kan snabbt förstöras (39).

En indirekt kariesrisk vid muntorrhet är att sockertiden är förlängd, vilket medför att pH i plack ligger kvar på en låg nivå under lång tid efter intag av föda eller dryck. Dessutom ändras bakteriefloran med en dramatisk ökning av mutansstreptokocker och laktobaciller, vilket i sin tur resulterar i lägre plack-pH (40, 41).

FAKTA 2

Fyra patienter med Sjögrens syndrom

a: Torra läppar och munvinkelragader.
b: Atrofisk glossit med utslätade papiller, svullnad och ökad rodnad.
c: Torra läppar, candidos och karies.
d: Omfattande rotkariesskador.

Foto A–C: Folktandvården Västra Götaland
Foto D: Sjukhusfotograf Ari Laine, Helsingfors, Finland

Patientens självupplevda muntorrhet – xerostomi

Genom att ställa frågor om upplevelsen av att känna torrhet i munnen får tandvården en bra uppfattning om patientens subjektiva upplevelse av muntorrhet (42). Patienten blir därmed uppmärksam på sina vanor, som till exempel kan vara att suga på syrliga karameller och dricka söta drycker. Salivsekretionen kan vara nedsatt till 50 procent eller ännu mer innan patienten själv upplever muntorrhet. Lämpliga frågor att ställa till patienten presenteras i faktaruta 1 (43).

Tandvårdens objektiva bedömning av muntorrhet – hyposalivation

Genom en klinisk undersökning och genom att mäta mängden vilosaliv och stimulerad saliv får tandvårdspersonalen en god bild av svårighetsgraden av patientens muntorrhet. Det är viktigt att registrera graden av muntorrhet fortlöpande eftersom salivsekretionen gradvis försämras.

FAKTA 3

Vilosaliv och stimulerad saliv

Vilosaliv mäts under 15 minuter genom att patienten sitter avslappnad, något framåtlutad och låter saliven samlas i munbotten, varefter den spottas ut i en bägare eller i ett graderat plaströrw som vägts tom. Bägaren med saliv vägs sedan för att beräkna mängden saliv (1 gram ≈ 1 ml saliv).

Stimulerad saliv mäts genom att patienten får tugga på en paraffinbit (eller ett sockerfritt tuggummi) under 5 minuter och spottar ut med jämna mellanrum i en bägare. Sekretionshastigheten uttrycks i ml/min.

	Vilosaliv (ml/min)	Tuggstimulerad saliv (ml/min)
Normalt	>0,25	>1
Lågt	0,1-0,25	0,7-1
Mycket lågt	<0,10	<0,7

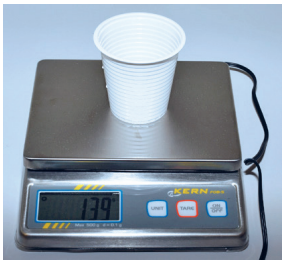


Foto: Tandläkare Håkan Flink (FTV Sala)

Klinisk inspektion

Börja med att notera om det extraoralt finns torra eller såriga läppar och sår i munvinkeln. Intraoralt kan man se torra och såriga slemhinnor, atrofisk slemhinna vanligtvis mest synlig på tungan då papillerna försvinner, svampinfektion, seg och skummig saliv och problem att bära protes. Med hjälp av en munspegel som dras utefter kindens insida eller på tungans ovansida kan man avgöra om den fastnar eller glider lätt och som kan vara ett mått på graden av muntorrhet (44). Faktaruta 2 visar bilder på fyra patienter med SS.

Salivprovtagning

Salivprov bör tas regelbundet eftersom sekretionshastigheten snabbt kan försämras (45, 46). Man bör mäta både vilosaliv och tuggstimulerad saliv och det är speciellt viktigt att för dessa patientgrupper få en uppfattning om vilosaliven. Den utrustning som behövs för att på tandkliniken mäta saliven är en plastbägare eller ett graderat plaströr, ett tidur, en paraffinbit eller ett sockerfritt tuggummi och en digital våg. Faktaruta 3 visar arbetsgången.

Kariesprevention

God egenvård – grunden för kariesprevention

Oavsett aktiv karies eller inte vid remisstillfället bör varje patient med RA eller SS få ta del av en kariesprevention som innebär god egenvård och prevention på tandklinik för att minska karies angreppsfaktorer och öka försvarfaktorerna. Det görs med ett salutogent förhållningssätt i ett motiverande samtal med patienten i centrum och med mål att stärka befintliga goda vanor och ändra mindre goda vanor (47).

Goda vanor grundläggs tidigt och vanor grundlagda tidigt behålls längre och bör finnas etablerade innan patienten blir alltför dålig i sin reumatiska sjukdom och fortfarande har god munhälsa. Det går inte att nog poängtera vikten av kontinuerlig tandvårdskontakt då dessa patienter ofta brister i följsamhet att uppsöka tandvård och även har stora tandvårdskostnader (29).

Kosten, som den största angreppsfaktorn, spelar en central roll för uppkomsten av karies och det är av största vikt att undvika småätande och att minska mängden socker och lättfermentabla kolhydrater (48, 49). Främst gäller det sockerinnehållande drycker, söta bageriprodukter, konfektyr, glass och sockersötade mjölkprodukter. De mikroorganismer som har betydelse för kariessjukdomen är de mikroorganismer som både är syrabildande och syratåliga och har förmåga att verka vid låga pH-värden (50).

Goda salivegenskaper är första linjens försvar och då denna funktion är satt ur spel hos de flesta av dessa patienter är regelbunden tillförsel av fluorid än viktigare som försvarsfaktor för att balansera angreppsfaktorerna och undvika karies (51, 52). Det finns en bred konsensus att fluorid minskar kariesrisken i alla åldrar genom lokal effekt i munhålan för att förhindra demineralisation och öka remineralisation av tandens hårdvävnad och att påverka bakteriernas metabolism och tandytans ytaktivitet så mindre mängd syra bildas (53–55). Se faktaruta 4.

FAKTA 4

God egenvård och prevention på tandklinik

God egenvård

Mat och dryck

- Begränsa antal intag av föda till maximalt 5-6 gånger per dag.
- Låt tänder och saliv vila tre timmar mellan varje intag.
- Vatten som dryck mellan måltider och på natten.
- Syrliga sockerfria salivstimulerande tabletter och xylitolsötade tuggummin mellan måltiderna.

Fluorid och tandrengöring

- Tandborstning med 1 450 ppm fluoridtandkräm morgon och kväll enligt 3 x 2-metoden som avslutas med sköljning med 0,2% NaF-lösning.
- Approximal rengöring innan tandborstning på kvällen.

Ökat tillskott av fluorid

- Borsta tänderna en extra gång med 1 450 ppm fluoridtandkräm.
- Byt till högfluoridtandkräm Duraphat® 5 000 ppm fluorid eller Morningside® 5000 ppm fluorid och borsta som med en vanlig fluoridtandkräm 2-3 ggr/dag. Dra en dubbelsträng tandkräm för att få tillräckligt med tandkräm då öppningen på tuben är liten, ingår i högkostnadsskyddet.
- Skölj fler gånger med 0,2% NaF-lösning.
- Massera högfluoridtandkräm med finger utefter tandraderna.
- Sug på Fludent fluoridsugtablett 0,25 mg fluorid 6st/dag mellan måltid för salivstimulering.
- Tugga på Flux fluoridtuggummi 0,14 mg fluorid under 10 min efter måltid för salivstimulering.
- Använd fluoridgel Top Dent® (4200 ppm F) i individuell skena 5 min varje kväll eller borsta som med en vanlig fluoridtandkräm 2-3 ggr/dag, ingår i högkostnadsskyddet.

Smörjande och fuktgivande vid mycket liten eller ingen kvarvarande saliv

- Munspray eller munfuktgel salivstimulerande och smörjande med eller utan smak.
- Fästtablett med xylitol i gommen under natten.
- Rapsolja på muntork smörjande.

På tandklinik var sjätte eller var tredje månad

- Uppföljning av egenvård och receptförnyelse.
- Depuration och polering vid behov. Vid subgingival depuration bör immunosupprimerade patienter och patienter med ledproteser behandlas under antibiotikaparaply. Låt patienten få chans att vila munnen med jämna mellanrum vid käkledsbesvär och inskränkt gapförmåga.
- Fluoridlackning med Duraphat® eller Bifluorid 10® enligt SoS Nationella Riktlinjer (48).

Fluorid – hörnstenen i kariesprevention

Fluoridtandkräm är basen och dess effekt är beroende av faktorer såsom frekvens av tillförsel, fluoridkoncentration, borsttid, mängd tandkräm, spridning av tandkräm, vattensköljning och beteende efter borstning (56, 57).

Den vedertagna 3 x 2-metoden bör användas för att uppnå full effekt av tandborstning med fluoridtandkräm (58). Tandkrämen ska från 6 års ålder innehålla 1 450 ppm fluorid, ha en mild smak, utan starkt slipmedel och ämnen med whiteningeffekt och utan skummedlet natriumlaurylsulfat för att inte irritera munslemhinnan (59). Lämpliga tandkrämer är Zendium sensitive och Proxident röd med mycket mild smak och Proxident gul och Salutem helt utan smak. Ur ergonomisk synpunkt är en tub med stor kork som lätt går att öppna och stänga att föredra och det ska vara lätt att trycka ut tandkrämen ur tuben.

För patienter med RA och SS räcker det inte att enbart tillföra fluorid via tandkrämen för att bevara god munhälsa. Ett viktigt tillägg är att skölja med 0,2 procent NaF-lösning (48, 60). Genom att direkt efter tandborstningen skölja med en 0,2 procent NaF-lösning utnyttjas fluoriders additiva effekt och fluoridkoncentrationen ökas avsevärt i munhålan (61). Patienter med nedsatt salivsekretion får fem gånger högre fluoridkoncentration i munhålan efter sköljning med 0,2 procent NaF jämfört med patienter med normal salivsekretion, och sköljtiden kan därför minskas till 30 sekunder (62). Lösningen bör vara neutral eller ha mycket mild smak för att inte irritera munslemhinnan. *Dentan*® mild 0,2 procent NaF-lösning finns i enlitersflaska och fås på recept för kariesbehandling och ingår i högkostnadsskyddet för läkemedel, och fluoridlösning på 500 ml kan köpas receptfritt på apotek, i dagligvaruhandeln eller på tandklinik. Lämpliga lösningar som är salivstimulerande och fuktgivande finns från *Proxident* och *Actavis*. Flaskan bör vara lätt att öppna och det ska vara lätt att trycka ut lagom mängd lösning.

Vid aktiv karies och vid muntorrhet bör mer fluorid tillföras och det är inte ”antingen eller” som gäller utan ”både och” för att under så stor del som möjligt av dygnets 24 timmar ha en hög fluoridkoncentration i munhålan. Produkter med bäst evidens är högfluoridtandkräm och fluoridgel (48, 63–65). Fluoridtabletter och fluoridtuggummi har betydligt lägre bevisvärde, men de är ändå av intresse för att upprätthålla en hög fluoridkoncentration i munhålan under dygnets alla timmar (48).

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör patienten fluoridlackas var sjätte, alternativt var tredje, månad på tandklinik

med dokumenterad kraftig kariesreduktion (48, 66). En av förklaringarna till fluoridlackets goda effekt tros vara att kalciumfluorid, CaF_2, bildas på tandytan då högkoncentrerade fluoridpreparat används och att det verkar som en pH-reglerande fluoridreservoar som frigör fluorid vid låga pH-värden (67, 68). Kalciumfluorid har uppmätts på tandytan veckor och månader efter en enda lackning och utgör ett viktigt komplement till dagliga mer lågkoncentrerade fluoridprodukter. Se faktaruta 4.

FAKTA 5

Inhämta kunskap om patientens tandkräms- och tandborstteknik

- Låt patienten stå vid handfatet med tandborste och tandkräm för att visa hur han/hon vanligtvis borstar sina tänder.
- Registrera utan att kommentera.
- Var observant på om patienten blöter tandborsten eller inte, vilken mängd tandkräm som används, om det finns någon systematik i borstningen, hur lång tid borstningen tar, om borstningen sker under rinnande vatten eller inte och om borstningen avslutas med att skölja med vatten eller inte.
- Observera eventuella svårigheter som patienten har med greppförmågan mm.
- Uppmuntra det som är bra och korrigera där så behövs.

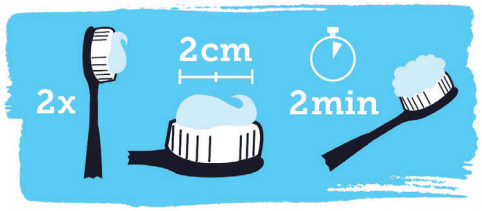


Illustration: Proxident

- Borsta tänderna med mild fluoridtandkräm ***minst 2 gånger per dag***; på morgon efter frukost och det sista innan läggdags.
- Använd ***minst 2 cm tandkräm*** utefter hela tandborstens längd och på eltandborste lägg på tandkräm 2 gånger och fördela tandkrämen runt i munnen med tungan.
- Borsta i ***minst 2 minuter.***
- Borsta inte under rinnande vatten och avsluta med att skölja mycket sparsamt med vatten och därefter skölj med en 0,2 % NaF-lösning i 30 sekunder.

Foto: Ulla Moberg Sköld

Att lära ut rätt tandkrämsteknik och att skölja med fluoridlösning

Fluoridtandkräm används inte på ett optimalt sätt i befolkningen, man brister i hur ofta och hur länge man borstar tänderna, mängden tandkräm som läggs på borsten och hur man sköljer med vatten under och efter borstningen (69). Många patienter tror att det är tandborsten som är det viktigaste för att motverka karies, och inte fluoridtandkrämen (69). Det finns en stor förbättringspotential om tandvårdens personal lär ut såväl tandkrämsteknik som tandborstteknik och lär patienter med RA och SS att skölja med en fluoridlösning (70). Det är viktigt att först inhämta kunskap om hur patienten klarar av att borsta rätt med fluoridtandkräm, se faktaruta 5.

Salivstimulerande, fuktgivande och smörjande produkter

Sockerfria tabletter med vinsyra eller äppelsyra och tuggummi har en god salivstimulerande effekt och kan rekommenderas som ett alternativ till vanliga sockerinnehållande tabletter för patienter med muntorrhet (52). Munsprayer och munfuktmedel med eller utan smak återfuktar och smörjer munslemhinnan vid kraftigt reducerad salivkörtelvävnad eller vid helt avsaknad av sådan. Produkter finns av flera märken, såsom *Proxident*, *Zendium*, *Actavis*, *GUM* och *Biotène*. Det finns även en munfukttablett, *XyliMelts*, som fäster i gommen och under natten sakta avger xylitol. Se faktaruta 4.

Kunskap om produkter och hjälpmedel

Tandvårdspersonal bör ha kunskap om produkter och hjälpmedel utifrån individuella behov, och det är bra att på tandkliniken visa, låta patienten prova och om möjligt även köpa.

De produkter som används ska bygga på evidens och tandvårdspersonal bör säkerställa att de används på rätt sätt för att maximera nyttan. Om patienten har svårt att greppa saker, har inskränkt gapförmåga och felställningar i händer med smärta och stelhet är en elektrisk tandborste att föredra, då den medför mindre belastning på hand och fingrar och avlägsnar mer bakterier än en konventionell tandborste (71). Utprovning bör ske på kliniken och patienten instrueras för att undvika skador på gingivan. Om en konventionell tandborste används, finns förstorade grepp att trä på borstskaftet och det finns tandborstar som borstar flera tandytor samtidigt. Patienten bör även få ta del av hjälpmedel som underlättar approximal rengöring.

Olika hjälpmedel kan beställas från Mun-H-Center, www.mun-h-center.se. Se faktaruta 6.

Fördjupad läsning på Internetodontologi

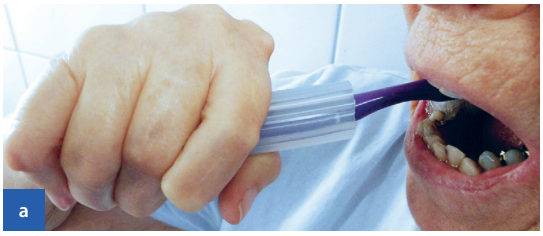
På www.internetodontologi.se finns utförliga behandlingsråd i form av faktablad om

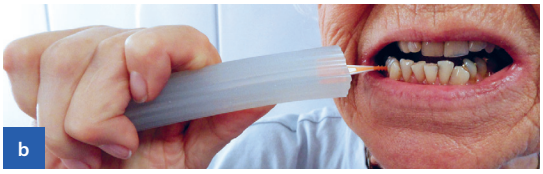
- kariologisk riskbedömning
- motiverande samtal
- muntorrhet
- kostanalys och kostrådgivning i kliniken

FAKTA 6

Hjälpmedel

a: Greppförstorare med dubbeltandborste.
b: Greppförstorare med plasttandsticka.
c: Greppförstorare med bygeltandtråd.





Samtliga foton Folktandvården Västra Götaland

- fluoridtandkräm
- fluoridlösning
- fluoridlackning.

Sammanfattning

De autoimmuna sjukdomarna reumatoid artrit (RA) och Sjögrens syndrom (SS) innebär negativ påverkan i munnen med muntorrhet och en ökad kariesrisk som följd för samtliga SS-patienter och även för många RA-patienter på grund av sekundärt Sjögren. Dessutom ger modern RA-medicinering immunosuppression med ökad infektionsrisk, och kombinerat med smärta och nedsatt funktion i händer och fingrar medför det en ökad kariesrisk.

Vetenskapliga studier visar att patienter med RA och SS har mer karierade och extraherade tänder, sällan kontinuerlig tandvårdskontakt och höga tandvårdskostnader. Det är därför av yttersta vikt att reumatologläkare tidigt i patientens diagnos remitterar patienten till sin ordinarie tandvårdsklinik eller till en specialistklinik för oral medicin för att patienten ska behålla god munhälsa.

Tandvårdens uppgift är att göra en noggrann kariesriskbedömning med betoning på självupplevd muntorrhet, xerostomi, och en objektiv bedömning av hyposalivation via klinisk inspektion och salivprovtagning, där vilosaliv är av största intresse. Kariespreventionen utgår från resultatet av kariesriskbedömningen med tonvikt på god egenvård med fluorid, kost och munhygien och regelbundna besök hos tandvården.

Fluoridtandkräm och fluoridlösning är det viktiga dagliga fluoridskyddet som kompletteras med övriga fluoridprodukter som högfluoridtandkräm, fluoridgel, fluoridtabletter och fluoridtuggummi. För munhygien finns olika hjälpmedel som underlättar tandrengöringen vid nedsatt handfunktion. Salivstimulerande och fuktgivande produkter som finns i ett rikligt sortiment är viktiga komplement till konventionell kariesprevention vid kraftigt förminskad, eller vid avsaknad av, salivkörtelvävnad.

Patienten bör kallas till tandvården var sjätte, alternativt var tredje, månad för kontroll av egenvård och för fluoridlackning.

Omnämnande

Tack till Folktandvården Västra Götaland, sjukhusfotograf Ari Laine, Helsingfors, Finland, och tandläkare Håkan Flink, Folktandvården Sala, för värdefullt bidrag av bilder.

REFERENSER

1. Mikuls TR. Help stop tooth decay and prevent RA? J Rheumatol. 2010;37(6):1083-5.
2. Heyden G. The oral mucosa – a reflection of health. Tandläkartidningen. 1982;74(21):1187, 1189-91.
3. Bolstad AI, Havemose Poulsen A, Yucel-Lindberg T, Klinge B, Holmstrup P. Kopplingen mellan parodontit och reumatoid artrit. Tandläkartidningen. 2020;1:62-8.
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(5):650-8.
5. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health: World Health Assembly 2007. Int Dent J. 2008;58(3):115-21.
6. SBU. Tandförluster. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 204. ISBN 978-91-85413-40-9.
7. Bäckman K, Jonsson R. Orala manifestationer vid Sjögrens syndrom – klinik, diagnostik och behandling. Tandläkartidningen. 1988;80(17):896-902.
8. Fox PC, Brennan M, Pillemer S, Radfar L, Yamano S, Baum BJ. Sjögren´s syndrome: a model for dental care in the 21st century. J Amer Dent Assoc. 1998;129(6):720-8.
9. López-Pintor RM, Fernandez Castro M, Hernández G. Oral involvement in patients with primary Sjögren's syndrome. Multidisciplinary care by dentists and rheumatologists. Reumatol Clin. 2015;11(6):387-94.
10. Gjertsson I. Reumatoid artrit (RA) Internetmedicin.se 2020.
11. Deane KD, Demoruelle MK, Kelmenson LB, Kuhn KA, Norris JM, Holers VM. Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis.Best Pract Res Clin Rheumatol 2017;31(1):3-18. doi: 10.1016/j.berh.2017.08.003.
12. https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/reumatologi/reumatoid-artrit-ra/
13. Miyabe Y, Lian J, Miyabe C, Luster AD. Chemokines in rheumatic diseases: pathogenic role and therapeutic implications. Rev Rheumatol. 2019;15(12):731-46.
14. Martinez-Martinez RE, Domínguez-Pérez RA, Sancho-Mata J, Abud-Mendoza C, Ayala-Herrera JL, Popoca-Hernandez EA. The frequency and severity of dental caries, and counts of cariogenic bacteria in rheumatoid arthritis patients. Dent Med Probl. 2019;56(2):137-42.
15. Manzano BR, da Silva Santos PS, Bariquelo MH, Merlini NRG, Honório HM, Rubira CMF. A case-control study of oral diseases and quality of life in individuals with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Clin Oral. Investig 2020 Aug 15. doi: 10.1007/s00784-020-03518-8. On line ahead of print.
16. Äyräväinen L, Heikkinen AM, Kuuliala A, Ahola K, Koivuniemi R, Peltola J, Suomalainen A, Moilanen E, Hämäläinen M, Laasonen L, Meurman JH, Leirisalo-Repo M. Activity of rheumatoid arthritis correlates with oral inflammatory burden. Rheumatol Int. 2018;38(9):1661-9.
17. Silvestre-Rangil J, Bagán L, Silvestre FJ, Bagán JV. Oral manifestations of rheumatoid arthritis. A cross-sectional study of 73 patients. Clin Oral Investig. 2016;20(9):2575-80.
18. Helenius LM, Meurman JH, Helenius I, Kari K, Hietanen J, Suuronen R, Hallikainen D, Kautiainen H, Leirisalo-Repo M, Lindqvist C. Oral and salivary parameters in patients with rheumatic diseases. Acta Odontol Scand. 2005;63(5):284-93.
19. Welbury RR, Thomason JM, Fitzgerald JL, Steen IN, Marshall NJ, Foster HE. Increased prevalence of dental caries and poor oral hygiene in juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology. 2003;42(12):1445-51.
20. Pokrajac-Zirojevic V, Slack-Smith LM, Booth D. Arthritis and use of dental services: A population based study. Austr Dent J. 2002;47(3):208-13.
21. Brito-Zerón P, Baldini C, Bootsma H, Bowman SJ, Jonsson R, Mariette X, Sivils K, Theander E, Tzioufas A, Ramos-Casals M. Sjögren syndrome. Rev Dis Primers. 2016 Jul 7;2:16047.
22. Jonsson R, Theander E, Sjöström B, Brokstad K, Henriksson G. Autoantibodies present before symptom onset in primary Sjögren syndrome. JAMA. 2013;310(17):1854-5.
23. Reksten TR, Jonsson MV, Marthinussen MC. Treatment strategies for xerostomia. Nor Tannlegeforen Tid. 2013;123(7):476-81.
24. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, Bootsma H, De Vita S, Dörner T et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systematic therapies. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):3-18.
25. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetouelle M, Lietman TL et al. 2016 American college of rheumatology/european league against rheumatism classification criteria for primary Sjögren's syndrome: A consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. Arthritis Rheumatol. 2017;69(1):35-45.
26. Fisher BA, Jonsson R, Daniels T, Bombardieri M, Brown RM, Morgan P et al. Standardisation of labial salivary gland histopathology in clinical trials in primary Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis. 2017;76(7):1161-8.
27. Jonsson R, Brokstad KA, Jonsson MV, Delaleu N, Skarstein K. Current concepts on Sjögren's syndrome – classification criteria and biomarkers. Eur J Oral Sci. 2018;126 Suppl 1:37-48.
28. Bolstad AI, Skarstein K. Epidemiology of Sjögren's Syndrome - from an oral perspective. Curr Oral Health Rep. 2016;3(4):328-36.
29. Christensen LB, Petersen PE, Thorn JJ, Schiødt M. Dental caries and dental health behavior of patients with primary Sjögren syndrome. Acta Odontol Scand. 2001;59(3):116–20.
30. Pedersen AML, Bardow A, Nauntofte B. Salivary changes and dental caries as potential oral markers of autoimmune salivary gland dysfunction in primary Sjögren's syndrome. BMC Clin Pathol. 2005;5(1):4. doi: 110.1186/1472-6890-5-4.
31. Newbrun E. Current treatment modalities of oral problems of patients with Sjögren's syndrome: caries prevention. Adv Dent Res. 1996;10(1):29–34.
32. Berman N , Vivino F, Baker J, Dunham J, Pinto A. Risk factors for caries development in primary Sjögren syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2019;128(2):117-22.
33. Fox PC, Bowman SJ, Segal B, Fox PC, Bowman SJ, Segal B, Vivino FB, Marukutla N, Choueiri K et al. Oral involvement in primary Sjögren's syndrome. J Am Dent Assoc. 2008;139(12):1592–601.
34. Mejàre I, Axelsson S, Dahlén G, Espelid I, Norlund A, Tranæus S, Twetman S. Caries risk assessment. A systematic review. Acta Odontol Scand. 2014;72(2):81-91.
35. Bratthall D, Hänsel Petersson G. Cariogram--a multifactorial risk assessment model for a multifactorial disease. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(4):256-64.
36. Bratthall D. Dental caries: intervened--interrupted--interpreted. Concluding remarks and cariography. Eur J Oral Sci. 1996;104(2):486-91.
37. Dawes C. Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues. J Am Dent Assoc. 2008;139(suppl):18-24.
38. Bardow A, Vissink A. Saliva and caries development. In: Dental caries. The disease and its clinical management. Third edition. Edited by Fejerskov O, Nyvad B & Kidd E. Blackwell Munsgaard. Oxford, United Kingdom. 2015, pp 83-106.
39. Nederfors T, Holmström G, Paulsson G, Sahlberg D. The relation between xerostomia and hyposalivation in subjects with rheumatoid arthritis or fibromyalgia. Swed Dent J. 2002;26(1):1-7.
40. Almståhl A, Kroneld U, Tarkowski A, Wikström M. Oral microbial flora in Sjögren's syndrome. J Rheumatol. 1999;26(1):110-4.
41. Eliasson L, Carlén A, Almståhl A, Wikström M, Lingström P. Dental plaque pH and micro-organisms during hyposalivation. J Dent Res. 2006;85:334-8.
42. Villa A, Connell CL, Abati S. Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. Ther Clin Risk Manag. 2014;11:45-51.
43. Fox PC, Busch KA, Baum BJ. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. J Am Dent Assoc. 1987;115(4):581-4.
44. Jager DHJ, Bots CP, Forouzanfar T, Brand HS. Clinical oral dryness score: evaluation of a new screening method for oral dryness. Odontology. 2018;106(4):439-44.
45. Jorkjend L, Johansson A, Johansson AK, Bergenholtz A. Resting and stimulated whole salivary flow rates in Sjögren's syndrome patients over time: a diagnostic aid for subsidized dental care? Acta Odontol Scand. 2004;62(5):264-8.
46. Jonsson MV, Reksten TR, Delaleu N, Marthinussen MC. Diagnostikk av munntørrhet og bruk av saliva som diagnostisk verktøy. Nor Tannlegeforen Tid. 2011;121(14):908-13.
47. Holm Ivarsson B, Sjögren K. MI – motiverande samtal. Praktisk handbok för tandvården. Gothia Förlag, Stockholm, 2010.
48. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011. ISBN 978-91-86885-09-0. Artikelnr 2011-5-1.
49. Nordiska näringsrekommendationer 2012: Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrer/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf Svensk översättning av NNR 2012, kap-1-3. Sundin, A. (2013).
50. Dahlén G, Carlén A, Leonhardt Å. Riskbedömning av karies och parodontit. Tandläkartidningen. 2008;12(12):68-70.
51. Lenander-Lumikari M, Loimaranta V. Saliva and dental caries. Adv Dent Res 2000;14:40-7.
52. Zero DT, Brennan MT, Daniels TE, Papas A, Stewart C, Pinto A, Al-Hashimi I et al. Clinical practice guidelines for oral management of Sjögren disease. Dental caries prevention. JADA Practice guidelines Sjögren disease 2016;147(4):295-305.
53. Hamilton IR. Biochemical effects of fluoride on oral bacteria. J Dent Res. 1990;69(Spec issue):660-7.
54. Fejerskov O. Changing paradigms in concepts of dental caries: Consequences for oral health care. Caries Res. 2004;38)3):182-91.
55. Marinho VCC. Evidence-based effectiveness of topical fluorides. Adv Dent Res. 2008;20(1):3-7.
56. Zero DT, Creeth JE, Bosma ML, Butler A, Guibert RG, Karwal R, Lynch RJM et al. The effect of brushing time and dentifrice quantity on fluoride delivery in vivo and enamel surface microhardness in situ. Caries Res. 2010;44(2):90-100.
57. Kumar S, Tadakamadla J, Johnson NW. Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: a systematic review and meta-analysis. J Dent Res. 2016;95(11):1230-6.
58. Sjögren K. Toothpaste technique. Studies on fluoride delivery and caries prevention. Swed Dent J. Supplement 1995;110:1-44.

59. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD007868.
60. Marinho VCC, Chong LY, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD002284.
61. Mystikos C, Yoshino T, Ramberg P, Birkhed D. Effect of post-brushing mouthrinse solutions on salivary fluoride retention. Swed Dent J. 2011;35(1):17-24.
62. Gabre P, Moberg Sköld U, Birkhed D. Simplified methods of topical fluoride administration: effects in individuals with hyposalivation. Spec Care Dentist. 2013;33(3):111-7.
63. Nordström A, Birkhed D. Preventing effect of high-fluoride dentifrice (5,000 ppm) in caries-active adolescents: a 2-year clinical trial. Caries Res. 2010;44:323-31.
64. Nordström A, Birkhed D. Effect of a third application of toothpaste (1,450 and 5,000 ppm F), including a "massage" method, on fluoride relation and pH drop in plaque. Acta Odontol Scand. 2013;71(1):50-6.
65. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2015 jun 15;2015(6):CD002280.
66. Marinho VCC, Worthington JPT, Walsh T, Clarksson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art.No.: CD002279.
67. ten Cate JM. Review on fluoride, with special emphasis on calcium fluoride mechanisms in caries prevention. Eur J Oral Sci. 1997;105(2):461-5.
68. Øgaard B. CaF2 formation: cariostatic properties and factors of enhancing the effect. Caries Res. 2001;35(Suppl 1):40-4.
69. Jensen O, Gabre P, Sköld UM, Birkhed D. Is the use of fluoride optimal? Knowledge, attitudes and behaviour concerning fluoride toothpaste and toothbrushing in different age groups in Sweden. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40(2):175-84.
70. Jensen O, Moberg Sköld U, Birkhed D, Gabre P. Self-reported changes in using fluoride toothpaste among older adults in Sweden: An intervention study. Acta Odontol Scand. 2015;73(1):48-56.
71. Adam R, Erb J, Grender J. Randomized controlled trial assessing plaque removal of an oscillating-rotating electric toothbrush with micro-vibrations. Int Dent J. 2020;70(Suppl 1):22-7.

ENGLISH SUMMARY

Sköld UM, Meurman J, Jonsson R, Birkhed D.
Rheumatoid arthritis, Sjögrens syndrome and dental caries
Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1120-30.

The autoimmune diseases rheumatoid arthritis (RA) and Sjögren's syndrome (SS) have a negative effect on the mouth with hyposalivation and an increased risk of caries as a result for all SS patients and also for many RA patients due to secondary SS. In addition, modern RA medication causes immunosuppression with increased risk of infection, and combined with pain and impaired function in the hands and fingers, it entails an increased risk of caries.

Scientific studies show that patients with RA and SS have more carious and extracted teeth, often not regular dental appointments and high dental costs. It is therefore of the utmost importance that the rheumatologist early in the patient's diagnosis refers the patient to his/her regular dental clinic or to a Specialist Clinic in Oral Medicine in order for the patient to maintain good oral health.

The task of dental care is to make an accurate caries risk assessment with emphasis on self-perceived dry mouth xerostomia and an objective assessment of hyposalivation through clinical inspection and saliva sampling where the volume of resting saliva is of greatest interest. Caries prevention is based on the results of the caries risk assessment, with emphasis on good self-care with fluoride, diet and oral hygiene and regular visits to dental care. Fluoride toothpaste and fluoride solution are the important daily fluoride protection that should be supplemented with other fluoride products, such as high fluoride toothpaste, fluoride gel, fluoride tablets and fluoride chewing gum.

For oral hygiene, there are various aids that facilitate tooth cleaning in case of impaired hand function. Saliva-stimulating and moisturizing products available in a wide range are important complements to conventional caries prevention when there is a marked reduction or lack of salivary gland tissue.

The patient should be called to the dental care every 6 or alternatively every 3 months for control of self-care and for fluoride varnish application.

Vi har spesialister tilgjengelig i hele Norge!

Vi i Oris Dental hjelper deg med dine pasienter når du trenger det.
Ønsker du å diskutere kliniske problemstillinger eller behandlingsplaner?
Da er vi her for deg!

Trenger du hjelp med dine pasienter?

Skann QR-koden for å finne din nærmeste klinikk og ring klinikken.

ORIS DENTAL

orisdental.no

Angst for tannbehandling blant ungdom og voksne

Foto: Privat

HEGE NERMO

Hege Nermo (f. 1982) er utdannet tannlege fra UiT Norges arktiske universitet (2010) og har utført doktorgradsarbeidet gjennom sin stilling i TOO (Tilrettelagt tannhelsetilbud for tortur-, overgrepsutsatte personer og pasienter med odontofobi) ved TkNN (Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge) og i samarbeid med Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved UiT. Hovedveileder for prosjektet har vært førsteamanuensis ved UiT Jan-Are Kolset Johnsen og med veileder var professor ved UiO, Tiril Willumsen.

E-post: hege.nermo@tffk.no, hege.nermo@uit.no

Den 1. oktober 2021 disputerte Hege Nermo for ph.d.-graden i helsevitenskap ved UiT Norges arktiske universitet med avhandlingen: «Dental anxiety in adolescents and adults: Epidemiological studies based on the Tromsø Study 7 and Fit Futures 1 & 2».

Høy angst for tannbehandling kan resultere i en manglende evne til å oppsøke eller gjennomføre nødvendig tannbehandling og truer dermed målsetningen om likeverdige helsetjenester. I tillegg til de åpenbare konsekvensene dette kan ha for den orale helsen, påvirker angstlidelsen også psykososiale forhold og livskvalitet. Utviklingen av tannbehandlingsangst forklares gjerne gjennom et samspill mellom individuell sårbarhet og subjektive erfaringer, der tidligere smertefull eller traumatisk tannbehandling står sentralt.

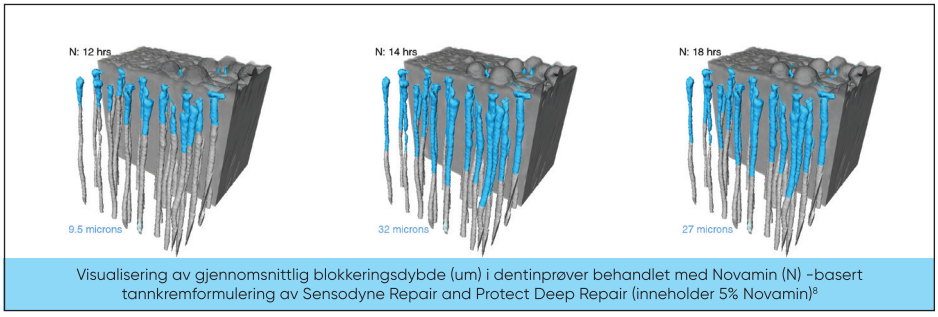
Målet med avhandlingen var å beskrive utbredelsen av angst for tannbehandling blant ungdommer og voksne i Nord-Norge, satt i sammenheng med karieserfaring, bruk av tannhelsetjenester, psykiske plager og erfaringer med ulike traumatiske livshendelser. Denne typen kunnskap kan gjøre tannhelsetjenesten bedre i stand til å gi de som sliter med dette et godt tilbud.

Resultatene viste at høy angst for tannbehandling var mer vanlig i de yngre aldersgruppene (11,6 %) enn eldre (2,9 %) og hyppigere blant kvinner i alle aldersgrupper. De som rapporterte høy angst hadde mer psykiske plager, dårligere oral helse og unngikk tannbehandling i større grad enn de med lav angst. Av potensielle traumatiske hendelser var det å ha opplevd smertefull og/eller traumatisk tannbehandling som utgjorde den største forskjellen, men også det å ha vært utsatt for seksuelle overgrep hadde en signifikant effekt på angst for tannbehandling etter å ha tatt høyde for de øvrige assosierte faktorene. Karieserfaring og psykiske plager predikerte endring i angstnivå, i begge retninger, blant ungdom. Forventninger om smerte hos tannlegen korresponderte med disse endringene i angstnivå og indikerer at tannbehandling kan ses på som en mulighet til å redusere angst for tannbehandling i denne aldersgruppen.

Å SETTE FOKUS PÅ ISING I TENNENE

Så mye som en tredjedel av den voksne befolkingen lider av Dentin Hypersensitivitet (DH) – men bare rundt halvparten gjør noe med denne lidelsen.[1] Dette er overraskende når du tenker på at noe så enkelt som det å velge riktig tannkrem kan bidra til å lindre smertene. Nå, takket være et banebrytende nytt forskningssamarbeid, begynner vi å se nøyaktig hvordan – i utsøkte 3D detaljer.

Forskning har vist at det er væsken som beveger seg gjennom tannkanalene som er den primære årsaken til hypersensitivitet.[1,2] Å blokkere tubuli og veiene gjennom dentinet kan redusere væskestrømmen og dermed forhindre at nervene reagerer. Men inntil nå har vi ikke klart å visualisere hvilken innvirkning tannkremformuleringene har på denne type blokkering. Hos GSK Consumer Healthcare har vi et kontinuerlig mål om å stadig forbedre Sensodyneformlene ved å se på vitenskapen bak tannfølsomhet. Dette har ført oss til European Synchrotron Radiation Facility (ESRF) i Grenoble for å teste grensene rundt hva som faktisk er mulig å forstå innen tannkremteknologi



Visualisering av gjennomsnittlig blokkeringsdybde (um) i dentinprøver behandlet med Novamin (N) -basert tannkremformulering av Sensodyne Repair and Protect Deep Repair (inneholder 5% Novamin)[8]

Synkrotronen på ESRF er en maskin på størrelse med åtte fotballbaner som produserer lys som er hundre milliarder ganger lysere enn sykehusrøntgenbilder. Dette gjør det mulig for forskere å visualisere strukturen til materie ned til atomnivå.[4] Ved hjelp av denne teknologien kan vi se dypt inne i tennene for å se hvordan tannkremformuleringer påvirker blokkeringen av tennene over tid. Vi tror at dette er banebrytende vitenskap. Dr Christabel Fowler, Innovasjonsleder, Oral helse FoU, GSK Consumer Healthcare, forklarer hvorfor:

"Vi streber alltid etter å forbedre formuleringene våre, ved å bruke den aller beste vitenskapen for å gi beskyttelse og lindring til mennesker som lider av ising. Hvis vi kan visualisere bedre hvordan tannkremene våre fungerer, er det lettere for tannleger å forstå vitenskapen bak dem - og hjelpe pasientene velge en tannkrem som lindrer ising i tennene."

Vi har jobbet med Sensodyne Repair and Protect i omtrent et tiår nå, og ønsket å visualisere virkemåten til en ny, ombygd formulering som vi har utviklet i fire år: Sensodyne Repair and Protect Deep Repair, som gir klinisk dokumentert lindring - og langvarig beskyttelse mot ising i tennene.[5,6,7] Men vi ønsket også å gå enda dypere for å enda mer detaljert kunne se hvordan det fungerte. Der tradisjonelle studier ved bruk av elektronmikroskopi bare kan analysere 30-40 tubuli av gangen, kan synkrotroner skanne tusenvis på bare få minutter. Vi kan nå se hvor langt blokkeringen har kommet, og hvor lenge den blir værende der. I tillegg er synkrotronavbildning ikke-destruktiv, og muliggjør 'tidsforløp'-studier som skanner de samme tubuli, om og om igjen, for å vise effekten av Sensodyne Repair and Protect Deep Repair på blokkeringen på forskjellige tidspunkter.

Dr Madi, som ledet tidsforløpsstudien ved ESRF, sier:

"Det vil komme mye mer, men denne spennende teknikken vil åpne nye dører for å optimalisere tannkrem og designe skreddersydde formuleringer."

Stor vitenskap, for de små, spesielle øyeblikkene. Fordi livet er for kort for ising i tennene.

SENSODYNE

1 Addy, M. (2002), Dentine hypersensitivity: New perspectives on an old problem. International Dental Journal, 52: 367-375. doi:10.1002/j.1875-595X.2002.tb00936.x. **2** D. G. Gillam, Management of dentin hypersensitivity, Current Oral Health Reports, vol. 2, no. 2, pp. 87–94, 2015. **3** M. Brännström, "A hydrodynamic mechanism in the transmission of pain producing stimuli through the dentine," in Sensory Mechanisms in Dentine, D. J. Anderson, Ed., pp. 73–79, Pergamon Press, Oxford, UK, 1963. **4** ESRF (2020) Synchrotron science, https://www.esrf.eu/about/synchrotron-science (Last accessed September 2019). **5** Hall C et al; "Exploratory randomised controlled clinical study to evaluate the comparative efficacy of two occluding toothpastes - a 5% calcium sodium phosphosilicate toothpaste and an 8% arginine/calcium carbonate toothpaste - for the longer-term relief of dentine hypersensitivity"; J Dent 2017; 60: 36–43. **6** Clinical Study number RH01748, An Exploratory Study to evaluate the efficacy of two occlusion technology dentifrices in the relief of dential hypersensitivity, 2013. **7** Hall, C et al; "Reducing Dentinal Hypersensitivity Improves Oral Health-Related Quality of Life"; J Dent Res, 2017; 96 B:062 BSODR. **8** In vitro report number G7322/014; Occlusion depth measurements and visualisation of Sensodyne Repair and Protect Deep Repair using Synchrotron X-ray Tomography and Focused Ion-Beam Scanning Electron Microscopy; 2020.

Varumärken ägs av eller licensieras till GSK-koncernen. ©2021 GSK-koncernen eller dess licensgivare.

PM-SE-SENO-21-00058

Uteblitt magasin?

Kontakt Fagpressens kundesenter man-fre 08:00-16:00.
Telefon: 21 04 77 46. E-post: kundesenter@fagpressen.no

Vi sørger for å ettersende utgaven som er uteblitt for

tidende

som er medlem i

Fagpressen

Eli Tangen Design Foto: Anne Lise Norheim

UPHEADS®

> Smarte IT-løsninger

IT-løsninger for gode arbeidsdager – og lavere skuldre

Upheads er en av de største IT-leverandørene for tannklinikker og spesialister over hele landet. Vi sørger for at over 2000 kunder nyter problemfrie IT-hverdager. Og vi hjelper gjerne deg også!

Snakk med oss for en kartlegging av din klinikk.
Telefonnummer: 51 22 70 00

Upheads.no

tidende

Frister og utgivelsesplan 2021/2022

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
~~12~~	~~12. november~~	~~16. november~~	~~16. desember~~
		2022	
1	26. november '21	6. desember '21	13. januar
2	14. januar	18. januar	17. februar
3	10. februar	15. februar	17. mars
4	11. mars	15. mars	15. april
5	1. april	6. april	12. mai
6–7	5. mai	13. mai	16. juni
8	10. juni	14. juni	18. august
9	12. august	16. august	15. september
10	9. september	13. september	13. oktober
11	14. oktober	18. oktober	17. november
12	11. november	15. november	15. desember

NYHET parodontax
I APOTEK MID FEBRUAR

HJELP PASIENTENE DINE MED Å BEHOLDE ET FRISKT TANNKJØTT

PARODONTAX ER EN FLUORTANNKREM TIL DAGLIG BRUK, SPESIELT UTVIKLET FOR UTMERKET PLAKKFJERNING FOR Å HJELPE MED Å STOPPE OG FOREBYGGE BLØDENDE TANNKJØTT*

48%

reduksjon av blødende tannkjøtt*[1]

4X

bedre plakkfjerning[**1]**

For mer informasjon og prøver kontakt
scanda.consumer-relations@gsk.com

*sammenlignet med en vanlig tannkrem ved børsting to ganger daglig
**enn en vanlig tannkrem, etter en profesjonell tannrengjøring og børsting to ganger daglig

1 Jose et al. J Clin Dent. 2018; 29:33-398

Registrerte varemerker tilhører eller er lisensiert av GSK-konsernet.
©2020 GSK eller deres lisensgiver. PM-NO-PAD-20-00008.

Hvor godt er egentlig tannhelsetjenesten organisert?

CARL CHRISTIAN BLICH, TANNLEGE VED COLOSSEUMKLINIKKEN OG UNIVERSITETSLEKTOR. SEKSJON FOR SAMFUNNSODONTOLOGI, DET ODONTOLOGISKE FAKULTET, UNIVERSITETET I OSLO

Hurdalsplattformen fikk blandet mottakelse i Tannhelsetjenesten, etter en valgkamp der «tannhelsereform» var tema mange ganger. Hva som vil skje de neste årene gjenstår å se, men regjeringen vil nok merke et visst påtrykk fra partiene til venstre for seg, - ikke minst fra SV. Statsminister Støre hadde imidlertid unge voksne inne i sin 100 dagers-plan allerede før valget, og ikke uventet ble denne gruppen nevnt særskilt på side 63 i regjeringsplattformen. I statsbudsjettet er riktig nok det utvidede tilbudet ikke med, men siste ord er ikke skrevet. Dette gir uansett tjenesten et glimrende utgangspunkt for å tenke nytt. Trenger vi eksempelvis en opprusting av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) for å løse oppgavene? Og, om så: på hvilken måte? Vi må kunne regne med at endringene kommer i 2023-budsjettet dersom ikke SV presser dem inn allerede før jul i år.

Det nye er at også unge voksne fra 19 til og med 21 år skal få et gratis tilbud om tannhelsetjenester. De mellom 22 og 25 år skal betale «halv pris for tannhelsebehandling».

Statsbudsjettet må forventes å beskrive nærmere hvem som skal yte disse tjenestene, og det vanlige vil være at sektoren det gjelder ber om mer ressurser. Er det nødvendig?

La oss se nærmere på tall fra SSB (1). Statistikkbanken forteller ikke alt, men mye om tilbudet i DOT. Vi vet at DMFT hos 18-åringene jevnt og trutt har sunket siden midten av 1980-tallet. Det er disse som de neste sju årene skal få et styrket tilbud, så deres tannhelse er av vesentlig betydning når kostnadene skal beregnes. I 2020 hadde de i gjennomsnitt tre tenner med fylling og 30,5 prosent var helt uten fyllinger. Det innvendes mot denne statistikken at ikke alle er medregnet, noe som jo er sant. De friskeste ble kanskje ikke innkalt og noen møtte ikke opp. Blant disse kanskje noen av de sykeste – men likevel. Tall fra Studentsamskipnaden i Oslo (2) tilsier at behandlingstilfanget blant studenter ikke er betydelig.

Tannpleiere

Behovet for tannlegeressurser kan diskuteres, men det er en kjensgjerning at vi har en helt annen fordeling tannpleier/tannlege i Norge enn eksempelvis i Danmark, et land nordmenn liker å trives i. Der har man for lengst tatt innover seg to forhold: Tannhelsen blant de unge er kraftig forbedret og dansk økonomi tilsier en omfordeling av oppgavene. På et fylkestannlegemøte høsten 2018 beskrev overtannlege Mette Borum følgende: I Danmark var fordelingen tannpleier/tannlege i 2010 1/2,6. I den kommunale tannhelsetjenesten i Århus regner man 0,7 tannpleier og 0,7 tannlege per 2 000 barn. Disse jobber i team med sekretærer.

I en prosjektoppgave ved BI fra 2019 (3) beskriver to overtannleger i tidligere Østfold fylke en gjennomgang av timebøkene ved en representativ klinikk. De kom frem til at tannlegene i stor grad var beskjeftiget med oppgaver som kunne vært løst av tannpleiere. Fra dagens situasjon med fem tannleger og to tannpleiere foreslo de en endring til to tannleger og fire tannpleiere, men også en endring i sekretærstillinger. I vårt hjemlige miljø har det vært uttrykt at tannlegene ikke utelukkende skal møte «syke barn», men likevel. I prosjektoppgaven ble det poengtert at tannlegene med fordel kunne ha flere tannlegeoppgaver, ikke minst for å opprettholde sin kompetanse gjennom tilstrekkelig mengdetrening. I tillegg ville man kunne redusere kostnadene med ca. 30 prosent. Slike tall kan selvsagt diskuteres, men likevel.

Norsk økonomi har ikke krevd denne diskusjonen på samme måte som i Danmark. Ikke desto mindre; regjeringens perspektivmelding tidligere i år (4) mer enn indikerer at tiden nå er inne.

I vår samlede norske tannhelsetjeneste er nemlig forholdstallet tannpleier/tannlege fortsatt mindre enn én til fire. Privat sektor henger mest etter med 6,1 tannleger per tannpleier (2019-tall) (1).

Tannlegekompetanse

Vi må kunne anta at 18-åringene, som de neste sju årene har størst behov for tannlege, vil være de med flere enn fem fylte tenner. Gitt et slikt resonnement vil det være nyttig å se hvor mange individer disse utgjør. I 2015 viser statistikken 17 252 med DMFT større enn fem (1). Disse er i dag 24 år og de nest eldste som skal få «tannhelsetjenester til halv pris». Dersom vi tenker at samtlige «avtalte årsverk» som SSB benytter, private som offentlige, skal bidra

overfor disse så utgjør gruppen 4 (fire) pasienter per allmenntannlege-årsverk. Ja, det er nok noen flere, men likevel. Hvert år har det vært en tannhelseforbedring og i 2019 var denne gruppen (DMFT større enn fem) redusert fra 17 252 i 2015 til 13 000 individer. Det utgjorde *tre* pasienter per allmenntannlegeårsverk.

I årene 2015 til 2020 økte antall allmenntannlegeårsverk i Norge med 233 tannleger. I tillegg kommer en økning i antall spesialister med 68 og tannpleiere med 125.

Hvis vi har som utgangspunkt at hvert allmenntannlegeårsverk årlig vil få tre til fire pasienter med behov for tannlegekompetanse fra sju årskull (19 til 25 år), så vil antallet i «beste fall» utgjøre snaut 30 pasienter med økonomisk støtte fra Hurdalsplattformen.

Disse kommer imidlertid ikke nødvendigvis til å utgjøre en økning. Ser man på veksten i allmenntannlegeårsverk i perioden 2015 til 2020 i forhold til befolkningsveksten, så har det faktisk vært en reduksjon i antall pasienter per årsverk. For allmennpraktikerne utgjør dette 30 færre pasienter.

Arbeidsmarkedsundersøkelsen fra 2015(5) viste at omkring 500 av de allmennpraktiserende respondentene (40 %) ønsket flere pasienter, i snitt 400 flere. Det var før reduksjonen beskrevet ovenfor.

Regnestykket blir selvsagt litt annerledes dersom gruppen 19 til 25 år kun skal behandles av offentlig ansatte tannleger. I 2020 var det ifølge SSB (1) 1 268 avtalte offentlige allmenntannlegeårsverk. Dette innebærer et sted mellom 10 og 13 av de nevnte pasientene per årskull per tannlege. De nye gruppene med rett til et gratis eller subsidiert tilbud utgjør fem årskull (21 – 25 år), ettersom gruppe D allerede har et tilbud. I sum vil det derfor årlig være snakk om snaut 60 pasienter per tannlegeårsverk, hvorav ikke samtlige møter frem. Fordeles dette på 230 arbeidsdager vil det være snakk om drøyt én pasient i uken. Dette synes, dersom man skulle legge BI-oppgavens funn til grunn (3), å være håndterbart.

Oppsummering

Det er uvisst hvor mange som vil benytte tilbudet fra regjeringen Støre når det kommer. Aldersgruppene som får helt gratis behandling innbefatter de som i dag betaler 25 prosent (19 og 20-åringene). Det er mulig at samtlige opp til og med 21 år vil fortsette i DOT, kanskje også de som skal betale halv pris. Hvert årskull utgjør omkring 60 000 mennesker. Vi snakker med andre ord om et sted mellom 300 000 og 420 000 individer, men tradisjonelt er andelen «undersøkt/behandlet» i DOT lavere. Blant disse er svært mange friske og uten behov for tannlegekompetanse. I DOT er det grunn til å diskutere hvorvidt denne kompetansen allerede er til stede og at en eventuell økning i årsverk bør kunne skje gjennom tilsetting av flere tannpleiere.

Dersom privat sektor skal bidra vil det kunne bli «kostbart for tannlegene» at denne delen av tjenesten i så liten grad har tatt tannpleiere med på laget. De fleste «Hurdalspasientene» trenger i begrenset grad tannlege, og derfor er det liten grunn til å tro at taksten det skal betales «halv pris» av inkluderer generell bruk av tannlegekompetanse.

Flere satsingsprosjekter på tannhelsefeltet gjennom de siste 20 årene har vært bygget på forutsetningen om at Norge vil få mangel på tannleger. I dag opplever vi en sammensetning av tannhelseteamene i tjenesten, privat som offentlig, som best kan forklares med at Norge er et rikt land, der kravene til optimalisering kunne treneres. Noen tannhelsereform har vi foreløpig ikke sett, men gjennomgangen av finansieringsordningene som NTF med flere etterspør, bør også bestå av en «indremedisinsk» gjennomgang av tjenestens personellsammensetning. Den bør komme innenfra.

Kanskje vi skulle la Hurdalsplattformen inspirere oss til nettopp det?

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta
2. Grytten J, Perwaiz M, Rongen G, Skau I: Endringer i de unges tannhelse – hvor stort er deres behandlingsbehov? Nor Tannlegeforen Tid 2020; 130: 904-12 https://www.ssb.no/statbank/list/tannhelse (lest 05.11.2021)
3. Kobets S, Åman F: Endring I profesjonsstruktur og ressursbruk i tannhelsetjenesten.
4. Meld. St. 14 (2020 – 2021) Perspektivmeldingen 2021 https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/
5. Holmgren TK, Rongen G, Grytten J: Allmenntannlegene i den private tannhelsetjenesten – har de nok å gjøre? Nor Tannlegeforen Tid 2017; 127: 948-52

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 tanntekniske 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

Camilla Hansen Steinum (45) går av etter ti år som president i Tannlegeforeningen.

Utfordrende, krevende og lærerikt

Camilla Hansen Steinum har vært president i NTF i ti år. Her forteller hun hvordan både foreningen og tannhelsetjenesten har forandret seg i løpet av hennes tid som president. Selv er hun åpen for nye muligheter, og sier hun håper å få brukt det hun har lært i en ny sammenheng.

ELLEN BEATE DYVI (E-POSTINTERVJU)
KRISTIN AKSNES

– Du har vært president i NTF i ti år. Hvordan har presidentrollen endret seg i løpet av disse årene?

– Det har skjedd veldig mye i løpet av disse ti årene. Det har vært store endringer både i tannhelsetjenesten, i foreningen og i rollen som president.

Jeg er glad for at vi i løpet av disse årene har evnet å utvikle og profesjonalisere foreningen. Det er viktig for å kunne møte stadig nye utfordringer og endringer både i tannhelsetjenesten og i samfunnet rundt oss.

Foreningen har i dag en ganske annen posisjon i samfunnet enn for ti år siden. I mediebildet har NTF klart å innta rollen som eksperten på tannhelsefeltet, og vi er blitt mye mer synlige i samfunnsdebatten. Da jeg startet i presidentjobben, holdt NTF helt bevisst en lav profil. Nå er vi mer på ballen og ønsker økt oppmerksomhet om oral helse og tannhelsetjenesten. Vi har en tydeligere rolle, og vi tar mer plass.

Vi er også blitt mer profesjonelle i vårt politiske arbeid. Dette var et arbeid som begynte før jeg ble president, men som jeg er stolt over å ha vært med på å videreutvikle. I dag har vi gode forbindelser og jevnlig dialog med politikere og andre viktige beslutningstagere. I tillegg har vi stabile samarbeidsrelasjoner med andre aktører i helsetjenesten og med våre samarbeidspartnere i Akademikerfellesskapet.

Vi svarer på en rekke skriftlige høringer og deltar på muntlige høringer på Stortinget. Det er viktig. NTF er en liten forening, men vi representerer en høyt utdannet og spesialisert gruppe helsepersonell som spiller en betydelig rolle i helsetjenesten. Ved å samarbeide med andre synliggjør vi dette på best mulig måte.

Alt dette har selvfølgelig hatt stor betydning for presidentrollen, da presidenten er foreningens fremste talsperson og ansikt utad. Presidentrollen er i dag en fulltidsjobb, hvor man må være tilgjengelig stort sett hele tiden. Det var derfor helt avgjørende at representantskapet alt tidlig i min periode bestemte at presidentvervet skulle være en fulltidsjobb med honorar. Det har muliggjort en betydelig profesjonalisering av presidentrollen – og av foreningen.

Det å få lede Den norske tannlegeforening gjennom disse ti årene har vært både utfordrende og krevende – og mye arbeid. Men det har også vært veldig spennende, givende og lærerikt. Presidentjobben har gitt meg mange erfaringer, store opplevelser og venner for livet! Det er jeg svært takknemlig for.

Kommunereformen, stor seier

– Hva ser du som de viktigste politiske sakene NTF har vært opptatt av og fått gjennomslag for i løpet av din tid som president?

– Den største og mest ressurskrevende enkeltsaken i denne perioden har helt klart vært saken om kommunereformen, da regjeringen foreslo å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større, og mer robuste, kommuner. NTF var ikke prinsipielt imot en slik flytting, men påpekte at det var mange ubesvarte spørsmål og stor usikkerhet rundt hvilke faktiske konsekvenser en slik endring ville medføre. Vi mente at veldig mange kommuner ville være for små til å ta ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten. NTFs klare anbefaling til regjeringen var derfor å ikke flytte tannhelsetjenesten, men heller be om en utredning om hvordan en eventuell flytting kunne skje, og ikke minst hvilke konsekvenser og kostnader det ville medføre. Det ble en sak med mye debatt og mye prestisje. Vi brukte mye tid og krefter på å formidle NTFs synspunkter til politikere og helsemyndigheter. Skuffelsen var derfor stor da proposisjonen ble lagt frem for Stortinget og vi så at NTFs og de andre høringsinstansenes innspill i svært liten grad var tatt hensyn til. Men vi ga ikke opp, og ved hjelp av iherdig innsats klarte vi å overbevise stortingspolitikerne om å skrinlegge forslaget. Riktignok vedtok de å legge til rette for en prøveordning som skal evalueres i 2023, men så langt er denne prøveordningen ikke satt i gang.

Jeg mener fortsatt at dette var en svært viktig seier for foreningen – og for tannhelsetjenesten.

Så er det viktig å si at det er sjelden det kommer slike store og avgjørende saker. Politisk påvirkningsarbeid er en kontinuerlig prosess, og gjennom å arbeide jevnt og trutt får man over tid påvirkningsmulighet og gjennomslag for endringer. NTF påvirker i dag gjennom høringsinnspill, skriftlig og muntlig, i dialog med myndigheter og andre beslutningstagere og gjennom media. Og vi velger dialog fremfor konflikt der vi mener det er hensiktsmessig, selv om medlemmene helst ville sett oss på forsiden i mediebildet, rett og slett fordi vi tror at vi oppnår mer og bedre resultater med det.

NTF samler tannleger i alle aldre, i alle faser av yrkeslivet, i alle spesialiseringer og i ulike sektorer. Det gir oss tyngde og påvirkningskraft – og det bidrar til at vi får gjennomslag og blir lyttet til. Bredden i medlemsmassen og den høye organisasjonsgraden gjør at NTF blir oppfattet som en viktig og seriøs forening. Vi blir sett på som konstruktive og troverdige, nettopp fordi vi representerer en så stor og bredt sammensatt gruppe med dyktige tannleger som evner å se befolkningens og pasientenes beste. Vi er ikke bare en interesseorganisasjon for enkeltgrupper av tannleger. NTF er en viktig samfunnsaktør med gjennomslagskraft.

Men det har vært andre viktige gjennomslag også – både innenfor kjeveortopedi, da vi fikk hindret den planlagte fjerningen av gruppe C, og nå sist i pandemien, da NTF lyktes i å få gjennomslag for at tannleger skulle ha høyeste dekningsgrad i kompensasjonsordningen for uunngåelige kostnader. Selv om ikke ordningen var spesielt tilpasset helsetjenesten, var dette en viktig seier som viser at NTF blir lyttet til.

Vi jobbet også hardt for å sikre vaksinering av tannhelsepersonell. Alt i alt har vi fått gode tilbakemeldinger på foreningens arbeid under pandemien, selv om det har vært en krevende periode for oss alle. Det er i vanskelige tider vi virkelig ser verdien av å stå samlet som en forening. Jeg er rett og slett skikkelig stolt av både de ansatte, de tillitsvalgte og av medlemmene for hvordan de alle har taklet denne vanskelige tiden. Jeg tror vi har kommet styrket gjennom denne perioden, selv om pandemien enda ikke er over.

Oral helse taper i konkurransen med andre saker

– Hvilke saker har NTF ikke fått gjennomslag for?

– I NTFs strategi står det at vi skal være en premissleverandør i tannhelsepolitiske spørsmål. Vi jobber kontinuerlig for å leve opp til dette. Men påvirkningsarbeid er et langsiktig arbeid, og mange ganger kunne jeg nok ønske at prosessene gikk raskere.

Det er en utfordring å få satt oral helse på den politiske dagsorden. Helsepolitikerne har mange store og viktige oppgaver å håndtere, og utvikling av tannhelsetjenesten taper ofte i konkurranse med andre viktige saker. En av årsakene til det er at tannhelsetjenesten har fungert godt, og at befolkningen stort sett har god oral helse. Likevel vet vi at det er sosial ulikhet i oral helse, og at det er stort behov for en helhetlig gjennomgang av hele tjenesten, noe NTF har bedt om i lang tid. Målet er å sikre en fremtidig tannhelsetjeneste som bedre kan

sikre hele befolkningen tilgang til nødvendige tjenester og bidra til å utjevne den sosiale ulikheten i oral helse.

Utfordringen blir ikke mindre av at få politikere og beslutningstagere kjenner tjenesten godt nok. En svært viktig oppgave for NTF er derfor å bidra til økt kunnskap hos politikere og andre beslutningstagere. Men heller ikke vi i NTF har tilstrekkelig kunnskap på området, og det blir derfor svært viktig å skaffe mer fakta både om tannhelsetjenesten og om den orale helsen i befolkningen.

Så er det selvsagt ikke slik at politikere og myndigheter er enige med foreningen og gjør det vi ønsker at de skal gjøre i alle saker. Et eksempel på en slik sak er utviklingen av de regionale odontologiske kompetansesentrene. NTF er, og har hele tiden vært, positive til intensjonen med kompetansesentrene, nemlig å bygge opp regionale kompetansemiljøer og sikre spredning av spesialistkompetanse. Men vi er skeptiske til hvordan utviklingen av sentrene har vært, og vi mener at hele ordningen må evalueres. Det har myndighetene nå heldigvis sagt at de skal sette i gang med. Det er viktig for å sikre at de offentlige midlene til tannhelsetjenesten brukes på best mulig måte.

Dessverre har vi ikke fått gjennomslag for en reell styrkning hverken av tannhelsetjenesten eller folketrygdens stønadsordning i statsbudsjettetene. Til tross for valgløfter og fine ord fra politikerne har regjeringen de siste åtte årene spart, underregulert og omplassert midler for nær 600 millioner kroner på tannhelseområdet. Dette er svært beklagelig.

For øyeblikket jobber vi aktivt med å nå gjennom til politikerne for å få gjennomført en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, hvor man ser på både organisering og finansiering av hele tjenesten. Også fremtidig forvaltningsnivå kan inngå som en del av en slik gjennomgang. Nå ønsker venstresiden seg en tannhelsereform, men de har ikke noe godt svar på hva en slik reform vil innebære, hvordan den skal gjennomføres og hvor mye det vil koste. NTFs holdning er klar: Handling før utredning er ikke forsvarlig politikk. Det gjenstår å se om politikerne vil lytte, eller om det er viktigere å fremstå som handlekraftige og plukke noen «lavthengende frukter» som gir rask uttelling.

NTF ønsker et løft for hele tannhelsefeltet. Vi er derfor positive til økt offentlig finansiering, men vi mener det er feil å bruke store summer uten å først ha en overordnet strategi. Det må lages en plan for utvikling av tjenesten og for hvordan sosial ulikhet i oral helse skal utjevnes.

NTFs mål er å oppnå best mulig tannhelse for pengene, og det får vi gjennom en målretting av midlene, så lenge de er begrensede. Endringer i tjenesten må være kunnskapsbaserte og bygge på samfunnets og befolkningens behov. Denne kunnskapen har vi ikke i dag. Vi kan risikere at politikerne går inn for en generell og kostbar velferdsreform med store administrasjonskostnader, men som ikke vil gi bedre oral helse.

NTF har også lenge vært pådriver for at tannhelsetjenesten må inkluderes i helsetjenestens e-helsesatsing. Tannleger må få tilgang til e-resept og det må tilrettelegges for digital samhandling mellom ulike tjenester. Vi må også ha tilgang til kjernejournal og pasientens legemiddelliste. På disse områdene har dessverre utviklingen gått altfor sakte.

NTF blir en stadig mer profesjonell organisasjon

– Hvordan har NTF utviklet seg som organisasjon i løpet av de siste ti årene?

– Som jeg tidligere har vært inne på er NTF en mer profesjonell forening i dag. NTF har utviklet seg til å bli en viktig samfunnsaktør, og vi har endret måten vi jobber på mot politikere og andre beslutningstagere og også mot media.

Det har skjedd store endringer på kommunikasjonssiden. I dag er sosiale medier en viktig kanal. Vi har tatt i bruk nye kommunikasjonskanaler og blitt flinkere til å nå frem til medlemmene med viktig informasjon, for å holde dem oppdaterte på hva NTF til enhver tid jobber med og hva som skjer på tannhelsefeltet. Samtidig har dette ført til at medlemmene har fått høyere forventninger til tilgang på informasjon, og kommunikasjonskanalene er blitt flere og viktigere.

De siste årene har vi viet stor oppmerksomhet til folkehelsearbeidet. Tannleger er helsepersonell, og tannhelsetjenesten en viktig del av helsetjenesten. Ulike tiltak er iverksatt for å synliggjøre at god oral helse er viktig for den generelle helsen. Vi har rettet søkelyset mot sammenhengen mellom munnhelse og andre sykdommer som kreft, slag, diabetes, utenforskap og psykisk helse – for å nevne noe. Vi har også påpekt tannlegenes rolle og ansvar i avdekking av omsorgssvikt og overgrep, i kampen mot antibiotikaresistens og i antitobakksarbeidet. Dette har medført at vi er blitt bedre på samarbeid med andre profesjonsforeninger og pasientforeninger. Vi har hatt flere samarbeidsarrangementer i forbindelse med Munnhelsedagen og Arendalsuka. Dette er inspirerende og veldig viktig, for jeg tror det bidrar til at flere får øynene opp for betydningen av god oral helse. Det har enda mye større effekt når pasienter og annet helsepersonell forteller hvorfor oral helse er så viktig, enn når vi tannleger gjør det selv. Sammen står vi sterkere, vi når ut til flere og vi får mer gjennomslag.

Jeg tror dessuten at vi har lykkes ganske bra med å redusere avstanden mellom lokal- og spesialistforeningene og NTF sentralt. Vi har fått på plass flere kurs og mer opplæring av de

lokale tillitsvalgte, og vi har en helt annen relasjon med de tillitsvalgte enn da jeg startet opp. Her har faktisk også pandemien hatt en positiv effekt: Vi har hatt mer kontakt de siste par årene enn noen gang tidligere. Jeg tror det er nødvendig for at NTF fortsatt skal være en samlet forening for alle tannleger i Norge.

Innføringen av obligatoriske etterutdanning for NTFs medlemmer er en annen viktig sak. Medlemskap i foreningen skal være et kvalitetsstempel. Hverken innføringen av eller endringene i ordningen er gått gjennom uten debatt, men det er helt tydelig at medlemmene har et høyt ambisjonsnivå og er opptatt av kontinuerlig og livslang faglig utvikling. Vi har utviklet et nettbasert kurstilbud, etablert to symposier og en digital fagdag. Og landsmøtet og TSE er selvsagt fortsatt svært viktige for foreningen.

Som forening har vi også kontinuerlig oppmerksomheten rettet mot etiske problemstillinger. Det er helt avgjørende! I min periode har vi fått på plass et helt nytt sett med etiske regler, og vi jobber kontinuerlig med å integrere etikk i alt vi gjør – ikke minst i etterutdanningen.

NTF vil ha en svært viktig rolle som profesjonsforening også fremover. Samfunnet endrer seg, og for å møte behovene i medlemsmassen må foreningen derfor evne å endre seg i takt med det som skjer både i samfunnet og i tannhelsetjenesten. Det er store viktige saker som venter, og jeg er sikker på at NTF fortsatt vil være en viktig premissleverandør som kan påvirke fremtidens tannhelsepolitikk.

Jeg håper og tror at NTF også i fremtiden vil være en samlet forening for alle norske tannleger. Det er viktig! Sammen er vi sterke. Vår gjennomslagskraft og påvirkningsmulighet avhenger av at vi klarer å stå sammen i både gode og onde dager. Jeg håper alle ser viktigheten av dette, og at alle fortsatt vil arbeide sammen for å sikre at NTF forblir den ene sterke stemmen som taler på vegne av alle norske tannleger.

I fremtidens tannhelsetjeneste må vi utnytte ressursene og kompetansen på en god og effektiv måte. Det blir avgjørende å sikre trygge og gode rammebetingelser for virksomhetene i hele tjenesten og for den enkelte tannlege. Her vil NTF ha en svært viktig rolle.

Det blir spennende å følge med på hva som skjer fremover. Hvis venstresiden gjør alvor av i hvert fall noen av de lovnadene de kom med i valgkampen, vil det komme mer midler til tannhelsetjenesten. Da blir det avgjørende med en kunnskapsoppbygging, og at det lages en helhetlig strategi for utvikling av tjenesten. Jeg håper at tannhelsetjenesten på sikt får den plassen den fortjener som en viktig del av helsetjenesten, og at utviklingen av tjenesten bidrar til å sikre hele befolkningen tilgang til nødvendig behandling og dermed til å redusere den sosiale ulikheten i oral helse. Jeg håper også at politikere og andre beslutningstagere vil lytte til innspill og råd fra fagmiljøene og foreningen i disse prosessene og sikre tannlegene gode arbeidsforhold også i fremtiden.

NTFs avtroppende president, Camilla Hansen Steinum, innledet til flere av sakene under NTFs representantskapsmøte i slutten av november.

Det blir avgjørende at myndighetene får mer kontroll og oversikt over tannhelsetjenesten. Det må også sikres at vi i størst mulig utstrekning kan utdanne de tannlegene Norge trenger, ved norske læresteder, og at tannlegeutdanningen er tilpasset befolkningens behov.

Åpen for nye muligheter

– Hva skal du gjøre nå? Har du noen planer?

– Jeg har ingen konkrete planer akkurat nå. Jeg er president ut året, og det er mye som skjer i desember. Etter det vet jeg ikke helt hva jeg skal gjøre, bortsett fra at jeg fortsatt skal jobbe litt med pasienter, slik jeg har gjort hele tiden, også mens jeg har hatt presidentvervet. Det har vært viktig for meg i hele denne perioden.

Så er jeg åpen for nye muligheter. Og jeg håper at jeg også i fremtiden, på en eller annen måte, får mulighet til å bidra med den kompetansen jeg har opparbeidet meg, til det beste for norsk tannhelsetjeneste. Jeg ser ikke for meg å bare arbeide klinisk.

Jeg gleder meg til å følge med på foreningens videre arbeid fra sidelinjen, og vet at NTF er i de beste hender, med dyktige tillitsvalgte og et kunnskapsrikt sekretariat.

Det har vært ti fantastiske år! Jeg føler meg utrolig privilegert som har fått denne muligheten. Jeg er stolt over det arbeidet vi sammen har utført gjennom mine fem perioder som president. Det har vært et solid teamarbeid. De mange løpende arbeidsoppgavene må håndteres samtidig med alt som oppstår underveis. Jeg har møtt veldig mange flott mennesker gjennom disse årene, og jeg kommer til å savne både dem og foreningsarbeidet.

Med dette vil jeg takke for en utrolig flott tid og ønske NTF lykke til videre. Spesielt vil jeg gratulere NTFs nye president og visepresident, men også alle andre tillitsvalgte som nå skal bekle sentrale verv i foreningen de neste to årene. Jeg heier på dere!

Begynner utenlands og fullfører tannlegestudiet i Norge

Jashan Singh Kamboi har fått plass på odontologistudiet i Oslo, etter to år i Madrid.

Mange studenter som ønsker å bli tannlege begynner studiet i utlandet. Etter ett til to år kan utenlandsstudentene søke om plass ved Universitetet i Oslo (UiO) og Universitetet i Tromsø (UiT) til å fullføre studiet gjennom et årlig innpassingsopptak. I år har det vært særlig stor konkurranse om plassene.

KARI A. ØVERBY, OD/UIO
MARIE LINDEMAN JOHANSEN, OD/UIO

– I alt 28 studenter som vil fullføre utdannelsen sin ved Det odontologiske fakultet er tatt opp i høst, forteller studiedekan Hans Jacob Rønold ved UiO.

– Det fordeles med 16 studenter til 3. semester og 12 studenter til 5. semester. En forutsetning for innpass er imidlertid at det er ledige plasser på kullene, forteller Rønold videre.

Odontologi i Madrid og Oslo

Jashan Singh Kamboj fikk i høst innpass på tredje året for master i odontologi. Han begynte å studere til tannlege i Madrid, og har gått de første to årene der. Jashan deler gjerne sine erfaringer med å få innpassing i Oslo.

– Jeg er kommet inn i det mest sosiale kullet av tannlegestudenter, sier Jashan litt spøkefullt. Veldig fin og inkluderende gjeng, og jeg ble veldig godt tatt imot av guttene, og har greid å integrere meg greit. To andre jeg gikk sammen med i Madrid fikk innpass samtidig og de er også blitt veldig godt mottatt.

– Overgangen er gått veldig greit. Jeg var litt stressa i starten og tenkte hvordan blir dette? Men alle var veldig hyggelige fra første stund, forteller han.

Det er så gøy å få inn nye fjes var holdningen.

– Du fikk godkjent mange av kursene dine fra Madrid, betyr det at studiene i Oslo og Madrid er ganske like?

– Jeg snakket med studiekonsulenten ved fakultetet, Snezana Popovic Vujovic, og jeg så på utdanningsplanen

som ligger på nettsidene. I første og andre år er mye av undervisningen lik, så jeg føler ikke at jeg ligger bak.

Studenter fra Aarhus og Madrid kan ofte begynne rett på studiet. Flere odontologiske læresteder tilbyr ikke ferdighetstrening eller propedeutisk odontologi slik de nordiske lærestedene og Madrid gjør.

– I Oslo begynner studentene med ferdighetstrening og bruk av instrumenter trede året, men i Madrid begynner de allerede første året forsiktig å bruke speil og sonde og besøke ferdighetssenteret, sier Jashan.

– At jeg kjente til hvordan man skal bruke speil og sonde gjorde overgangen min litt mykere, for jeg hadde vært borti det. Det er ikke bare medisin de to første årene, men også litt tannlegefag. Undervisningen i Oslo er teoretisk de første årene.

Bedre læringsforhold i Oslo

– Hvorfor vil du fullføre utdanningen din i Norge?

– Det er fordi jeg kommer til å jobbe i Norge med norske pasienter. Det er språket og så er det en helt annen kultur i Norge enn i Spania. Menneskene her er helt ulike. Andre typer sykdommer og andre vaner. De er ikke så flinke til å følge opp tannhygiene fra du er liten og hele veien, som man er her i Norge. Det er jo så vidt karies i Norge, fordi man følger det så godt opp. Det er man ikke like flinke til i Spania. Da er det mye mer fokus på å ha kariesbehandling og fjerne periodontitt. Her er det mer allsidig fokus.

– Skal jeg jobbe i Norge resten av livet så er det fint å fullføre studiet her. Det er litt forskjell på instrumentene vi bruker, også. Her bruker vi også latinske faguttrykk og ikke engelsk, slik de gjør i Spania.

– Læringsforholdene er også veldig mye bedre her – med tanke på at her er det mer oppmerksomhet på at DU skal lære, og at alle lærer i forskjellig tempo. Undervisningen er mye mer pedagogisk. Det hadde jeg hørt før, og nå har jeg også erfart det selv.

– I Spania er du mer overlatt til deg selv, vi fikk ikke noen materialer eller instrumenter. Studentene måtte kjøpe alt selv. Vi fikk heller ikke instrukser om hva vi skulle kjøpe og det var fort gjort å kjøpe feil. Miljøet var veldig konkurransepreget og det er en alle mot alle-kultur. Her jobber man mer som en gruppe. Og det var også en av grunnene til at jeg søkte innpass her. Egentlig har alltid planen min vært å søke over hit, men jeg var ikke helt sikker på hvordan jeg skulle gjøre det.

– Jeg søkte etter første året, men da søkte jeg for sent (fristen er 1. mars. red. anm.), så da ble det andre året. Jeg var i kontakt med studiekonsulent Snezana Popovic Vujovic og hun svarte på absolutt alt jeg spurte om.

– Så det var bare å jobbe veldig hardt i Spania for å komme inn på innpassingsopptaket for du må ha over C i snitt for å få behandlet søknaden din. Deretter er det konkurranse mellom dem som har søkt.

Har alltid drømt om å bli tannlege

– Det var fint å komme tilbake til Norge. Jeg savnet familien og kjæresten. To år i Madrid var perfekt for meg, da lærte jeg meg språket, også. Det måtte man gjøre. Vi hadde spansk fra første dag og så hadde jeg en spansk vennegjeng der vi kun snakket spansk, så da lærte jeg ennå mer spansk. Jeg elsker Madrid, veldig fin by, men det var godt å komme seg hjem igjen. Jeg er fra Asker, og bor nå i Oslo.

– Veldig høy standard på undervisningslokalene på Domus odontologica på Gaustad i forhold til Madrid. Jeg er veldig, veldig fornøyd med overgangen, understreker Jashan.

– Jeg søkte på master i odontologi etter militæret, men kom akkurat ikke inn. Det var så ergerlig fordi jeg alltid har ønsket å bli tannlege.

– ANSA anbefalte meg å begynne på tannlegestudiet i Madrid. Jeg ville bare komme i gang med studiet og ikke bruke et helt år på kun å ta opp to fag. ANSA sa at det var nærmest umulig å komme inn i Norge etter første året, men så hørte jeg om at det var mulig via en venn av meg.

– Å gå og vente på svar om opptak var en nervepirrende prosess, for jeg var ferdig med siste eksamen i Spania i juli og her i Oslo er man ferdig i juni. Alle karakterer var ikke klare og jeg hadde to fag igjen etter at jeg hadde søkt her i Oslo. Heldigvis kunne jeg bare ettersende karakterer og bestått eksamen så fort jeg fikk svar. Man får foreløpig godkjent opptak, og må beholde snittet for å få endelig godkjent plass på studiet.

– Jeg synes det er et veldig fint opplegg, at man kan fullføre tannlegestudiet i Norge, men det er ikke så veldig mange som har hørt om det. Som regel får man høre om det gjennom en venn som har gjort det. Jeg hørte om dette først da jeg hadde kommet midt i første året.

– Jeg gleder meg til mange fine studieår her ved fakultetet!

UiT Norges arktiske universitet tilbyr også innpassingsopptak for utenlandsstudenter.

Pandemien som forstørrelsesglass og katalysator

Om noen år vil verden være full av fortellinger om denne underlige parentesen i moderne tid, da historien stoppet opp før den tok en ny retning, sa sosialantropolog Thomas Hylland Eriksen da han holdt åpningsforedraget ved NTFs landsmøte i Bergen torsdag 4. november.

ELLEN BEATE DYVI
ANDRES VARGAS

Hjulene ville gått fint rundt uten sosialantropologer, sa Hylland-Eriksen om sin egen yrkesgruppe, da han skulle presentere seg. Og høstet latter for den manglende selvhøytideligheten. Og så la han til at det gikk bra veldig lenge uten tannleger også.

Han sa videre at han strengt tatt ikke vet så mye om odontologi, og at han er mer opptatt av ontologi (ontologi er det filosofiske studiet av hva som mest grunnleggende sett finnes, red.anm.), før han gikk over til å snakke om pandemien.

Sosialantropologen Thomas Hylland Eriksen delte tanker om pandemien og hva vi har lært av den da han holdt åpningsforedraget til NTFs landsmøte i Grieghallen i Bergen.

Trygghet foran frihet

Kriser kan være nødvendige for å komme videre. Grekerne, som ga oss ordet *krisis*, brukte det gjerne om en medisinsk tilstand, nærmere bestemt en høy feber. Det fantes bare to mulige utganger av en krise: Du døde, eller du kom deg.

Men selv om du ble kvitt feberen, ble du ikke helt den samme igjen. Du hadde nemlig lært noe og blitt et klokere menneske, kanskje litt mer ydmyk og litt mer takknemlig. Ikke minst hadde du lært at det er umulig å ha full kontroll over livet.

Her i landet er denne innsikten kjærkommen. Vi protestantiske, punktlige, trygghetsnarkomane nordmenn har omsider lært å snu oss rundt i en fei og improvisere, å ta én dag av gangen og endre planer på kort varsel.

Dette året har også lært oss mye mer. Kriser er forstørrelsesglass, røntgenmaskiner og katalysatorer. De forsterker, gjennomlyser og akselererer tendenser i tiden.

En lærdom fra nedstengningen og restriksjonene er at når liv og helse står på spill, er friheten mindre verdt enn tryggheten. Vi kommer styrket ut, etter å ha lært noe om vår egen sårbarhet.

De fleste har bitt tennene sammen og akseptert både hytteforbud, munnbind, fotballkamper uten publikum og stengte utesteder.

Dette gjelder for øvrig også i land der tilliten til myndighetene generelt er lavere enn her, som Italia.

Det er også kommet tydelig frem hvor lett vi moraliserer overfor hverandre. Å være den ene som hadde glemt munnbindet på en litt full T-bane var ingen grei opplevelse. Heller ikke å være den som kom litt nær en foranstående dame i køen når hun fant det for godt å glefse.

– Vi kommer oss, og vi vil ha lært noe, sa Thomas Hylland Eriksen da han snakket om pandemien ved åpningen av NTFs landsmøte.

Det viktigste i livet er gratis og miljøvennlig?

Vi kommer oss, og vi vil ha lært noe. Kanskje at det viktigste i livet er gratis og miljøvennlig, og at nærmiljøet har mer å by på enn vi var klar over, at retten til å delta er viktigere enn de rikes rett til å berike seg ytterligere, og at det er nødvendig å være fleksibel, for ingen ting kan tas for gitt.

Det er ikke unaturlig å senke tempoet, forbruket og klimautslippene, men ikke å kunne omgås andre mennesker strider mot vår natur.

Thomas Hylland Eriksen tror at pandemiens nedkjøling av en overopphetet verden kan være et mulighetsvindu til å se andre, mer bærekraftige måter å organisere samfunnet på.

– Pandemien har vist oss hva som er viktig for oss. Trygghet er viktigere enn friheten. Noen jobber er mer samfunnsnyttige enn andre. Og det sosiale samværet er avgjørende for at vi skal ha det bra.

ALT DU TRENGER TIL REPARASJON INTRAORALT!

INTRAORAL REPAIR KIT

Bisco har satt sammen et reparasjons-sett som inneholder: Z-Prime plus, Porcelain Primer (Bis-Silane), Porcelain Bonding Resin, Dual cure opaquer, 9,5% Hydrofluoric acid (flussyre) og Barrier Gel.

Med dette reparasjons-settet kan du reparere alt fra porselen, metall, zirkonia til kompositt.

Norsk Orthoform Depot as
ETABL. 1930
DENTALARTIKLER

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

Hvordan lage enda bedre komposittfyllinger?

Tannlege Christoffer Bjelland innleder forelesningen med anteriore kompositter. En kasuistikk beskriver et traume som resulterte i emalje-dentin fraktur av tann 11, 12 og 21. Dette kasuset blir brukt for å illustrere anbefalt arbeidsflyt ved direkte teknikk i form av komposittoppbygging.

JØRN AAS
TONJE CAMACHO

Forberedelser

Viktig å utføre et fargeuttak før aktiv behandling starter og før tennene tørker ut. Kliniske foto viktig for dokumentasjon. For fargeuttak anbefales custom shade guide. Vita fargeskala kan benyttes, og noen bruker å legge kompositt rett på tannen for fargeuttak. Viktig da å huske at fargen forandrer seg ved herding.

I dette kasuset og i forbindelse med pasienten kommer akutt bestemmer Bjelland seg for å bygge opp frakturerte tenner midlertidig for å kjøpe seg litt tid. Etter midlertidig oppbygging av tennene fremstiller man en putty stent, som vil komme til nytte når tennene skal bygges opp permanent. Pasienten bør forberedes på at restaureringen kommer til å være noe mørkere enn nabotennene grunnet dehydrering under behandling, noe som vil forandre seg med rehydrering. Bjelland anbefaler å sette sammen en egen fargeskala man er fortrolig med.

Ved neste time for pasienten starter permanent oppbygging. Midlertidig oppbygging fjernes og tannen prepareres med en buccal kantskjæring på 0,5-1,0mm. Rund av skarpe kanter. For å isolere tennene benyttes kofferdam eller split dam. Eksempler på andre hjelpemidler er OptraGate, bomullsruller eller teflontape. Matrisevalg bestemmes av hvilken form man ønsker på tennene. Maylar strips gir en rett form på tennene, seksjonsmatrise på høykant gir en mer avrundet form, selv foretrekker Bjelland premolarmatrise grunnet smalest form. For cervikal isolasjon pakkes tråd i lommen.

Permanent oppbygging starter med å plassere putty stent på tennene. Marker prepareringsgrensen med sonden. Tannen bygges opp med sjiktteknikk. Bygg opp palatinalveggen først. Paltinalveggen bygges så tynn som mulig og kan justeres med skalpell eller kyrette mesialt inn mot nabotann. Unngå å bygge tykt ut mot det buccale. Deretter bygges approksimale vegger med emaljefarge. Bygg videre opp tannens kjerne med dentin- og eventuelt bodyfarge. Det kritiske er dentintykkelsen, dette gjør at man unngår en grå tann. Emaljelaget skal kun være 0,5mm. Se i speil og sammenlign utforming på bredde og tykkelse av nabotann. Resin benyttes for å forme kompositten. Siste lysherding utføres etter applisering av glyserin. Instrumenter som benyttes er Style italiano LM og Optra Sculpt. Mål for puss og polering er å gi oppbyggingen tannform. Grovpuss med soflex skiver og pussediamanter. For makroanatomi vektlegges utforming av embrasures og line angles, for mikroanatomi utformes buccale furer med grønn stein og overflatestruktur med spiss pussediamant. Polering utføres med polerere som ikke avvirker kompositt, som for eksempel gul Abbakopp. Poleringen går fra grov-, til fin-, til høyglanspolering. Poleringen kan avsluttes med poleringspasta med aluminiumoksid.

Tannlege Martin Hoftvedt tar over forelesingen og temaet skifter til posterior restorativ tannbehandling med kompositter. Hoftvedt åpner med fokus på problemer som kan oppstå med fyllinger som blant annet mikrolekkasje, kuspefrakturer, post operativ sensivitet og marginal misfarging. Det anbefales på det sterkeste å lage sin egen protokoll, hvor man har tenkt igjennom mulige fallgruver og med bevissthet unngår disse. Første kasus ut er karies distalt på tann 25. Før preparering må man passe på om nødvendig å beskytte nabotann. Bruk Fender Wedge eller

Fra venstre: Martin Hoftvedt, Arne Lund og Christoffer Bjelland.

lignende, det gir en prewedging-effekt på kjøpet, i tillegg til å beskytte nabotannen. Sett opp egne bor-kit i oppsats for konserverende behandling. Hoftvedt minner om de ulike egenskapene til emalje (384MPa) og dentin (297MPa) i forbindelse med å erstatte tapt tannsubstans og valg av materialer for dette. Kaviteten i tann 25 ekskaveres for karies til læraktig konsistens og det utføres selektiv emaljeets med fosforsyre. For adhesiv strategi er vi som forbrukere eksponert for et stort utvalg produkter. Produsentene har så langt utviklet åtte generasjoner adhesivsystemer, der det finnes en variasjon av 1-trinns, 2-trinns og 3-trinns alternativer. I forelesningen blir det gitt ulike eksempler på 1 komponent selv-etsende adhesiver, såkalte universal adhesiver, som representerer 7. og 8. generasjon. Felles for disse eksemplene er at de inneholder alle 10 MDP og er mindre teknikksensitive for operatør. Ulikt for disse er innhold av HEMA.

Hoftvedt spør om vi i dag har en golden standard? Veien går via litteraturen og det blir presentert en god oversikt over bruk av adhesiver som kan anbefales. Den starter med tørrlegging, oppruing med bor med påfølgende spyling for å få vekk debris (fem sek). Selektiv emaljeets i 15 sek og deretter spyling i 15 sek. 3 stegs E&R og 1-2 komponent SEA, 10 MDP. Rubbing med microbrusk (quickstick). Luftblåsing – fem sek forsiktig ved bruk av HEMA, 5 sek maks styrke uten HEMA. Langvarig binding er operatøravhengig. Les produsentens bruksanvisning på eget valgt materiale.

Tilbake til fylling tann 25. Her benyttes en seksjonsmatrise og separasjonsring. Litteratur viser at man oppnår bedre kontaktpunkt med seksjonsmatrise. Bonding utføres etter protokoll. Med kompositt bygges approksimalvegg først. Randcrista legges inn i okklusjonsflaten, unngå at randcrista havner midt mellom tennene, for da vil den knekke. Okklusallinjene utformes med diamant. Hoftvedt minner om at kontaktpunktene ligger lavere i approksimal rommet jo lenger posteriort i tannsettet man kommer. Avslutningsvis utføres polering med vannavkjøling.

Forelesningen avsluttes med et kasus som krever en stor oppbygging av en frakturert molar. Oppbyggingen utføres trinnvis der man starter med omsluttende matrisebånd og går over til seksjonsmatrise for etablering av kontaktpunkt. Tannen bygges opp med SDR bulk fill kompositt. Oppbyggingen utføres med sjiktteknikk/skrålag som ikke overstiger mer enn to mm i tykkelse. SDR trenger et topplag og med det bygger vi en separat dentinfylling og topplaget utgjør en separat emaljefylling. Sammen gir det lik E-modul som emalje og dentin, slik at tann og fylling har like egenskaper. Med dette oppnår vi en blokkeffekt. Siste råd på vei ut – sjekk herdelampen jevnlig med tilpasset måleinstrument.

Et godt faglig bidrag av Christoffer Bjelland, Martin Hoftvedt og moderator Arne Lund.

Når bør rotfyllingen revideres?

Professor Inge Fristad fra UiB gir i dette foredraget en god oversikt over revisjonsbehandling av endodontisk behandlede tenner. Fristad diskuterer forventet behandlingsresultat, går inn på vanlige årsaker til manglende tilheling, gir kliniske eksempler på ulike problemstillinger, og avslutter med indikasjoner og beslutninger i forbindelse med revisjonsbehandling.

JØRN AAS
ANDRES VARGAS

Behandlingsresultat

Revisjonsbehandling i allmennpraksis er mindre vanlig enn i spesialistpraksiser. En ny studie fra Sverige viste at kun to prosent av alle endodontiske behandlinger i allmennpraksis var revisjoner, men at disse utgjorde majoriteten i spesialistpraksiser. Årsaker til dette kan være at tannlegen vegrer seg for å gjøre om det man selv har gjort eller at tannlegen kan kvie seg grunnet vanskelighetsgrad ved å utføre revisjonsbehandling. Epidemiologiske studier i befolkningen viser også høyere forekomst av sykdom på rotfylte tenner (25-50 %) enn det en finner i kontrollerte kliniske studier. Med andre ord har vi mye igjen for å gjøre en god primær behandling. Fristad nevner det nylig børsnoterte sveitsiske firma Sonendo med GentleWave®-systemet, som har som behandlingsprinsipp å vaske hele kanalsystemet uten instrumentering for å bedre primær behandlingen.

Behandlingsresultat ved ortograd revisjonsbehandling viser 82 % vellykkethet. Der det skilles mellom teknisk og patologisk gruppe. Teknisk gruppe, tenner med rotfylling og manglende rotfylling, det vil si ufullstendig rotfylling (ufullstendig renselengde) med 95 % vellykkethet. Patologigruppen hadde 66 % vellykkethet (apikal periodontitt, apikalt overskudd).

Tilheling etter behandling av apikal periodontitt kan deles i tre kategorier med rotfylling i en avstand på 0-2mm fra apeks (primær nekrose behandling 94 % vellykkethet), for kort rotfylling med >2mm fra apeks (primær nekrose behandling 68 % vellykkethet) og overskuddsmateriale ekstraradikulært (primær nekrose behandling 76 % vellykkethet). Ved revisjon faller vellykketheten for de nevnte tre gruppene ned til henholdsvis 67 %, 65 % og 50 %. Det er verdt å merke seg at en god del tenner tilheler etter hvert til tross for radiolucens apikalt for tannen på røntgenbilde.

Behandlingsresultat ved apikalkirurgi har en vellykkethet på 66 % totalt. Her skiller vi mellom tann med og uten ortograd fylling. Med ortograd fylling er vellykketheten på 81 % og uten ortograd fylling 59 %. Resultatene stammer fra en studie før innføringen av mikrokirurgi.

Årsaker til manglende tilheling

Det er viktig for videre behandling å kjenne årsakene til manglende tilheling. Det er flere potensielle årsaker som infeksjon i kanal (viktigste faktor for manglende tilheling), bakterier ekstraradikulært, fremmedlegmer, og ekte cyste.

Bakteriene som tåler kjemikaliene benyttet under behandlingen kan overleve og blir ofte et problem. Noen bakterier innføres i forbindelse med primær behandling. Bakterieflora ved apikal periodontitt etter tidligere endodontisk behandling er beskrevet og det er ofte *Entercoccus faecalis* som dominerer (35-50%). Fristad spør om kalsiumoksid er tilstrekkelig ved refraktære kasus? Behandlingsresistente kasus involverer ofte *Actinomyces*-, *Propionibacterium*-bakterier og soppinfeksjon. Actinomykose responderer vanligvis godt på kirurgisk behandling, men dårlig på antibiotika. Vanligvis gir endodontisk behandling ingen respons. *Actinomyces*-bakteriene fremstår som gule svovelgranuler og disse klumpene med bakterier beskytter mot antibiotika. Fristad viser med et kasus der revisjon blir foretrukket fremfor kirurgi. Riktignok med tre ganger innlegg av kalsiumoksid i kombinasjon med jod-jod-kalium før endelig rotfylling ble besluttet. Tilheling av benstruktur viser bakteriekontroll.

Ved overskudd av fyllingsmateriale kan gutta perka pulveriseres og innføres i vev. Dette kan gi fremmedlegmereaksjon i form av kjempecellegranulom. Med fremmedlegmereaksjonen kan det utvikle seg cyster med kolesterolkrystaller. Cysten i seg selv er problemet, ikke kolesterolkrystallene. Av cystene skiller Fristad mellom lommecyste og ekte cyste. Lommecyste kan tilhele etter konvensjonell endodonti. Studier viser forekomst av radikulærcyster (24 %) og periapikale granulom (64 %). Ved ekte cyster er tilheling mindre sannsynlig ved konservativ endodonti alene, derfor kombineres det ofte med kirurgi.

Ortograd revisjonsbehandling

Følger samme biologiske prinsipper og mål som ved initial rotbehandling. Ved behov er det nødvendig å ofre en restaurering, som i de tilfeller må erstattes etter fullført endodontisk behandling. Det er vanlig med morfologiske forandringer i kanalsystemet etter initial behandling, noe som vil medføre tekniske og terapeutiske utfordringer. Det er nødvendig å fjerne alt rotfyllingsmateriale fra rotkanalene. Tilhelingsraten kan gå senere enn etter initial behandling, ofte vanskelig å eliminere infeksjon. Siden prognosen er lavere ved revisjonsbehandling enn ved førstegangsbehandling er det viktig med god kommunikasjon med pasienten. Fristad påpeker at det alltid er viktig å sjekke alternative årsaker til infeksjon, som for eksempel rotfrakturer. Tekniske råd går ut på å ta ut rotfyllingsmaterialet fra kanalinngangene og få oversikt over akseretningen til kanalen. Det anbefales å applisere eventuelle løsemidler for gutta perka, når man kommer tre mm fra enden av gammel rotfylling. Ved ufullstendige og korte rotfyllinger handler det om å finne kanalen og gå videre for å etablere nye renselengder. Med revisjonsindikasjoner vurderes rotfyllingens tekniske kvalitet. Hvis den ikke er tilfredsstillende må det vurderes om tilheling har uteblitt eller om tilheling har funnet sted. Uten tilheling må revisjon vurderes, men husk at studier har vist at asymptomatisk apikal periodontitt med røntgenologisk radiolucens, kan være arrvev. Ved teknisk kvalitet uten anmerkning på rotfyllingen vil apikal kirurgi bli vurdert. Men husk at i de fleste tilfeller sitter infeksjonene i kanalen.

Betraktninger

Vurderinger som ligger til grunn for eventuell revisjonsbehandling deler Fristad inn i ulike kategorier. Generelle betraktninger går på pasientens motivasjon til å beholde tannen, motivasjon for å søke det beste langtidsutfallet, tidsfaktor for behandling og økonomiske faktorer. Tannbetraktninger utføres av operatør og går på vurderinger relatert til den aktuelle tannens tilstand. Operatør må også forholde seg til kontraindikasjoner som tannfrakturer, resorpsjoner og periodontale forhold. Videre må operatør vurdere revisjonsindikasjoner der sammenligning av røntgenbilder ved rotfyllingstidspunkt og røntgen ved kontrolltidspunkt ligger til grunn. Avslutningsvis demonstrerer Fristad et evalueringstre basert på pasient og aktuell tann som illustrerer hvilke omtalte betraktninger som bør ligge til grunn før man velger revisjonsbehandling, kirurgi, observasjon eller ingen behandling.

Inge Fristad ga en god oversikt over revisjonsbehandling av endodontisk behandlede tenner.

Kliniske bilder

i journal og på web

JØRN AAS
ANDRES VARGAS

Klinisk fotografering resulterende i ekstra- og intraorale bilder er blitt en viktig del av den kliniske hverdagen. Foto av munnhulen er et godt hjelpemiddel for å kunne dekke dokumentasjonskrav til journalen. Kliniske bilder blir også benyttet til tverrfaglig samarbeid, kollegial rådføring, kommunikasjon med tanntekniker, publikasjoner, men også i sosiale medier. Hvilke regler gjelder for å dele bilder av pasienter?

Spesialistkandidat Kjetil Reisegg åpner forelesningen med et standardoppsett på fem bilder som illustrerer fullstatus av tannsettet. Av utstyr anbefaler Reisegg et systemkamera med et makroobjektiv og ringblits. Når det gjelder kamerainnstillinger ved intraorale bilder benyttes kamerahjulet i enten A, aperture, eller M, manuell, og da med 1/125 sek. og f22. Ved ekstraorale profilbilder kan man sette kamera i auto, så vil kamera gjøre jobben selv. Ved TTL blits måler kamera tilgjengelig lys og kan utligne unitlampen hvis denne er i bruk. Kamera og blits kan kommunisere. Reisegg viser hjelpemidler for å kunne utføre god fotodokumentasjon.

Arbeidsstillingen er viktig, der pasientens posisjon og høyde må tilpasses fotografen. Hvis det er behov for å vri på pasienten fra et bilde til et annet, er det ønskelig at pasienten vrir på hele overkroppen, ikke bare hodet. Ved bruk av speil, vil et smalt speil ta mindre plass i munnen fremfor et stort firkantet speil. Smalt speil kan gi en bedre opplevelse for pasienten. Speilene bør varmes opp i forkant av bildetaking. Tips til dette er rennende varmt vann, spritflamme eller la speilene ligge på toppen av autoklaven gjennom arbeidsdagen. Speil kan være til hjelp når man skal ta bilder av sidesegmentene, de bør da vinkles ut fra tannrekken for å unngå mørke bilder. Ved bilder av okklusalplanet er det anbefalt 45° vinkling av speilet. Hvis det er vanskelig å fokusere i speil kan man prøve manuellfokus eller lys fra operasjonslampen. Ved bruk av kinnholdere gjelder det å dra disse fremover, ikke bakover, dette for å gi bedre innsyn til hele tannsettet. Reisegg avslutter sin seanse med å oppfordre til å gå hjem for å øve. Øve, øve, øve.

Tannlege Christoffer Bjelland tar forelesningen videre fra dokumentasjon til kunst. Hva er egentlig veien videre, spør Christoffer og viser intraorale bilder som illustrerer dette. Bevisstheten med arbeidsstilling, vinkel mot okklusjonsplanet, opplysning av sidesegmentene, dybdefokus, unngå bløtvev og klinikkhansker foran tenner/gingiva, er noen nøkler for å heve nivået. Bjelland anbefaler å lage sitt eget standardiserte oppsett.

Hva gjelder utstyr sammenlignes ringblits, twin flash og studiolys. Ringblits er rimelig med et enkelt oppsett som fungerer til alle bilder. Fungerer veldig bra til dokumentasjon. Ulempene med ringblits er at det gir litt kjedelige bilder, og mister ofte detaljer på sentralene. Det er få innstillingsmuligheter. Twin flash har gode innstillingsmuligheter, flott til dokumentasjon og gir penere bilder. Det blir bedre gjengivelser av de ulike flatene på tennene. Twin flash er derimot dyrere i innkjøp og har et vanskeligere oppsett, men kan brukes til alt. Studiolys gir de peneste bildene og det kan følge en «wow»-faktor med bildene. En av grunnene er at studiolys tar vekk de harde linjene. Ulempene med studiolys er at det er plasskrevende, har et vanskelig oppsett og bildene kan ikke brukes til dokumentasjon eller publikasjon. Bjelland anbefaler twin flash siden det er enklere og mer anvendelig enn studiolys. Twin flash gir en bedre gjengivelse av linjer og flater på tennene og med det penere bilder. Med twin flash kan man også montere softbox direkte på blitsen, som vil gi et dusere uttrykk på bildene.

Av annet utstyr er retraktorer en nødvendighet. Svarte intraorale plater gir bildene en svart bakgrunn og man kan lett isolere det aktuelle objektet. Disse svarte platene tar vekk støy i bildene, det blir enklere å få frem detaljer og sluttproduktet blir mer tiltalende. Benyttes ofte under behandlingsseansen. Ved foto underveis i behandlingen har kofferdam den samme rollen som svarte intraorale plater. Pasienten kan fortsette å ligge bakover og operatør kan stå bak pasienten. Bildene blir tatt opp ned, men roteres i ettertid.

Avsluttende råd for gode bilder er å sette pasienten i en oppreist posisjon og så lavt som mulig. Med okklusjonsplanet som rettesnor anbefales det å ta bildene litt ovenfra for å gi en smilende kurvatur av tannsettet og for å unngå hengende kusper. Ta vekk bakgrunnsstøy og som lyskilde anbefales twin flash.

Er det tillatt å dele bilder av pasienter i sosiale medier?

Jurist og personvernombud i NTF, Silje Stokholm Nicolaysen, avslutter forelesningen med et innlegg om bruk av kliniske bilder i sosiale medier.

Kliniske bilder som blir tatt for å dokumentere et hendelsesforløp er en del av journalen, og må behandles på lik linje med skriftlig informasjon som inngår i journalen. Slike bilder er helseopplysninger og omfattes av taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21, som har som formål å verne om pasientenes integritet og sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Bestemmelsen om taushetsplikt skal sikre at pasienter oppsøker helsetjenesten ved behov for helsehjelp uten at de trenger å frykte at uvedkommende får tilgang til opplysninger om dem. Det er presisert i helsepersonellovens lovforarbeider at taushetsplikten ikke bare er en passiv plikt til å tie, men også en aktiv plikt til å hindre uvedkommende i å få tilgang til taushetsbelagt informasjon.

Er det tillatt å dele bilder av pasienter i sosiale medier?

På hvilken måte helseopplysninger deles er av mindre betydning. Som følge av taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven er det svært begrenset anledning til å dele bilder og annen informasjon om sine pasienter med andre. Etter helsepersonelloven § 23 kan pasientopplysninger imidlertid gis videre når behovet for beskyttelse anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt. Det må derfor vurderes konkret om enkeltpersoner kan identifiseres på grunnlag av opplysningene som gis.

Dette gjelder også mellom helsepersonell, med mindre det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og pasienten ikke motsetter seg det. Det at mottaker også er helsepersonell utvider altså ikke rommet for å dele opplysninger.

Silje Stokholm Nicolaysen, Kjetil Reisegg og Christoffer Bjelland – her med et fotoeksempel der anonymiseringen ikke er tilstrekkelig.

Nicolaysen refererer til fagdirektør Ove Skåra i Datatilsynet som slår fast at det ikke er lov å spre bilder på sosiale medier uten samtykke. Det er veldig viktig å holde sin sti ren når det gjelder hva pasienten har gitt samtykke til. For at et samtykke skal være gyldig, må det være frivillig, spesifikt, informert, utvetydig, gitt gjennom en aktiv handling, dokumenterbart og mulig å trekke tilbake like lett som det er gitt. Hvis bilder skal benyttes utover samtykket som er gitt må det foretas en endring i samtykket. Selv om der er innhentet gyldig samtykke bør du foreta en selvstendig vurdering av om bildene skal publiseres.

Brudd på taushetsplikten er alvorlig og straffbart. Risikoen for at man mister kontroll og bilder havner på avveie er stor ved deling. Nylig er en lege blitt bøtelagt for å legge ut et bilde av en pasient på sosiale medier for å spørre om råd til behandling i utgangspunktet blant kollegaer. Et familiemedlem av pasienten kom over bildet og gjenkjente bakhodet og genseren. Boten var på 10 000.

Nicolaysen oppfordrer også til å være forsiktig med kommentarer på Facebook-sider til klinikker som avslører at vedkommende er pasient ved klinikken. Vær bevisst om plattform for lagring av kliniske foto. Tanntekniker er samarbeidende helsepersonell og avidentifiserte bilder er å regne som nødvendig for å behandle pasienten.

CBCT til bruk i diagnostikk og behandlingsplanlegging

JØRN AAS
TONJE CAMACHO

Stig Løvold ga en grundig innføring i CBCT.

Spesialistkandidat i kjeve- og ansiktsradiologi Stig Løvold gir oss i denne forelesningen en kort innføring i bruk av CBCT-opptak i klinikken. Cone (kjegle) Beam (stråle) Computer Tomografi (bildedannende teknikk som produserer snittbilder av kroppen i ulik dybde og i forskjellige snittplan). I et CBCT-opptak av et definert område av kroppen finner vi en rekke 2D-projeksjoner som settes sammen til et 3D-bilde av en computeralgoritme. Første CBCT-maskin kom i 1998, i dag finnes det 140 CBCT-maskiner i Norge.

Ved anskaffelse av en CBCT-maskin er det en fysiker som kalibrerer og den aktuelle klinikken må tilknytte seg en radiolog for å utføre og tolke CBCT-opptak.

Med de fleste pasienter vil vi som klinikere ta opp anamnese, utføre klinisk undersøkelse, og ta aktuelle 2-D- røntgenbilder. På bakgrunn av dette vil vi stille diagnose, sette en behandlingsplan og utføre behandling i samråd med pasient. I enkelte tilfeller holder ikke dette, og vi har da muligheten til å henvise til spesialist, da vil et CBCT-opptak være et alternativ for å løse en problemstilling. I enkelte tilfeller vil det være aktuelt å henvise til spesialist for et å få tatt et CBCT-opptak av egen pasient.

Løvold maner til å ha et bevisst forhold til hvorfor man henviser for et CBCT-opptak. Er det nødvendig med en CBCT-undersøkelse? Vil CBCT-undersøkelsen bidra til behandlingen eller bedre prognosen for behandlingen, spør Løvold?

Vi går videre og for å illustrere problemstillingen blir det vist en kasuistikk der retinerte visdomstenner i underkjeven gir usikkerhet rundt relasjon til canalis mandibularis, og har vi en follikulærcyste ved tann 48?

Med CBCT-teknikk avbilder vi sylindriske volum. Med definerte og små volum går nødvendigvis stråledosen ned og vi får et mer detaljrikt opptak, sier Løvold. Det henstilles til å være presis i henvisningen slik at et så lite volum som mulig kan benyttes. Alle undersøkelser der pasienten utsettes for ioniserende stråling skal være berettiget og optimalisert. Opptaket skal være til fordel for pasienten.

Årlig stråledose i Norge er cirka 5,2mSv/år. Strålekildene er mange og med fjellene i Norge er vi mer utsatt enn i Sverige og Danmark. Gjennomsnittlig dose i Norge er 14.2 μSv/dag. Setter vi dette opp mot røntgenopptak i klinikken tilsvarer et apikalbilde to timer med bakgrunnsstråling, OPG tilsvarer en dag med bakgrunnsstråling, kefalogram tilsvarer en halv dag og et CBCT-opptak tilsvarer 10 dager med bakgrunnsstråling. Løvold refererer til EUs evidensbaserte retningslinjer for beskyttelse mot stråling som vi kan lese mer om på https://www.sedentexct.eu/.

På spørsmål om ved hvilke problemstillinger CBCT er mest aktuelle viser Løvold til en studie ved OD, UiB, som gir en oversikt over henvisninger til fakultetet for CBCT-opptak i perioden 2016-2018. Der retinerte tenner kommer høyest i antall og deretter endodontiske problemstillinger, resorpsjoner, kjevekamsvurderinger, forandringer i ben, atypiske ansiktssmerter og andre problemstillinger som TMD, er de mest vanlige problemstillingene. Ved implantatbehandling blir benvolum kartlagt, det beskrives relasjon til anatomiske strukturer og benstruktur. Løvold presiserer at radiolog legger ved aktuelle mål av bendimensjoner og et volum til henviser, men den som setter implantatet må selv ta egne mål. De vanligste problemstillingene der CBCT-opptak blir involvert illustreres med kasuistikker før Løvold avslutter med en sjekkliste for henvisninger til CBCT.

En henvisning for CBCT bør inneholde symptomer, kliniske funn og røntgenfunn med tydelig informasjon om tann og område. Følg med på OPG-opptak, hvis begrensninger i ben er visket ut må det reageres og henvises videre. Send med tidligere røntgenbilder digitalt. Beskriv tidligere utført behandling med tidsangivelser og behandlingsresultat. Beskriv videre planlagt behandling og hvis det er aktuelt oppgi HELFO-innslagspunkt.

Periodontal behandling – hvordan lykkes?

NILS ROAR GJERDET

Kristin Kolltveit (tv) og Dagmar Fosså Bunæs (th) tok for seg klinisk periodontal behandling, både praktiske prosedyrer og i lys av den nye klassifikasjonen for periodontal sykdom.

Dette var det store spørsmålet Kristin Kolltveit og Dagmar Fosså Bunæs stilte. Begge er spesialister i periodonti, henholdsvis i privat praksis på Ringerike og førsteamanuensis ved UiB.

Som ved all annen terapi skal det være en diagnose. For eksempel er ikke «Tannstein» en diagnose. Kolltveit henviste til den relativt nye klassifikasjonen av periodontal og peri-implantat sykdom, og anbefalte oversikten i Tidende nr 2 fra 2019 (https://www.tannlegetidende.no/i/2019/2/d2e1137).

Forbehandlingen før subgingival instrumentering er å «rydde opp», for eksempel å fjerne tannstein og plakk, ta bort rotrester og tenner som ikke kan reddes, fjerne retinerende faktorer slik som sementoverskudd, håndtere eventuelle apikale lesjoner, og selvsagt først ta hånd om eventuelle akutte reaksjoner.

Personer har åpenbart ulik toleranse for plakk, der det spiller inn kjente og ukjente forhold. Tobakksbruk, diabetes og noen medikamenter er kjente risikofaktorer, mens innvirkning av fysisk aktivitet og fedme er mer uavklart. Røyking kan maskere gingivale reaksjoner, og snusing, selv om det er generelt bedre enn røyking, kan gi uttalte slimhinneforandringer.

Det skal alltid brukes anestesi ved depurasjon. Håndinstrumenter og ultralydinstrumentering like effektivt, mens laser som tilleggsbehandling ikke anbefales. Også pulverblåsing (av typen Air-FlowÒ) er nyttig. Antibiotika er ikke erstatning for depurasjon og skal kun brukes etter bakterieprøve ved hurtig progredierende periodontitt, residiv, hos pasienter med nedsatt immunforsvar og når det kliniske bildet virker uforklarlig.

Oppfølging, vedlikeholds- og støttebehandling i form av plakkontroll, lommemål, scaling og puss er helt nødvendig. Intervallene må vurderes, men en periopasient er periopasient resten av livet, ble det sagt.

Tanntraumer

NILS ROAR GJERDET

Selv om Ss¨¨skader mot tenner og kjever er vanlige, er de ofte ikke inkludert i undersøkelser om ulike skader som folk er utsatt for. Tanntraumer var hovedtemaet for Magnus Bratteberg med nylig doktorgrad om tanntraumer og Paul Kåre Sæle som er kjeveortoped.

Tannskader er hyppige, de rammer kanskje i 1-3% i befolkningen pr år, gjerne barn og unngdom, og varierer svært mye i alvorlighet, både biologisk og estetisk. Risikofaktorer er for eksempel overbitt og selvsagt hva slags fysisk aktivitet som er involvert, sparkesykler ble nevnt spesielt.

Det biologiske faktorene for vevstilheling etter traume avhenger av grad av pulpainvolvering (komplisert/ukomplisert fraktur), rotutviklingsstadium og om tannen sitter på noenlunde plass eller er slått helt ut. Helt utslåtte tenner bør oppbevares i saltvann, i munnen eller melk, men ikke tørt eller i springvann.

Behandlingen kan kreve teamarbeid mellom ulike spesialiteter. Kjeveortopedisk flytting av tenner er aktuelt, slik det ble vist flere eksempler på. Regelverket i Helfo inneholder flere punkter som er aktuelle i traumesituasjoner. Det er uansett meget viktig med dokumentasjon og at riktige skjema fylles ut. For eksempel må henvisning til kjeveortopedisk vurdering (skjema 05-06.10) fylles ut nøyaktig.

Den eventuelle endodontiske behandlingen vil avhenge av pulpainvolvering og utviklingsstadium. Observasjon uten endodontisk behandling kan vurderes der det er lav risiko for infeksjonsrelatert resorpsjon og der det ikke er planlagt umiddelbar kjeveortopedisk eller protetiske behandling, og det må være hyppig oppfølging. Resorpsjoner av ulike typer er en risiko.

Det ble henvist til «Dental Trauma Guide» med klassifiseringer. Den kan finnes på ulike nettsteder, for eksempel https://www.nature.com/articles/6400830

Paul Kåre Sæle (tv) og Magnus Bratteberg (th) snakket om tanntraumer på bakgrunn av biologiske faktorer og praktisk-klinisk og trygdemessig håndtering av følgene av ulike typer traumer.

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Slimhinner

NILS ROAR GJERDET

Slimhinnereaksjoner er ofte forbundet med usikkerhet om årsaker, differensialdiagnostikk og eventuell behandling. Spørsmålet om det kan være ondartet spøker gjerne i bakgrunnen.

Evelyn Neppelberg, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, førsteamanuensis ved UiB og klinikkdirektør ved Øre-nese-hals-klinikken på Haukeland universitetssjukehus har følgelig et faglig nettverk som er et stykke fra det som allmenntannleger har.

Hun var innom flere av de ulike og varierte slimhinneaffeksjonene. Hun spurte gjerne pasienten først «Hva kan jeg hjelpe deg med?». Det ble vist mange eksempler på ulike tilstander, slik som tungeforandringer, leukoplakier, erythroplakier og sår. Disse kan ha mangfoldige årsaker, både lokale faktorer og som følge av bakenforliggende tilstander. Noen av tilstandene, for eksempel tungesvie, kan kanskje håndteres ved å ta bort munnpleieprodukter med SLS (natrium laurylsulfat).

Spørsmålet blir man hva man som allmenntannlege bør gjøre? Lesjoner som ser mistenkelige ut bør henvises, jo før jo heller, ikke kluss med slike lesjoner ved å ta biopsier, ble det sagt. Det er i virkeligheten snakk om en risikovurdering – det er ingen klare regler, men ofte sier man at «rødt betyr fare» og at lesjoner langt bak er mer suspekte. Fotodokumentasjon i journal er viktig slik at man kan følge forandringene over tid.

Simple aftøse sår og akutte hvite, ikke-avskrapbare lesjoner kan kanskje håndteres med et lokalt kortisonmedikament (DermovatÒ), som Neppelberg nevnte i flere sammenhenger.

Slimhinnetilstander er alltid interessant for tannleger. Flere benyttet anledningen, også med medbrakte bilder, til å drøfte noen problemstillinger med Evelyn Neppelberg (tv) etter presentasjonen hennes på landsmøtet.

Munnslimhinnen må ses i sammenheng med hva resten av kroppen er utsatt for. Det er betydelig forskningsinnsats for å identifisere risiko for kreftutvikling, men det kliniske blikket er fortsatt viktig, og – ikke minst – at det er nettverk man kan søke hjelp hos.

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

«Aligners» – justering av tannstilling med sekvensiell skinnebehandling

NILS ROAR GJERDET

Det er nå en flora av tilbydere av «aligners» på markedet, altså systemer der det er framstilt en serie gjennomsiktige bittskinner som pasienten skifter selv og som gradvis flytter tennene til ønsket posisjon. Det markedsføres spesielt mot allmennpraksis. Eirik Torjuul Halvorsen er spesialist i kjeveortopedi i privat praksis og er med i kompetansegruppen for ortognatisk kirurgi ved UiB.

Serien med skinner blir datautformet av firmaene og de presenterer tiltenkt sluttresultatet, som riktignok ofte(st) ikke blir akkurat slik i virkeligheten. Skinnebehandlingen krever god pasientinformasjon, blant annet tydelig informasjon om at skinnene skal brukes absolutt hele tiden, unntatt når de skal spise eller drikke.

Metodene kan egne seg for «enkle» tannstillingskorreksjoner, slik som justering av aksestilling. Det vil oftest være nødvendig med en retensjonsfase med retainer. Pasienter som er kariesaktive, har dårlig hygiene, bruker mye sur mat og drikke eller har aktiv periodontal sykdom er «no go». Pasienter yngre enn 20 år bør ikke behandles med slike skinner. Basale avvik må man være observant på, likeledes tidligere rotresorpsjoner og gingivale retraksjoner, og hvis det vil være nødvending med mye interproksimal reduksjon (IPR, «stripping»).

Det bør være en signert pasientkontrakt og de fagetiske sidene av kosmetisk behandling må vurderes. Prismessig er det ikke alltid stor forskjell fra konvensjonell kjeveortopedi. Prisoverslaget må inkludere «alt», også retensjonsfasen.

Denne tilsynelatende enkle behandlingen krever kunnskap og kritisk vurdering. Eirik Torjuul Halvorsen henviste til en lærerik kasusrapport i Tidende (2021 nr. 10) der forfatteren fortjenstfullt har beskrevet en skinnebehandling som ikke gikk helt etter planen. (https://www.tannlegetidende.no/i/2021/10/m-423)

Eirik Torjuul Halvorsen drøftet i foredraget sitt på landsmøtet fordeler og begrensninger med «aligners». Her er han hos en av de etter hvert mange tilbyderne av skinnesystemer.

3D-printing

NILS ROAR GJERDET

Hilde Molvig Kopperud og Ketil Hegerstrøm Haugli fra NIOM hadde digital arbeidsgang som tema. Spesielt var de opptatt av 3D-printing som en additiv framstillingsmetode for konstruksjoner. Det er ulike teknikker, blant annet stereolitografi for plastmaterialer der monomermateriale blir selektivt herdet med laser slik at det bygges opp en midlertidig bro, for eksempel.

Det gjenstår en god del uttesting med tanke på permanente konstruksjoner, blant annet nøyaktighet, mekaniske egenskaper og biologiske effekter. Etterherding i spesielle kamre er en viktig prosess for å oppnå gode egenskaper av sluttproduktet.

NIOM var representert på landsmøtet ved Hilde Molvig Kopperud og Ketil Hegerstrøm Haugli med temaet digital arbeidsgang og spesielt 3D-printing. Haugli kan for øvrig bli den første norske tannteknikeren som tar en doktorgrad.

Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

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

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial kirurgi

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Margareth Kristensen Ottersen
spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi

God jul!
Takk for samarbeidet i året som har gått!

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

Apnéskinner

NILS ROAR GJERDET

Pustestopp eller pustepause – apné – under søvnperioder kan ha mange, og noen ganger alvorlige, helsemessige konsekvenser som følge av oksygenmangel, høy karbondioksid og fragmentert søvn. Det er trolig at forekomsten øker og er underdiagnostisert. Søvnskinner som en behandlingsmulighet ble presentert av Kjersti Gjerde som er tannlege ved Senter for søvnmedisin ved Haukeland universitetssjukehus og ph.d.-stipendiat, og Ulrik Leidland Opsahl, spesialist i oral protetikk og ph.d.-stipendiat.

Apnéskinner motvirker obstruktiv søvnapné ved at luftveiene holdes åpne under søvnen. Det er et alternativ til «gullstandarden» CPAP (continuous positive airway pressure; kontinuerlig luftveisovertrykk) som er et apparat med maske og følgelig litt omstendelig for brukeren.

Diagnostikken bygger på søvnregistrering som blant annet viser søvnfaser.

Skinnene framstilles på grunnlag av avtrykk, kjeve- og bittregistering. De utformes til maksimal, komfortabel protrusjon, optimalt i området 40 - 50% av maksimal protrusjon, og kan justeres gradvis («titreres») over tid. Det er en utfordring å overvåke etterlevelsen ved skinnebehandling, men det utvikles skinner med innebygde sensorer. Bivirkningene ved skinner er stort sett milde, for eksempel xerostomi og smerte i begynnelsen, og det kan oppstå okklusjonsendringer over lengre tid.

Behandling med apnéskinner er et godt alternativ der CPAP er uhensiktsmessig eller ikke tolereres av brukeren. Tannleger har en naturlig og sentral rolle i utforming og tilpasning av skinnene.

Kjersti Gjerde og Ulrik Leidland Opsahl oppsummerer her ulike metoder for å behandle pustestopp under søvn.

Når pasienten ikke forstår

ELLEN BEATE DYVI

Helsekompetanse er et nytt begrep og et aktuelt tema for tannleger. Det handler om personers ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Helsedirektoratets rapport fra 2021 viser at en av tre nordmenn har lav helsekompetanse (Tidende nr. 2, 2021: https://www.tannlegetidende.no/i/2021/2/m-2640)

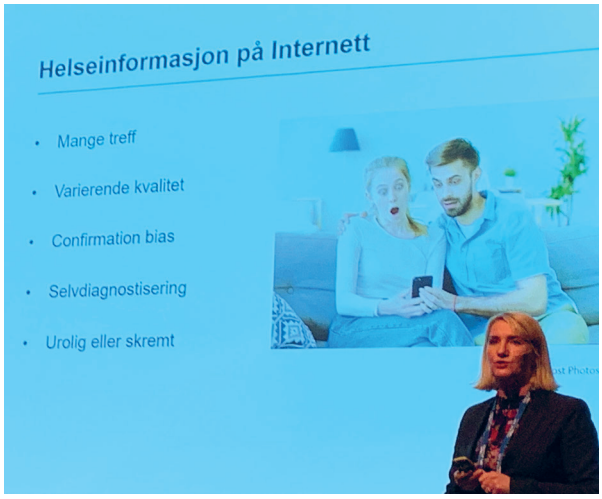
Den nye nasjonale forskriften om tannlegeutdanning fastslår at fremtidens tannleger skal ha kunnskap om begrepet helsekompetanse, og hvordan variasjoner i helsekompetanse påvirker ulike pasient- og brukergruppers sykdomshåndtering, mestring og egenomsorg. Foredraget til førsteamanuensis Linda Stein (Uit) tok for seg hvilke implikasjoner pasienter og pårørende med lav helsekompetanse har for tannhelsepersonell, og hvordan man kan møte disse pasientene i praksis.

Mennesker har ulik evne til å få tak i, tolke, forstå og bruke helseinformasjon. Det er en flom av helsepåstander i samfunnet. Behovet for å forstå og kritisk vurdere helseinformasjon har økt. Helsepersonell konkurrerer med stadig flere om at nettopp deres budskap skal bli hørt.

33 prosent av befolkningen har problemer med å få tak i, forstå, tolke og bruke helseinformasjon.

Helsekompetanse er viktig for å: finne og bruke helsetjenester på en hensiktsmessig måte; tolke og bruke skriftlig informasjon; forstå hva helsepersonell sier og for å være aktivt deltakende som pasient eller pårørende.

Disposisjon for mangelfull helsekompetanse: sterk sosial gradient, sosioøkonomisk status; individer som ikke har fullført videregående utdanning; personer med økonomiske utfordringer; utlendinger; personer med kronisk sykdom; personer over 75 år.



Linda Stein snakket blant annet om hvorfor helseinformasjon på internett kan være vanskelig å forholde seg til.

Helsekompetanse i den norske befolkningen: Over halvparten kan ikke nok om å finne frem i helsevesenet. Fire av ti synes det er vanskelig å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger. En av fire vet for lite om hvordan de skal forebygge sykdom. Halvparten synes det er vanskelig å vurdere helseinformasjon fra massemediene.

Kommunikasjonsutfordringer på tannklinikken

Utfordringene Linda Stein nevnte er: Konteksten er ikke optimal. Tannhelsepersonell sjekker ikke om pasienten har forstått informasjonen. Pasienter vil ikke avsløre overfor fagfolk at de ikke har forstått. Mange av de som har lav helsekompetanse er ikke selv klar over at de har dette problemet. Tannhelsepersonell setter ikke av nok tid.

Det hjelper hvis en praktiserer aktiv lytting. Snakk et enkelt språk uten vanskelige ord. Bruk åpne spørsmål, unngå de som gir ja/nei-svar. Gi informasjon stegvis, og i passe mengde.

Ta i bruk visuelle hjelpemidler: Bruk modeller, plakater, røntgenbilder og fotografier som supplement til det som sies. Videoer, apper og nettsider er ofte tilpasset spesifikke målgrupper.

Stein minnet også om at TKMidt har overtatt ansvaret for brosjyrene som Norsk tannvern tidligere sto for.

Forklare eller demonstrere kan være virkningsfullt. Be pasienten gjenta budskapet. Forsikre deg om at pasienten har forstått.

Hvorfor bruke tid på å forklare?

Pasienten har en lovfestet rett til tilpasset informasjon. Informert samtykke og reell deltakelse i beslutninger. God pasientkommunikasjon kan forebygge pasientklager til Helsetilsynet, øke pasienttilfredsheten og sikre et godt omdømme for tannhelsetjenesten, klinikken og profesjonen.

Stein viste til regjeringens Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023, for den som vil lese mer om temaet. Og hun anbefalte Tiril Willumsens bok *Odontologisk psykologi* for den som ønsker å lære mer.

Etikk i den kliniske hverdagen – refleksjon og praktisk problemløsning

Et klinisk-etisk dilemma kjennetegnes ved tvil, usikkerhet eller uenighet om rett og galt, og etikkrefleksjon er en lærende prosess der en tenker over og kritisk analyserer en situasjon basert på erfaringer og kunnskap.

ELLEN BEATE DYVI

Professor Bjørn Hofmann og professor emeritus Per Nortvedt diskuterte ulike etiske problemstillinger av praktisk og klinisk betydning for tannleger. De er begge tilknyttet Senter for medisinsk etikk ved UiO, Hofmann er også professor ved NTNU, Gjøvik.

Et etisk problem er et problem som begrunnes ut fra moralske verdier og hva som er rett og galt, godt og ondt. For eksempel spørsmålet om det er rett å rotfylle, gitt pasientens tilstand, prognose, preferanser og så videre. Dette i motsetning til et faglig problem som lett kan begrunnes ut fra kunnskap, og som forholder seg til normer for hva som er sant eller falskt. Eksempelvis: Hva må du kunne for å gjennomføre en kvalifisert rotfylling.

Moral og etikk nevnes ofte i samme årdedrag. Moral kommer til uttrykk i det vi gjør. Moral er holdninger eller handlinger som holdes for å være rette eller gale, gode eller onde og viktige for menneskers ve og vel. Etikk kommer til uttrykk først og fremst gjennom det vi tenker om rett og galt. Etikk er systematisk refleksjon over moralen.

Hofmann og Nordtvedt presenterte fire etiske prinsipper for medisinsk og odontologisk behandling:

Velgjørenhet: tenk på pasientens beste; Ikke skade: det gjelder å minimalisere smerte, ubehag, og skade; Autonomi: det handler om samtykke, kompetanse, og å bestemme på vegne av andre; Rettferdighet: her handler det om likebehandling og upartiskhet.

Så har vi verdier, normer og dygder: Verdier er noe som oppfattes som et gode, et mål, som vi prøver å oppnå gjennom handling, (verdiene kan være helse, kunnskap, vennskap, penger og så videre). Normer er handlingsregler som sier noe om hvordan verdiene kan oppnås. Positive moralske normer (du skal fremme pasientens beste) og negative moralske normer (du må ikke skade pasienten). Dygder er egenskaper som bidrar til å følge normer og være rettet mot mål.

Behandle eller ikke behandle? To konkrete eksempler

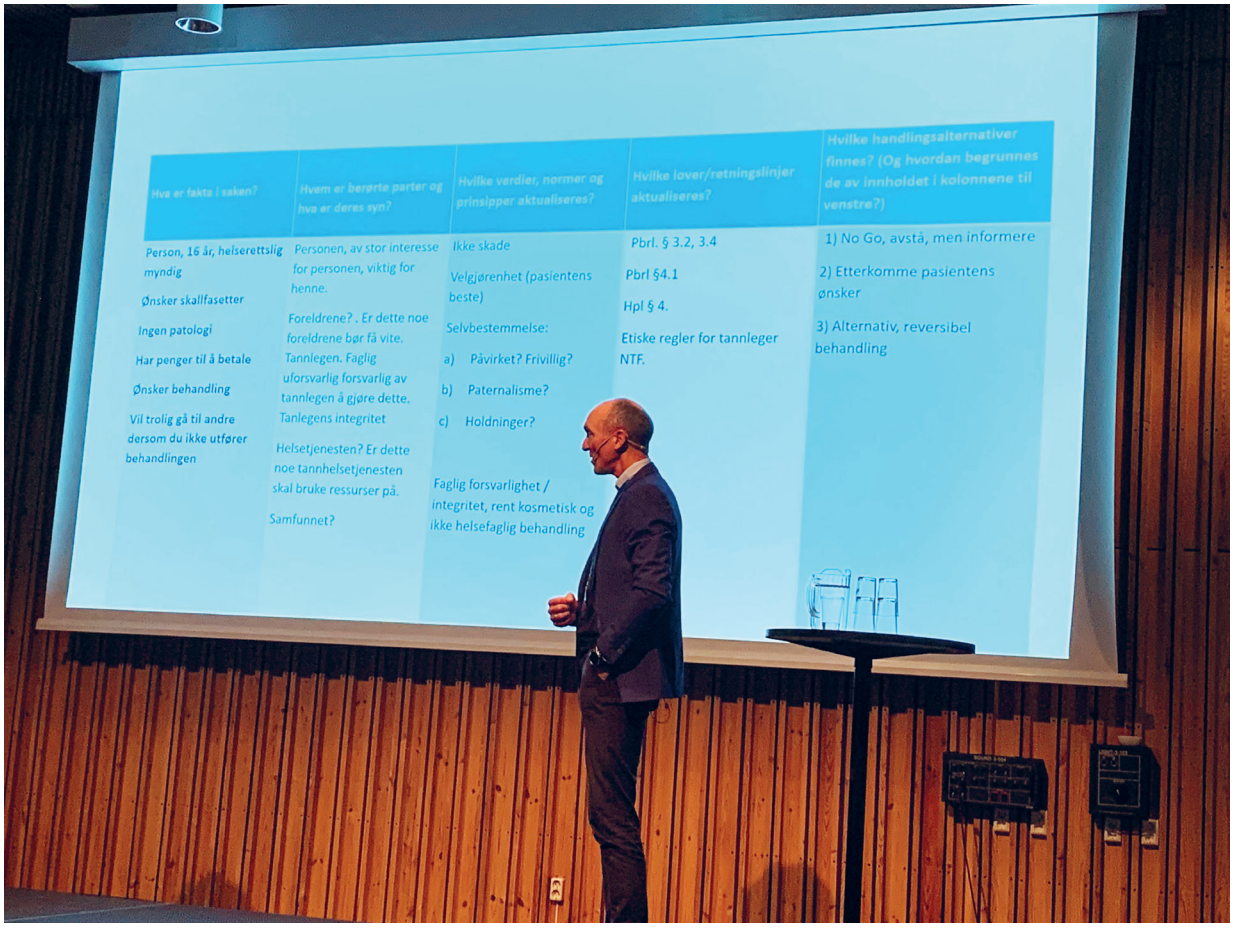
Hofmann og Nortvedt inviterte tilhørerne i salen med i diskusjonen, og stilte spørsmålet: Hva gjør du når den 16 år gamle pasienten vil ha skallfasetter? Begrunnelsen er rent estetisk. Det er ingen patologi, funksjonsnedsettelse eller risiko. Pasienten viser til en person som heter Melina Johnsen som har fått utført slik behandling, og hevder at behandlingen tilbys av mange tannleger både i Norge og utenlands. Dersom du som tannlege ikke vil utføre behandlingen vil vedkommende gå et annet sted i inn- eller utland og få det utført.

Hva gjør du? Hvilken rolle spiller alder og foreldrene?

Etisk analyse med SME-modellen ble introdusert:

Hva er det etiske problemet?; Hva er fakta i saken?; Hvem er berørte parter, og hva er deres syn og interesser?; Hvilke etiske og juridiske momenter er relevante?; Mulige handlingsalternativer; Drøfting, konklusjon med begrunnelse for akseptable handlingsalternativer.

Det ble summet ivrig i salen. Og de fleste konkluderte med at denne pasienten ville de ikke behandle. Det får ikke hjelpe om vedkommende går et annet sted og får behandlingen utført der. Foreldrene skal ikke blandes inn.



Professor Bjørn Hofmann (bildet) og prfessor emeritus Per Nortvedt presenterte etisk analyse etter SME-modellen.

Problemstilling nummer to handler om utenlandsbehandling og overbehandling:

En pasient kommer til deg med et betydelig behandlingsbehov. Du vurderer at pasienten må skifte fyllinger, noe nye kroner må lages og noen hull må behandles. Tannlegen foreslår en behandlingsplan med prisoverslag, hvorpå pasienten blir forskrekket og bekymret for kostnader.

Han vurderer selv utenlandsbehandling, for å spare penger. Du er imidlertid skeptisk til dette og informerer om risiko ved slik utenlandsbehandling, som språkproblemer, risiko for overbehandling, at kvaliteten kan variere og så videre. Norsk pasientskadeerstatning gjelder ikke i slike tilfeller og klagemulighetene er begrensede. Som tannlege informerer du om hva du ikke vil ta ansvar for hvis han kommer tilbake og vil ha hjelp for dårlig behandling eller feilbehandling i utlandet.

Pasienten kommer så faktisk tilbake fra Tyrkia, der han oppsøkte tannlege og lot seg behandle. Han kommer hjem med betydelige smerter. I Tyrkia er det også utført mer arbeid enn tidligere anbefalt av deg, og arbeid av dårlig kvalitet.

Hva gjør du, hva er etisk forsvarlig?

Ny summerunde i salen, etterfulgt av ny diskusjon i plenum. Kort oppsummert: De fleste synes å ville ta pasienten inn til full behandling – det vil si begynne på nytt, som om det var en ny pasient som kom

Så kommer spørsmålet: Hva hvis det hadde vært en kollega i Norge som hadde utført behandlingen vedkommende har vært i Tyrkia og fått? Dette ble det ikke satt av tid til å diskutere, så spørsmålet ble ikke besvart. Og det er noe å tenke over.

Hva kan du lære av dette?

Etiske problemstillinger defineres av spørsmål om hva det er *riktig å gjøre* og hva vi *bør gjøre*. Det kan være mange utfordringer, men det er viktig å tenke gjennom hva som er *det sentrale problemet*.

Etiske utfordringer er gjerne *komplekse*. De er ikke enkle, men består av *motstridende* perspektiver, verdier eller prinsipper. Etikken og klinikken er preget av beslutninger under *usikkerhet*. Likevel vil noen svar og løsninger kunne være bedre enn andre. Refleksjon og dokumentasjon av *begrunnelser* er viktig. *Kommunikasjon* og *dialog* (samvalg) er viktig. Faglig kunnskap og kyndighet er viktig for etisk refleksjon (premiss).

Etiske problemstillinger i markedsføring

Bjørn Hoffman fulgte opp med et foredrag om etiske problemstillinger i markedsføring av tannhelsetjenester, med tannhelsesekretærer som målgruppe.

Markedsføringen av tannlegetjenester er blitt mer aggressiv. Mange bruker «smarte» måter å tiltrekke seg pasienter på, slik som lokkepriser og gratis undersøkelser. Hvordan skal man forholde seg til dette? Blir man akterutseilt om man ikke følger med i timen? Eller bidrar man til en «forsøpling» av bransjen?

Hvorfor driver vi med markedsføring?

Det kan være for å formidle informasjon og kunnskap – vi finnes og kan tilby deg X for betingelser Y. Det kan være for å påvirke forbrukeratferd. Det kan være for å sikre inntjening og fortjeneste. Det kan være for å manipulere forbrukere. Og det kan være for å lure eller bedra forbrukere.

NTFs etiske regler sier at en tannleges markedsføring ikke må inneholde noe som er uriktig eller villedende, noe som også er nedfelt i markedsføringsloven av 2009 der det heter*: Tilbydere skal ikke gi feilaktig og villedende informasjon til forbrukere i markedsføringsøyemed.*

Markedsføring kan både øke og minke selvbestemmelsen til forbrukerne. Markedsføring kan påvirke preferansene, holdninger, idealer, normer og verdier – for eksempel skjønnhetsidealer.

Markedsføring kan påvirke velgjørenhet, ved at man finner frem til bedre eller dårligere tjenester. Markedsføring kan skade, ved å forlede, påføre økonomisk tap, unødig behandling med mer.

Markedsføring kan underbygge og undergrave tillit.

K1 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

Nordental 2021:

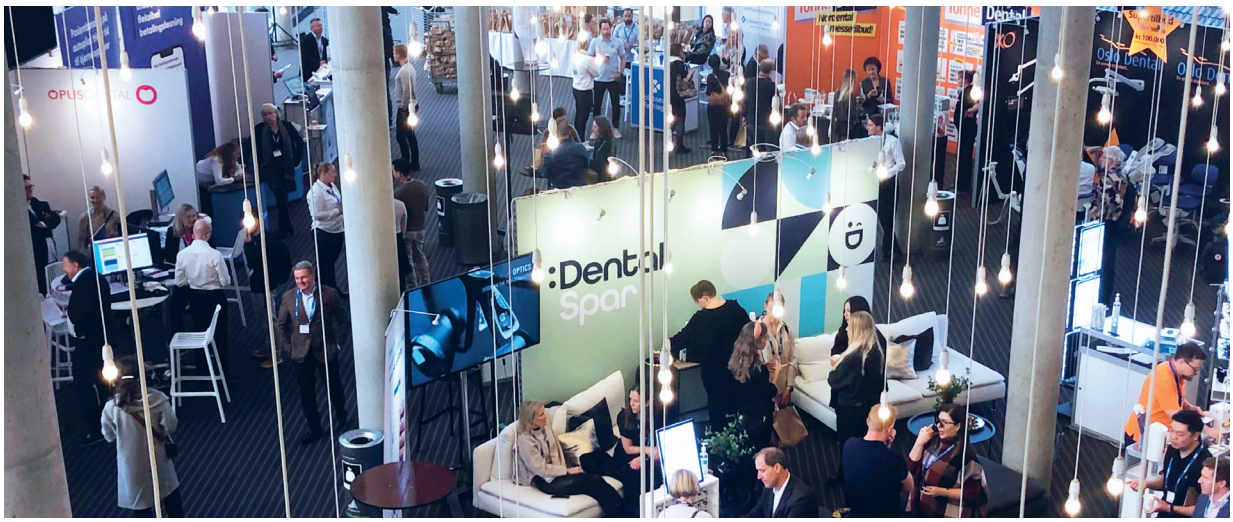
Etterlengtet, kompakt og vellykket

Årets Nordental var etterlengtet og imøtesett av såvel deltakerne på landsmøtet som av dentalbransjen.

KJETIL REPPEN

Og med landsmøtet i Grieghallen Bergen ble utstillingen denne gangen ikke plassert i garasjen under huset, men fordelt utover mingleområdene i selve Grieghallen.

Utstillingen var noe mindre enn vanlig, men dette så ut til å være en utmerket løsning for alle. Utstillerne var stort sett svært fornøyde, og landsmøtedeltakerne kunne glede seg over en oversiktlig og fin Nordental.

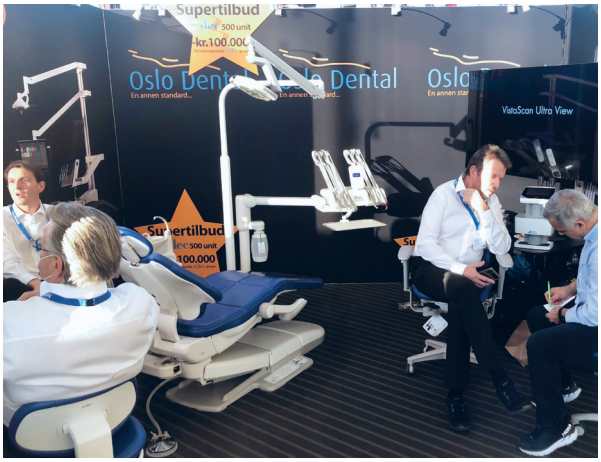


Mange tannlekniske laboratorier presenterte sine produkter og tilbudet fra de mange kvalitetsleverandørene var stort. Blant flere fant vi Proteket, Tannlab, Indental og Artinorway.

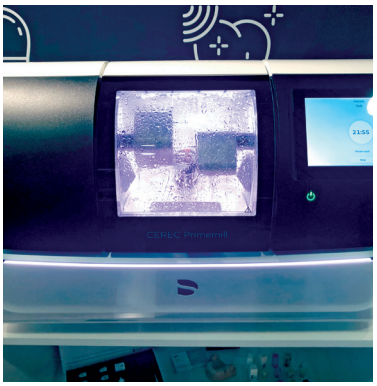
Når det handlet om hygieneprodukter var det mye å velge mellom. Mange fine produkter fra blant annet Colgate, TePe BDDA,Sensodyne, OralB, Gum, Plackers, Curasept og Curaprox.

Tannlegekjedene var også godt representert på Nordental. Stadig flere velger å selge seg til kjedene med de fordelene (og ulempene) det medfører. Strukturen er litt forskjellig i kjedene, og på Nordental var det informasjon å få om de ulike. Her var blant annet Collosseum, Oris og Odontia.

På utstyrsiden var det mange gode tilbud, og leverandørene hadde mye interessant å vise frem.



Oslo Dental hadde en fin stand der de presenterte en flott ADEC-unit. Tonne Dental viste frem FlashMax P3 herdelamper med mange kvaliteter. Jacobsen Dental demonstrerte den nyeste freseren til Sirona, Primemill, og hadde en oversiktlig og fin stand.



Plandent hadde en stor og godt betjent stand der de presenterte bredden i sitt utvalg.

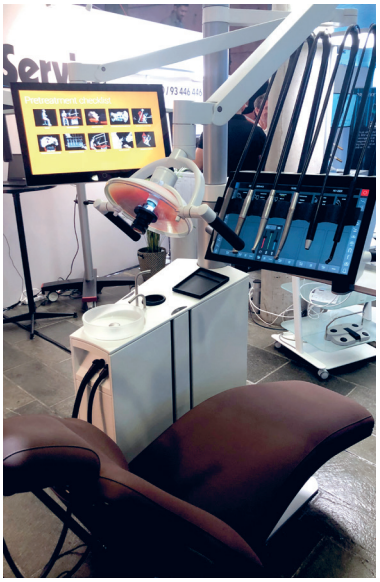
Unident hadde som vanlig en fin stand og viste frem det nyeste i verktøy for maskinell endo.

Technomedics viste frem flott verktøy for vellykket maskinell endo.

Dental Sør er leverandør av Heka-uniter og hadde utstilt toppmodellen Heka G+.

LIC leverer det meste av forbruksvarer og de viste blant mye annet kompositt-materialet Omnichroma som har en utrolig «kameleoneffekt». (bilde 23 b LIC).

DentalService presenterte toppuniten XO FLOW. Denne uniten hadde utrolig mange elegante løsninger og funksjoner – muligens utstillingens meste spennende unit! (bilde 24 b DentalService)



Mange andre utstillere hadde også funnet veien til årets Nordental.

Opus presenterte sin nye, smarte skyløsning. Healthworkers bød på et stort utvalg av klinikklær. Ergo optikk hadde en fin stand med lupebriller. Voco viste frem VisCalor og VisCalor bulk, en kompositt som varmes før bruk for optimal konsistens.

Dental Direkt hadde en stand full av forbruksartikler og viste frem sin nye, optimale herdelampe.

I tillegg var Coltene representert.

Akademika hadde også funnet veien til Nordental og solgte to aktuelle bøker: Den nye kirurgiboken til Bjørnland & Co og en bok om lokalanestesi og smerte.

Tannhelsesekretærenes forbund (ThsF) hadde også egen stand på Nordental. ThsF representerer en viktig part på enhver tannklinikk, for tannhelsesekretærene er jo klinikkens ansikt utad.

Helfo var også representert med en godt bemannet stand. De kunne fortelle om stor interesse og mange spørsmål. Det er viktig at Helfo er på Nordental.

Nordental 2021 var mindre og annerledes enn vi er vant til, men både utstillere og landsmøtedeltakerne var stort sett veldig fornøyde med denne løsningen.

Takk til dentalbransjen for enda en vellykket Nordental.

Dentsply Sirona

AVAILABLE JANUARY 2022

INTRODUCING DS PRIMETAPER™

THE PERFECT UNION OF FORM AND FUNCTION

DS PrimeTaper is a demonstration of science and art in harmony. With immediate function and intuitive digital workflows, these unique implants will complement and enhance your expertise.

- EFFICIENT HANDLING
- LASTING BONE CARE
- ENVIABLE ESTHETICS
- SEAMLESS WORKFLOW INTEGRATION

For further information contact your local Dentsply Sirona product specialist.

Dentsply Sirona, Karihaugveien 89, 1086 Oslo
Phone: 815 59 119, mail: info.no@dentsplysirona.com

dentsplysirona.com/primetaper

Ikke bruk hvilken som helst flow.
Bruk riktig flow!

FLYTENDE OG STABILT FYLLINGSMATERIALE

GrandioSO Flowables

Du har valget:

- **Light Flow – lav viskositet**
  Presis applikasjon på grunn av den svært tynne kanylen og dermed svært egnet til områder som er vanskelig å nå og små kaviteter | 76 %*
- **Flow – medium viskositet**
  Utmerkede flyt-egenskaper, universal og presis applikasjon | 81 %*
- **Heavy Flow – høy viskositet**
  Forhøyet stabilitet, f.eks universal applikasjon og ingen uønsket etterflyt masse | 83 %*

*Filler innhold av vekt

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Tyskland · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.dental

VOCO THE DENTALISTS

Fra NTF • tidende

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen

Den norske tannlegeforening

Åpningen av NTFs landsmøte 2021

TONJE CAMACHO

Landsmøtet har aldri før samlet så mange deltakere utenfor Oslo, og det var en tydelig rørt, stolt og engasjert president Camilla Hansen Steinum som for tiende (og sin siste) gang åpnet NTFs landsmøte foran en fullsatt Griegsal i Bergen. Med rundt 60 utstillere på plass, i underkant av 2800 påmeldte og 40 ulike foredrag fordelt over tre dager lå alt til rette for både faglig påfyll, sosialt samvær og en god handel på Nordental.

Tradisjonen tro startet presidenten med en minnestund for de medlemmene vi har mistet i året som gikk. Så fulgte presidentens tale, åpningsforedrag av Thomas Hylland Eriksen, prisutdelinger og musikalske innslag fra Sondre Lerche. Åpningen fikk også sitt lokale preg i form av «Nystemten», sunget av Jenny Kvamme, en velkomsthilsen fra formannen i Bergen tannlegeforening, Eirik Torjuul Halvorsen, samt en avsluttende opptreden av Dræggens Buekorps.

Se bilder fra åpningen og Landsmøtet 2021 på NTFs facebookside www.facebook.com/dennorsketannlegeforening

Se også egen sak om priser og hederstegn

Jenny Kvamme sang «Nystemten» under åpningen av landsmøtet i Grieghallen.

Høydepunkter fra presidentens tale

Presidentens åpningstale tok utgangspunkt i den spesielle tiden vi har vært igjennom, både det som har fungert og det som ikke har fungert. Myndighetene mangler oversikt over tannhelsetjenesten, og det bør tilrettelegges bedre slik at tannlegene skal kunne bidra i beredskapsarbeidet i større grad. Hun var svært kritisk til måten vaksineringen av helsepersonell ble håndtert på. Pandemien har vist oss viktigheten av godt kollegialt samhold, en åpen dialog med foreningens tillitsvalgte og en sterk profesjonsforening som favner alle tannleger i Norge.

En stor del av presidentens tale ble viet det politiske landskapet. NTF har høye forventninger til Støres regjering. Så langt har regjerningen ikke imponert, og Hurdalsplattformen var skuffende. NTF vil kjempe for prioriterte, målrettede tiltak for sosial utjevning heller enn universelle velferdsreformer. For å lykkes med dette kreves det en helhetlig gjennomgang av hele tannhelsetjenesten, og mer kunnskap om tjenesten.

Presidenten var også innom det kommende representantskapet, hvor det som alltid er mange viktige saker på agenda-en. Mange viktige beslutninger skal tas, blant annet om nytt arbeidsprogram og to nye policydokumenter; om fremtidens tannhelsetjeneste og om kosmetisk behandling. Disse vil legge føringer for profesjonen og forhåpentligvis bidra til å sett klare etiske grenser, slik at tannlegene fortsatt kan levere tjenester av høy kvalitet. Og her var presidenten krystallklar: Respekten for tannlegeprofesjonen avhenger av at tannlegene fremstår som profesjonelle helsearbeidere – ikke som selgere av kosmetisk behandling.

Avslutningsvis sendte presidenten en varm takk til alle lokale og sentrale tillitsvalgte i NTF, til generalsekretæren og sekretariatet for godt samarbeid. Etter ti år som president går stafettpinnen videre, og ny president skal velges på representantskapsmøtet i slutten av november. Hun ble hyllet med stående og brakende applaus fra den fullsatte salen.

Les presidentens tale i sin helhet i egen sak. Talen ble også strømmet, og opptak er tilgjengelig på NTFs Facebookside.

President i NTF, Camilla Hansen Steinum, holdt åpningstalen. Foto: Andres Vargas.

Tale ved åpning av landsmøtet 2021

Velkommen til åpningen av Den norske tannlegeforenings landsmøte 2021.

Det er en fin og gammel tradisjon at vi ved åpningen av et nytt landsmøte tar oss tid til å hedre de av våre medlemmer som har gått bort siden vi sist. Det skal vi også gjøre denne gangen.

Kjære alle sammen,
det er både vemodig og fantastisk for meg å kunne ønske velkommen til landsmøtet 2021, her i Grieghallen i Bergen. Vemodig, fordi det er mitt siste landsmøte som president i Den norske tannlegeforening. Fantastisk, fordi vi nå, etter en lang periode med usikkerhet og pandemi, igjen har et «vanlig» fysisk landsmøte – og det med rekordpåmelding. Landsmøtet har nemlig aldri før samlet så mange deltakere utenfor Oslo. Det er enestående! Det viser at våre medlemmer er opptatt av fag og kompetanseheving, men også at dere setter pris på det sosiale felleskapet som et landsmøte består av, og som vi alle har savnet under pandemien.

Tusen takk til dere alle!

Det har vært en glede og en ære å få lede denne foreningen gjennom snart 10 år.

I over 135 år har Den norske tannlegeforening samlet norske tannleger for å ivareta standens interesser, fremme kollegialt samhold og odontologisk vitenskap til beste for befolkningens orale helse. Nå er NTF en sterk profesjons- og fagforening for alle tannleger i Norge. Vi samler tannleger i alle aldre, i alle faser av yrkeslivet, i alle spesialiseringer og i ulike sektorer. Det gir oss tyngde og påvirkningskraft – og det bidrar til at NTF får gjennomslag og blir lyttet til.

Bredden i medlemsmassen og den høye organisasjonsgraden gjør at NTF blir oppfattet som en viktig og seriøs forening. Vi blir sett på som konstruktive og troverdige, nettopp fordi vi representerer en så stor og bredt sammensatt

gruppe med dyktige tannleger - som evner å se befolkningens og pasientenes beste.

Vi er ikke bare en interesseorganisasjon for enkeltgrupper av tannleger. NTF er en viktig samfunnsaktør med gjennomslagskraft. Dette må vi hegne om og bygge videre på.

Vi har en utfordrende og vanskelig periode bak oss. Pandemien er fortsatt ikke over, men tannhelsetjenesten er heldigvis stort sett tilbake i normal drift. Vi ser at vår kunnskap og kompetanse på smittevern var avgjørende for at det gikk så bra som det gikk i tannhelsetjenesten. Gjennom hele pandemien har vi sørget for at befolkningen har hatt et nødvendig tannhelsetilbud.

Under pandemien har NTF hatt svært tett og god dialog med myndighetene. Det har vært viktig for begge parter. Vi sitter med avgjørende kunnskap om tannhelsetjenesten, noe myndighetene mangler. Også fremover skal vi gjøre vårt beste for å være en konstruktiv bidragsyter.

Men vi skal også peke på det som ikke fungerte og være tydelige når arbeidet med pandemien skal evalueres. Tannhelsetjenesten er en viktig del av helsetjenesten. Det må derfor legges bedre til rette for at vi skal kunne bidra i beredskapsarbeidet. I dag har myndighetene ikke god nok oversikt over tannhelsetjenesten, og heller ikke over oss som arbeider i tjenesten. Da krisen inntraff i mars i fjor, hadde de ingen mulighet til å kommunisere med tannhelsepersonellet ute i tjenesten på en god måte. Viktig informasjon kom derfor ikke ut til alle.

Spesielt i starten av pandemien var dialogen svært utfordrende. Da var det vanskelig å forholde seg til den stadig skiftende og uklare informasjonen som kom fra myndighetene. Vi har bidratt med å formidle informasjon til våre medlemmer, men NTF kan ikke ta ansvar for dem som ikke er medlemmer hos oss.

De økonomiske kompensasjonsordningene var ikke gode nok under pandemien, og både den offentlige og den private tannhelsetjenesten har hatt betydelige økonomiske utfordringer.

NTF er svært kritisk til måten vaksineringen av helsepersonell har vært håndtert på. Kommunene ble tillagt alt for stort ansvar i prioriteringen, noe som medførte at tannhelsetjenesten ble nedprioritert svært mange steder. På tross av stort påtrykk og klare anbefalinger fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og NTF ble tannhelsepersonell vaksinert veldig sent i mange kommuner. Og dette er ikke akseptabelt! Tannhelsepersonell må prioriteres for vaksineringen på lik linje med annet helsepersonell. Dette har vi gjort klart også når det nå er snakk om en eventuell tredje dose med vaksine. Tannleger er helsepersonell.

Pandemien har vist oss hvor sårbare vi er, og hvor avhengige vi er av hverandre og av fellesskapet. Den gode dialogen vi har hatt med lokal- og spesialistforeningene våre, har vært helt avgjørende for oss sentralt gjennom denne perioden. Det har vært ekstra viktig i den perioden vi nå har lagt bak oss, men også i tiden som kommer må vi ha nær kontakt med alle NTFs foreningsledd, med myndighetene og med de andre organisasjonene i helsetjenesten. NTF har dessuten hatt god nytte av fellesskapet i Akademikerne. Også dette samarbeidet skal vi bygge videre på fremover.

Denne høsten har det vært stortingsvalg, og vi har fått ny regjering. Tannhelse var et hett tema i valgkampen, og NTF hadde god dialog med alle de politiske partiene både i prosessene med partiprogram, frem mot landsmøtene og i valgkampen. Og la det være helt klart - NTF har høye forventninger til Støres regjering!

Hurdalsplattformen er dessverre en skuffelse. NTF vil naturligvis søke dialog med regjeringen, men også med opposisjonspartiene på Stortinget. En mindretallsregjering er avhengig av å finne flertall på Stortinget – og vi håper og tror at flere partier vil kreve en større innsats på tannhelsefeltet enn det regjeringen har signalisert. Både SV og Rødt har vært tydelige på at tannhelse skal prioriteres i denne stortingsperioden.

Det snakkes om en tannhelsereform og at tannhelse på sikt skal likestilles med andre helsetjenester. Dette er store ord, men ingen av partiene sier noe om hvordan dette skal gjennomføres og finansieres. Det oppleves ikke som at de tar inn over seg hvordan tannhelsetjenesten faktisk er organisert i dag, med en fylkeskommunal og en helprivat del.

Vi mangler kunnskap om tannhelsetjenesten og om den orale helsen i befolkningen. Vi vet dessuten for lite om hvilken behandling som faktisk gjennomføres, både i offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Det vi vet, er at det er betydelig sosial ulikhet i oral helse. Det er stort udekket behov for tannhelsetjenester blant permitterte, uføretrygda, arbeidsledige og personer med lav utdanning og lav inntekt. Dårlig psykisk og fysisk helse er også knyttet til udekket behov for tannhelsetjenester. Dette mener vi må bekjempes gjennom prioriterte, målretta tiltak for sosial utjevning heller enn universelle velferdsreformer. NTF ønsker resultater, i form av bedre oral helse, for de økte offentlige midlene som det nye stortingsflertallet har sagt de skal bruke på tannhelsetjenesten.

Vi vet at mange i dag ikke får utført den tannbehandlingen de har behov for, ofte på grunn av dårlig økonomi. En del pasienter med alvorlig sykdom får ikke tilgang til nødvendig tannhelsetjenester, hverken under behandlingsperioden eller senere, når de lever med eller overlever sykdom. I dag er det mange som overlever alvorlig sykdom og lever lenge med senskader. Andre lever med kroniske sykdommer. Befolkningen blir eldre, og de fleste beholder sine egne tenner livet ut. Alle har de krav på forsvarlig odontologisk behandling.

Tannlegenes medisinske kompetanse blir derfor stadig viktigere. Oral sykdom påvirker både den fysiske og den psykiske helsen, og motsatt. Som tannleger må vi derfor være i stand til å se hele pasienten.

Det er fortsatt mange viktige og uløste oppgaver å ta tak i på tannhelseområdet. Vi skal fortsette å kjempe for bedre finansierings- og stønadsordninger for oral helse, slik at hele befolkningen får tilgang til nødvendig behandling.

Og vi skal fortsette arbeidet for en mest mulig hensiktsmessig organisering av tjenestetilbudet, både for pasientenes og tannlegenes del.

Vi trenger mer kunnskap. Vi trenger en helhetlig gjennomgang av hele tannhelsetjenesten. Og vi trenger det nå! En slik gjennomgang må inkludere både tannhelsetjenesteloven og folketrygdens stønadsordning, den må ses i sammenheng med andre prosjekter i tannhelsetjenesten og den må omfatte både organiseringen og finansieringen av tjenesten. Vi forventer faktisk at dette blir tatt på alvor av både regjering og storting.

NTF har lenge sett at politikerne mangler en strategi og en helhetlig plan for fremtidens tannhelsetjeneste. Det er svært bekymringsfullt, og nettopp derfor er dette arbeidet så viktig.

Resultatet av en helhetlig gjennomgang må brukes som grunnlag for en styrket tannhelsetjeneste for fremtiden, og det må legge til rette for riktig finansering og organisering av tjenesten. Målet må være å skape en så god tjeneste som mulig, ved å bruke de offentlige midlene på en måte som gir god oral helse i befolkningen, og utjevner den sosiale ulikheten.

Endringer i tjenesten må være kunnskapsbaserte og bygge på samfunnets og befolkningens behov, samtidig som de sikrer høy kompetanse og gode rammebetingelser for oss som leverer tjenestene. Dette er NTFs klare anbefaling til politikerne!

Fremtidig organisering og finansiering av tannhelsetjenesten vil være styrende for tannhelsetilbudet til befolkningen, og med det den orale helsetilstanden. Men det er også av avgjørende betydning for tannhelsepersonellet i Norge – og dermed for alle NTFs medlemmer.

I morgen inviterer vi derfor til tannhelsepolitisk debatt her på landsmøtet! Vi utfordrer Arbeiderpartiet, som har helseministeren i den nye regjeringen, på hva de vil gjøre med tannhelsepolitikken i denne regjeringsperioden. Er det virkelig riktig å innføre gratis tannbehandling for personer i alderen 19 til 21 år og halv pris for de opp til 25 år? Hvorfor ikke prioritere dem som har størst behov? I debatten møter også representanter fra opposisjonen på Stortinget og debatten ledes av Siri-Lill Mannes

Politisk kommentator Jens Kihl fra Bergens Tidende vil bidra med et journalistisk skråblikk på tannhelseområdet som avrunding av det hele. Jeg håper at vi i morgen fyller denne salen og virkelig viser politikerne at tannhelsepolitikk er viktig!

Om en snau måned møtes NTFs representantskap. Representantskapet er foreningens høyeste organ, og mange viktige beslutninger skal tas.

På årets møte skal vi sammen stake ut kursen fremover. Vi skal vedta nytt arbeidsprogram. Arbeidsprogrammet legger rammene for foreningens arbeid de to neste årene. Det henger tett sammen med budsjettet og viser hvilke oppgaver foreningen skal prioritere i neste periode.

Arbeidsprogrammet skal peke ut retningen, men det må likevel være så overordnet at det gir tilstrekkelig rom for å kunne tilpasse virksomheten etter det politiske landskapet.

Hovedstyret foreslår dessuten noen mindre endringer i ordningen for obligatorisk etterutdanning og de etiske reglene.

Og selvsagt står NTFs økonomi på agendaen. Dessuten valg av tillitsvalgte til en rekke sentrale verv. Det er grunn til å takke alle som har sagt seg villig til å stille seg til disposisjon for å ta i et ekstra tak for sine kolleger – og for foreningen. Det er krevende. Det er lærerikt. Det er givende. Og det er helt nødvendig for at hjulene i NTF skal fortsette å gå rundt!

Obligatorisk etterutdanning er en viktig sak for NTF. Målet med ordningen er at den skal sikre kontinuerlig kompetanseheving for medlemmene. Den skal rett og slett være et kvalitetsstempel, fordi vi vet at livslang læring er helt avgjørende for å opprettholde en høy etisk og faglig standard som tannlege. Det skal være en trygghet for pasientene å vite at tannlegen de bruker, er medlem av Tannlegeforeningen.

Den nye ordningen som ble iverksatt ved årsskiftet, bidrar i enda større grad til å sikre et minimum av etterutdanning av høy kvalitet for medlemmene. I løpet av hver toårsperiode skal

alle medlemmer gjennomføre visse obligatoriske, nettbaserte kurs. I inneværende periode har hovedstyret bestemt at tema for de obligatoriske kursene skal være smittevern og folketrygdens stønadsordning. Kurset om smittevern er lansert, og veldig snart kommer et helt nytt kurs om folketrygdens stønadsordning. Lykke til med gjennomføring av kursene!

Hovedstyret legger denne gangen frem to policydokumenter til diskusjon; et om fremtidens tannhelsetjeneste og et om kosmetisk behandling.

Tannhelsetjenesten er en del av helsetjenesten, og tannleger er helsepersonell. Det forplikter- lovmessig, etisk og moralsk. Tannlegers hovedoppgave er å forebygge og behandle sykdom.

Dersom tannleger utfører behandlingsprosedyrer i ansikt og munnhule, skal dette alltid skje på medisinsk/odontologisk grunnlag. Hovedstyret mener at det er viktig at NTF som forening tar et standpunkt når det gjelder kosmetisk behandling og foreslår følgende konklusjon i det nye policydokumentet:

– Tannleger skal ikke bidra til økt kroppspress i samfunnet, men være seg sitt ansvar bevisst og alltid sørge for at behandlingen som utføres er medisinsk/odontologisk begrunna.

Og dessuten,

– Tannleger skal sette klare etiske grenser for behandling generelt, og for kosmetisk behandling spesielt, og skal ikke bidra til å skape behov for behandling ved å markedsføre eller foreslå behandling som ikke er medisinsk/odontologisk begrunna.

Videre har hovedstyret gitt sin tilslutning til et dokument om kosmetisk behandling i allmennmedisin og odontologi, utarbeidet i samarbeid med Norsk forening for allmennmedisin. Foreningene er enige om at kosmetisk behandling uten medisinsk eller odontologisk indikasjon ikke er forenlig med god profesjonell praksis, og derfor ikke bør tilbys av allmennleger eller tannleger.

Bakgrunnen for dette samarbeidet er at foreningene mener det er viktig å vise at helsepersonell står sammen. Målet er å bidra til refleksjon og diskusjon rundt denne typen behandling blant medlemmene.

Og for å være litt personlig – jeg er bekymra for den utviklingen jeg ser, spesielt i sosiale medier. Kosmetisk behandling tilbys og markedsføres på en måte som jeg mener at ikke er forenlig med det å være en tilbyder av helsetjenester.

Hvis dere tar en liten runde på Instagram eller Facebook, så er det lett å tro at kosmetisk behandling er det eneste norske tannleger er opptatt av og driver med. Det florerer av annonser og tilbud med blendahvite, perfekte smil i alle kanaler.

NTF er tydelige på at tannleger er helsepersonell og det forplikter. Da må vi sørge for å opptre som ansvarlig helsepersonell, i alle sammenhenger. Det første vi da må gjøre, er slutte å markedsføre kosmetisk behandling som en salgsvare! Først da kan vi som profesjon bli tatt på alvor som helsepersonell.

Som helsepersonell utgjør tannleger en viktig del av helsetjenesten. Derfor deltar NTF i kampanjen Gjør kloke valg sammen med mange andre helseprofesjoner. Gjør kloke valg er en internasjonal kampanje rettet mot helsepersonell og pasienter. Målet er å motvirke overdiagnostikk og overbehandling ved å fokusere på kvalitet og pasientsikkerhet. God dialog mellom pasient og behandler skal sikre at pasientene ikke utsettes for unødvendige undersøkelser eller behandlinger. Og som tannleger er det vår oppgave å ivareta det som er bra for pasientene, og det som er bra for samfunnet.

Kampanjen har så lagt rettet seg mot helseprofesjonene. Neste uke starter også en befolkningskampanje under slagordet Mer er ikke alltid bedre. Men i NTF tjuvstarter vi altså nå i dag!

I forbindelse med lansering av befolkningskampanjen har NTF revidert listen med råd til tannleger i klinisk praksis, og vi har lagt til et 7. råd som lyder som følger:

Unngå å rekvirere prøver eller henvise for undersøkelser hvor svaret ikke vil ha konsekvens for diagnose eller videre odontologisk behandlingsforløp.

Vi oppfordrer alle medlemmer til å støtte opp om kampanjen! Og dere kan hente materiell på vår stand her på landsmøtet, eller dere kan laste det ned fra nettstedet vårt.

Tannhelsetjenesten er i endring. Privat tannhelsetjeneste består fortsatt i stor grad av tannlegeeide virksomheter som leverer tjenester av høy kvalitet til riktig pris, hvor lite penger går bort i administrasjon, og hvor tannlege og pasient har en nær relasjon. NTF ønsker å legge til rette for medlemmer som vil eie og drive egen praksis.

Vårt krav er at myndighetene må legge til rette for at det fortsatt skal være mulig å drive små tannlegevirksomheter. Regelverket må tilpasses, den administrative belastningen må reduseres, og ikke minst må myndighetene forstå at det har en kostnad å levere gode tannhelsetjenester. NTF skal fortsette å synliggjøre dette overfor myndighetene, og vi skal bidra med råd og veiledning til medlemmer som driver næringsvirksomhet.

Men vi kan alle bidra til en lettere hverdag for hverandre. Vi kan stå opp for oss selv som tannhelsepersonell og for tje-

nesten ved å følge de etiske reglene og tilby tannbehandling av høy kvalitet til fornuftige priser. Vi må avstå fra priskrig, slutte med helt urealistiske kampanjer og tilbud – og med uetisk reklame. Det vi leverer er helsetjenester!

Og vi må sørge for å holde den etiske fanen høyt! Respekten for yrket vårt og profesjonen vår avhenger av at vi fremstår som profesjonelle helsearbeidere – ikke som selgere.

Pandemisituasjonen har som nevnt tidligere aktualisert en alvorlig situasjon som NTF har pekt på over lengre tid. Nemlig at myndighetene ikke har tilstrekkelig kunnskap om tannhelsetjenesten, og dermed mangler mulighet til å ha nødvendig oversikt og kontroll på hva som skjer i tjenesten. Helsemyndighetene vet hverken hvor mange tannleger som praktiserer i Norge eller hvor de befinner seg. Hvordan kan de da kontrollere at virksomheten foregår i forsvarlige former og innenfor gjeldende bestemmelser?

Det må opprettes et register over tannhelsepersonell og annet helsepersonell, og det haster.

Myndighetene må også ta ansvar for å utrede behovet for tannleger, tannlegespesialister og annet tannhelsepersonell i fremtiden. De ulike framskrivningene som er gjort, er unyanserte og lite treffsikre.

Videre så må grunn- og spesialistutdanning av tannleger ved de odontologiske lærestedene i Norge dimensjoneres slik at behovet for tannleger i størst mulig grad kan dekkes av de norske studiestedene. Dette er av vesentlig betydning for at tjenestetilbudet til befolkningen skal holde høy faglig standard, med tilsvarende høy kvalitet og pasientsikkerhet.

Myndighetene må også sørge for at alle som er utdannet utenfor Norge, enten det er norske studenter fra utenlandske læresteder eller tannleger fra andre land som kommer for å arbeide her i landet, har nødvendig kunnskap om norske forhold og norsk regelverk samt tilstrekkelige språkferdigheter.

Mange tannleger utdannet utenfor Norge mangler kunnskap om norsk regelverk, spesielt folketrygdens stønadsordning. Dette kan føre til underforbruk av ordningen, og kanskje også til feil bruk. Og det er bekymringsfullt.

NTF tar denne utfordringen på alvor. Det nye obligatoriske kurset om folketrygdens stønadsordning som alle medlemmer må ta, er et viktig bidrag i så måte. Vi holder også kurs for alle avgangsstudenter hvert år, og dessuten for norske studenter som studerer i utlandet.

Men dette er ikke NTFs ansvar. Vi er en profesjonsforening, ikke en tilsynsmyndighet. Vi løfter stadig disse problemstillingene i møter med myndighetene. Vi krever at myndigheter og politikere tar problemstillingen på alvor, og bidrar til å løse disse utfordringene så snart som mulig. Det er avgjørende for pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenesten.

Tannlegene er helsetjenestens eksperter på orale helsetilstander og skal forebygge, diagnostisere og behandle et bredt spekter av sykdommer, i tett samarbeid med tannlegespesialister og øvrige helseprofesjoner. Tannlegen er den eneste helsearbeideren som et stort flertall av befolkningen har regelmessig kontakt med, og vi bidrar dermed til å avlaste helsetjenesten og styrke helseberedskapen i Norge.

Tannhelsetjenesten vil og kan bidra i forebyggende og helsefremmende arbeid. Dette arbeidet må være en viktig del av fremtidens tannhelsetilbud til befolkningen. Bedre samhandling er nødvendig, både mellom privat og offentlig tannhelsetjeneste og mellom tannhelsetjenesten og øvrige helsetjenester. Slik oppnår vi målet om en best mulig helsetjeneste for pasientene.

Tannhelsetjenesten må dessuten inkluderes i utviklingen av digitale løsninger som er nødvendig for bedre og mer effektiv samhandling i hele helsetjenesten. Også på dette feltet har myndighetene et ansvar.

NTF er bekymret for den svært langsomme utviklingen på e-helsefeltet. Det er en stor skam at de fleste tannlegene i Norge ennå ikke har tilgang til e-reseptløsning og digitale kommunikasjonsløsninger. Her må både journalleverandørene og myndighetene ta sin del av ansvaret for at dette ennå ikke er på plass. Tannlegene må dessuten få tilgang til kjernejournal. Tannleger er helsepersonell med legemiddelansvar, og vi har behov for tilgang til nødvendige legemiddelopplysninger om pasientene, inkludert pasientens legemiddelliste. Det er også viktig for annet helsepersonell å få tilgang til hvilke legemidler tannlegen skriver ut til pasienten.

Som tidligere nevnt er det ikke lenge til årets representantskapsmøte i NTF. Utvikling av foreningen er et eget satsingsområde. NTFs mål er å være en demokratisk og tilpasningsdyktig organisasjon som er i stand til å møte stadig nye utfordringer. Vi må derfor hele tiden utvikle, tilpasse og profesjonalisere foreningen, slik at vi kan møte behovene i medlemsmassen. Derfor er det satt i gang et større arbeid for å videreutvikle den samlede porteføljen av aktiviteter og tjenester for å skape merverdi for medlemmene, de tillitsvalgte og foreningen.

Det er et mål å rekruttere, motivere og skolere tillitsvalgte på alle nivåer, og å utvikle NTF Student videre. Dette skal

gjøres mens vi viderefører digitaliseringen av foreningens virksomhet for å oppnå mer miljøvennlig og bærekraftig drift.

Vi skal videreutvikle Tidende som et vitenskapelig tidsskrift og medlemsblad. Tidende er viktig for NTF og for medlemmene, og det er det eneste odontologiske fagtidsskriftet på norsk. Det er vi stolte av.

NTF er og skal være medlemmenes forening, og vi er her for dere!

Og NTF er en solid forening. Det er svært gledelig å kunne si at vi i 2020 nesten klarte å gå i null på driften av foreningen, som vi hadde budsjettert, på tross av pandemien. Det klarte vi fordi alle bidro! Møteaktiviteter blant tillitsvalgte ble gjennomført digitalt etter arbeidstid og i liten grad honorert, og hele foreningen hadde vedvarende fokus på å holde kostnadene nede gjennom hele perioden. Og fjorårets landsmøte ble, som dere husker, gjort om til et heldigitalt arrangement, og på grunn av dere ble det arrangementet veldig vellykka. Dere viste igjen at NTFs medlemmer er de aller beste på etterutdanning.

Jeg kjenner ingen andre foreninger som er i nærheten av å samle så mange medlemmer til etterutdanningsaktiviteter som vi gjør. I så måte er det vi gjør i NTF, spesielt med landsmøtet, helt unikt i norsk sammenheng.

Det skal vi være stolte av! Tusen takk alle sammen.

Det er så utrolig flott å stå her i Bergen på et ekte, ordentlig landsmøte. Selv om fjorårets digitale arrangement ble en suksess, er det mye bedre å igjen kunne være sammen på et slikt fysisk arrangement. Landsmøtet er fortsatt den største og viktigste møteplassen for tannhelsetjenesten! Vi er alle en del av et større fellesskap. Vi tar kompetanseheving og faglig oppdatering på alvor.

Årets landsmøte inneholder som vanlig mange spennende og interessante faglige innslag, i tillegg til en flott og omfangsrik utstilling.

Nordental utgjør en helt vesentlig del av ethvert vellykket landsmøte, og det står nå en mengde engasjerte utstillere klare til å møte dere.

Takk til alle dere som stiller trofast opp og er med på å gjøre landsmøtet til hva det er: En stor faglig og festlig møteplass for hele tannhelsetjenesten. En stor takk til våre gode samarbeidspartnere i NPG – Norwegian Promotion Group – som har tilrettelagt det hele.

Takk også til den lokale landsmøtekomiteen som har jobbet mye med dette arrangementet for å gi det et lokalt preg. De har hatt full kontroll på de sosiale arrangementene, det er bare å glede seg!

Jeg ser frem til å se mange av dere på Galleri Nygaten i kveld, til hyggelig samvær med god mat, drikke og konsert med Jan Eggum. Det er fortsatt mulig å skaffe seg billetter til morgendagens konsert her i Grieghallen. Først ut er Sondre Lerche, før fetter Lars Vaular tar over, og det hele avsluttes med fest og dans til heftige rytmer fra DJ Tarjei Strøm. Vi gleder oss!

Avslutningsvis vil jeg benytte anledningen til å takke generalsekretær Morten Rolstad og resten av sekretariatet for godt samarbeid. Jeg ønsker dere lykke til med flyttingen av sekretariatet til nye lokaler i Legenes hus på Christiania torv i mars. Samlokalisering med Legeforeningen er svært positivt, og det vil danne grunnlag for et enda tettere og bedre samarbeid mellom våre to profesjonsforeninger. Jeg vet at NTF vil bli tatt godt imot!

Jeg vil også sende en varm takk til alle lokale og sentrale tillitsvalgte i NTF som jeg har samarbeidet med opp gjennom årene – ikke minst til mine gode kolleger i hovedstyret, nå og tidligere.

NTF er helt avhengig av dyktige tillitsvalgte. De tillitsvalgte legger ned en fantastisk innsats og jeg håper at mange av dere som sitter her i salen i dag vil bidra i tillitsvalgtsarbeid på en eller annen arena i løpet av yrkeslivet. Det er interessant og sosialt, og du får mulighet til å påvirke din egen hverdag. Alle har noe å bidra med, og vi trenger alle gode krefter for å møte de utfordringene som vil komme i fremtiden.

La dere engasjere og bli med i det fremtidige ordskiftet. Vi må våge å diskutere og debattere, vi må slippe frem de ulike meningene – både i den åpne debatten, på generalforsamlinger og i representantskapet. Bare på den måten kan vi sammen finne den riktige veien videre. Så har vi alle et ansvar for å støtte de tillitsvalgte i deres arbeid når beslutningene er gjort. Da står vi samlet bak det flertallet har bestemt. De tillitsvalgte legger ned mye tid og krefter for foreningen og medlemmene – og de fortjener anerkjennelse og respekt for den jobben de gjør.

Det har vært en glede og en ære å få lede Den norske tannlegeforening de siste 10 årene. NTF består av høyt kompetente medlemmer, svært engasjerte tillitsvalgte, og et særdeles dyktig sekretariat.

Disse årene har vært utfordrende og krevende, det har vært mye arbeid og stort ansvar, men det har også vært spen-

nende, givende og lærerikt. Presidentjobben har gitt meg mange store opplevelser og venner for livet!

Med det vil jeg takke for en utrolig flott tid i NTF. Jeg ønsker dere som nå skal lede foreningen videre lykke til med det meget viktige arbeidet som ligger foran dere.

Jeg er sikker på at NTF fortsatt vil være en viktig premissleverandør og påvirke fremtidens tannhelsepolitikk, og at NTF vil utvikle seg for fortsatt å møte nye utfordringer og endringer i samfunnet og tannhelsetjenesten.

Jeg håper og tror at NTF også i fremtiden vil være en forening for alle norske tannleger. Høy organisasjonsoppslutning, tilhørighet og deltakelse bidrar til å styrke det sosiale samholdet mellom medlemmene, og dermed til at NTF er en samlet forening.

Så jeg sier det igjen! Sammen er vi sterke! NTFs gjennomslagskraft og påvirkningsmulighet avhenger av at vi klarer å stå sammen som forening, både i gode og onde dager. Jeg håper alle ser viktigheten av dette, og at alle fortsatt vil arbeide sammen for å sikre at NTF forblir den ene sterke stemmen som taler på vegne av alle norske tannleger.

Godt landsmøte!

Talen ble også strømmet, og opptak er tilgjengelig på NTFs Facebookside.

Takk for i år – NTFs landsmøte 2021

TONJE CAMACHO
OLE KRISTIAN OLSEN, NPG

Sondre Lerche på scenen i Grieghallen.

Nok et vellykket landsmøte og Nordental er over, og vi kan se tilbake på tre særdeles innholdsrike og hyggelige dager i Bergen. Landsmøtedeltakerne fikk både sol, regn, faglig påfyll, debatt, gode tilbud, sosialt samvær og kulturelle opplevelser. Det var fantastisk endelig å kunne møtes igjen og ta igjen litt av det vi har savnet de siste månedene.

For første gang i NTFs historie måtte påmeldingen stenges noen uker før arrangementet. Både Nordental, fagprogrammet og de to sosiale arrangementene ble til slutt totalt utsolgt. Alt i alt var i underkant av 3000 mennesker innom Grieghallen disse dagene; inkludert deltakere, forelesere, utstillere, tillitsvalgte, ansatte og gjester. Av disse var rundt 130 studenter, 600 tannhelsesekretærer, 150 tannpleiere og ca 1600 tannleger.

Det er ingen tvil om at medlemmene var klare for å møtes igjen og hadde gledet seg til kurs, og den gode stemningen holdt seg gjennom alle tre dagene. Takk til alle deltakere, utstillere, foredragsholdere, tillitsvalgte og samarbeidspartnere som bidro til en god opplevelse. En ekstra takk til NTFs fag- og etterutdanningsutvalg for bidrag til et solid fagprogram, til Bergen tannlegeforening og den lokale komiteen for et glimrende sosialt program og til NPG som har hatt hovedansvaret for all praktisk tilrettelegging og for dentalmessen!

Bilder fra alle tre dagene kan sees på NTFs Facebookside www.facebook.com/dennorsketannlegeforening

Nordental

Det er både fordeler og ulemper ved å legge landsmøtet utenfor Oslo. For NTFs medlemmer og lokalforeninger er det hyggelig å kunne legge arrangementet til ulike steder, slik at det blir variasjon og for at flere får muligheten til å være vertskap og til å delta. En av utfordringene er å få gjennomført en fullskala dentalutstilling kombinert med et fagprogram med flere paralleller.

Etter fjorårets digitale utstilling var det ekstra viktig for NTF at Nordental skulle være en god opplevelse for alle involverte. Etter tett dialog med utstillerne ble det besluttet å legge utstillingen inne i selve Grieghallen i stedet for i Dovregubbens hall nede i parkeringsanlegget. Med mye god vilje og ditto kreativitet fikk vi plass til alle som ville delta, og som vanlig fremstod utstillingen i sin fulle, flotte prakt da dørene åpnet torsdag. Både utstillere og publikum virket fornøyd med denne løsningen, og det var jevn strøm av folk og svært god stemning alle tre dagene.

Til tross for færre kvadratmeter var det nedlagt mye jobb i å bygge opp standene og det var tydelig at folk var glade for å kunne slå av en prat med leverandørene og se, ta og føle på de ulike produktene. Noen utstillere rapporterte til og med at de aldri tidligere hadde omsatt for så mye på en Nordental. Det lover godt for fremtiden – en fremtid som kommer nesten fortere enn vi klarer å følge med på, og som utstillerne må være med på å utforme sammen med NTF. For i 2022 er landsmøtet og Nordental tilbake på kjente trakter, i lokalene til Norges Varemesse på Lillestrøm.

Årets nyskapning; messeminglingen fredag ettermiddag, var også svært populær, da dentalmessen ble fylt opp med besøkende som kunne nyte smaksprøver av edle dråper fra lokale bryggerier.

Politisk debatt om fremtidens tannhelsetjeneste

Det er blitt en tradisjon at NTF inviterer deltakerne til et debattmøte om et utvalgt tema under landsmøtet. I år var politikere fra regjeringsparti og opposisjon invitert til å snakke om tannhelsetjenesten som en universell ordning eller et prioritert og behovsprøvd velferdsgode.

Møteleder Siri Lill Mannes åpnet sekvensen med et minintervju med tannlegene Signe Rydland og Cecilie Femsteinevik, som fortalte om sine erfaringer fra både den offentlige tannhelsetjenesten og den private. Deretter fikk henholdsvis Sofie Marhaug fra Rødt, Helge-André Njåstad fra FrP og Lubna Jaffery fra AP presentere den politikken de vil jobbe for i denne stortingsperioden (2021-2025). President Camilla Hansen Steinum representerte NTF og påpekte hvor viktig det var med en helhetlig gjennomgang før man satte i gang med å endre tannhelsepolitikken og tjenestene i dag, mens Jens Kihl fra Bergens Tidende oppsummerte det hele. Synet på tannhelsepolitikken er åpenbart forskjellig, men en tidvis

Møteleder Siri Lill Mannes med Sofie Marhaug (R) og Helge-André Njåstad (FrP).

opphetet debatt var likevel preget av enighet og konstruktivitet, noe som lover godt for det videre arbeidet.

Lydopptak fra debatten vil publiseres som egen episode av NTFs Odontopod, og finnes tilgjengelig på www.tannlegeforeningen.no/odontopod

Sosialt program

Bergen tannlegeforening hadde virkelig samlet det beste byen har å by på til det sosiale programmet og de kulturelle innslagene. På åpningen ble det både «Nystemten» og buekorps, samt musikalske innslag av Sondre Lerche. Torsdag kveld var Galleri Nygaten fylt til randen, og vi koste oss med tapas, tryllekunster og intimkonsert med Jan Eggum. Det unike lokalet ga gode muligheter til å slå av en prat og mingle med kullinger og kollegaer, samt gamle og nye venner.

Etter mer enn 1,5 år uten sosiale treff holdt det likevel ikke med bare én sosial samling, så fredag var på «på 'an igjen» – denne gangen med konsert og høyt trøkk i Grieghallens Peer Gynt sal. Fetterne Sondre Lerche og Lars Vaular ga virkelig alt på scenen og sørget for svært god stemning. Kvelden ble avsluttet med DJ Tarjei Strøm, slik at de som fremdeles hadde futt igjen i bena etter lange dager med messevandring kunne hente ut det siste av energi.

Gave i stedet for blomster

På årets landsmøte valgte vi å ikke gi bort blomster til hederstegnmottakere, prisvinnere og foredragsholdere. I stedet har NTF gitt en gave til årets TV aksjon og Plan Norge.

Vestlandsmøtet og Landsmøtet 2022 – hold av datoene!

For de som syntes det var vanskelig å forlate Bergen kan vi trøste med at det byr seg mulighet til ny tur allerede i januar 2022. Da inviterer Bergen tannlegeforening til sitt tradisjonsrike Vestlandsmøte. Informasjon og lenke til påmelding finner du på www.tannlegeforeningen.no/vestlandsmotet.

Vi gleder oss også allerede til neste års landsmøte. 3. – 5. november 2022 vil vi være tilbake på Lillestrøm og Norges Varemesse. Det er bare å holde av datoene i kalenderen. Følg med i NTFs kommunikasjonskanaler for mer informasjon utover våren.

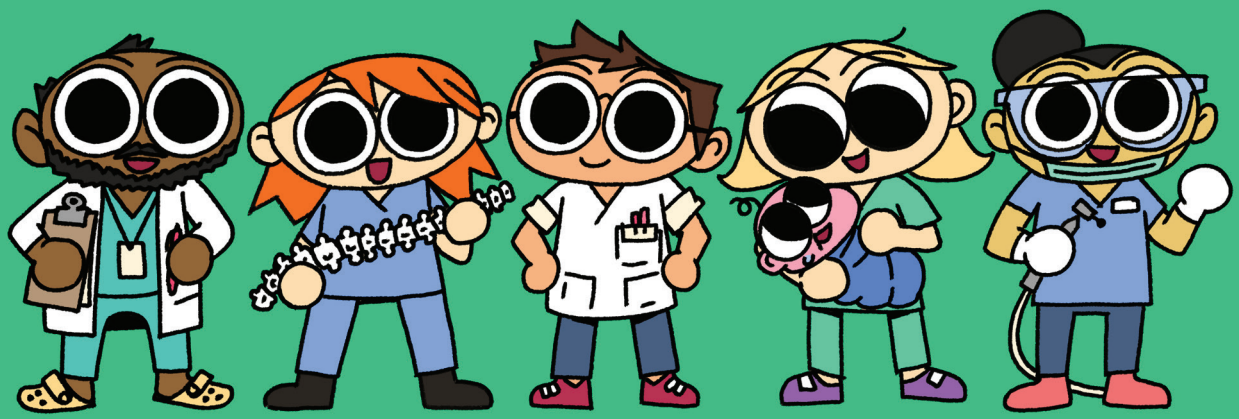
Mingling og tapas i Galleri Nygaten.

Mer er ikke alltid bedre

Bli med i kampen mot overdiagnostikk og overbehandling

Slik kan du bidra:

- Sett deg inn i NTFs råd til tannleger i klinisk praksis
- Snakk med pasientene om fordeler og ulemper ved ulike undersøkelser og behandlinger
- Del informasjon om kampanjen på venteværelset og i sosiale medier



Les mer på www.tannlegeforeningen.no/klokevalg

Den norske tannlegeforening

Gjør kloke valg

Priser og hederstegn på årets landsmøte

TONJE CAMACHO

Prisutdelingene utgjør alltid en viktig del av NTFs landsmøte. I år ble det delt ut to hederstegn, NTFs studentforskerpris, Tidendes pris for beste oversiktsartikkel og pris for beste stand på Nordental. Det var ekstra hyggelig å dele ut priser med publikum til stede og med applaus fra fullsatte saler – det har prisvinnerne fortjent!

NTFs pris for undervisning og forskning 2021

NTFs pris for undervisning og forskning er opprettet for å markere en positiv holdning til disse to viktige elementene innenfor tannlegefaget. Prisen skal også understreke betydningen av tilstrekkelig rekruttering til vitenskapelige stillinger ved de odontologiske lærestedene. Den kan deles ut til en yngre lærer og/eller forsker knyttet til tannlegeundervisningen i Norge. I år besluttet en enstemmig jury å tildele prisen Helen Pullisaar fra UiO. Pullisaar disputerte i 2014, og tok sin spesialistutdanning i kjeveortopedi i Danmark i 2017. Siden 2018 har hun jobbet som postdoktor ved avdeling for kjeveortopedi, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo.

Juryen fremhever spesielt at årets vinner var den første i verden som viste at vekstfaktoren irisin, som tidligere er antatt kun å være produsert i muskel, og stimulere til beinvekst ved trening, også er uttrykt i humane periodontale celler og stimulerer til vekst, migrasjon og ekstracellulær matrix av disse.

NTFs hederstegn

NTFs hederstegn er foreningens æresbevisning som tildeles medlemmer eller andre som over tid har utvist et betydelig engasjement for den norske tannlegestand, fortrinnsvis i sentrale verv. NTF er helt avhengig av engasjerte medlemmer som er villig til å påta seg slike verv, på vegne av sine kolleger, for alle NTFs medlemmer. I år var det Anne Møystad og Tore Bjørnland som mottok hederstegn. Begge har bidratt, ikke bare sentralt i NTF, men også i sine respektive spesialistforeninger. I tillegg har de vært levende opptatt av utdanning og etterutdanning og har turnert hele Norge rundt som foredragsholdere i TSE.

NTFs Studentforskerpris

Studentforskerprisen kåres blant utvalgte masteroppgaver fra de odontologiske lærestedene i Norge. Presentasjoner av masteroppgavene ble holdt i Peer Gynt på fredag, og vinneren ble kåret på messeminglingen samme ettermiddag.

Vinnerne av NTFs Studentforskerpris, Lilliane Sandal Nodevik og Inger Johanne Linjord fra Universitetet i Oslo sammen med presidenten i NTF, Camilla Hansen Steinum (på venstre side) og utdanningssjef Øyvind Asmyhr (på høyre side).

Årets studentforskerpris gikk til Inger Johanne Linjord og Lilliane Sandal Nodevik fra Universitetet i Oslo med oppgaven «Økt fokus på munnhelse hos eldre i sykehjem – utvikling av et digitalt tannkart». I sin begrunnelse vekta juryen den aktuelle problemstillingen, og oppgavens bidrag til videreutvikling av nye, digitale løsninger med et informativt design. Prosjektet hadde et bredt faglig samarbeid og berører flere fagfelt.

Prisen består av 20.000 kroner, diplom og presentasjon i Tidende. Juryen har bestått av NTFs utdanningssjef Øyvind Asmyhr samt en representant fra hvert lærested; Kristin Klock (UiB), Qualbi Khan (UiT) og Ulf Ris (UiO).

Beste utstiller Nordental

Etter fjorårets digitale landsmøte var det ekstra gledelig å igjen kunne vandre mellom 60 utstillere i Nordental. Årets utstilling var tilpasset lokalene, og standene noe mindre enn normalt, men det var tydelig at mange likevel hadde lagt mye jobb i å bygge opp standene og både utstillere og deltakere var glade for å kunne se, ta og føle på de ulike produktene. Kriteriene for å vinne prisen som beste utstiller er informasjon og kommunikasjon, kreativitet, budskap og generelt inntrykk av den standen.

Health Workers ble kåret som årets vinner, takket være sin tydelig bærekraftige profil og samfunnsengasjement, hvor gjenbruk er en viktig del av produksjonen.

Hederlig omtale gikk også til EMS Nordic, Proteket og Zendium/Wikos.

NTF hører fra seg

CHRISTIAN POLLOCK FJELLSTAD, RÅDGIVER – POLITIKK OG KOMMUNIKASJON, NTF

Den norske tannlegeforening er høringsinstans i mange saker på ulike politikkfelt, slik som helse, sosial, kommune, næringsliv og arbeidsliv. Ved NTFs sekretariat er det mange som bidrar til å utforme høringssvar og sammen med først og fremst presidenten meisles og utdypes politikk på vegne av alle våre medlemmer. Her følger en liten oversikt over hvilke saker vi har involvert oss i høsten 2021.

De siste årene har NTF årlig levert ca. 25 skriftlige høringssvar direkte til Storting, departement og direktorat. I tillegg leveres innspill til våre samarbeidspartnere i Akademikerne. NTF deltar også på muntlige høringsmøter når det er mulig. I et valgår hender det rett som det er at produksjonen i statsapparatet går litt ned i påvente av et mulig politisk skifte. Det kan synes at politikerne er litt mer opptatt med å bli valgt, eller særlig gjenvalgt, og følgelig er det litt færre høringer.

Fra medio juni til medio november har NTF levert åtte høringer direkte til myndighetene og også latt høre fra seg i noen saker via Akademikerne. Noen få høringer er fortsatt ute, men kvitteres ut i løpet av november eller Så foruten komme seg gjennom et stortingvalg, skifte av regjering og nytt statsbudsjett, samt å arrangere landsmøte i Bergen og representantskap, hva har vi gjort? Her kommer oppsummeringen!

I løpet av våren kom Koronakommisjonen med sin første rapport og evaluering av myndighetenes håndtering av koronapandemien og NTF spilte inn noen av sine bekymringer. NTF har hatt en god dialog Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Folkehelseinstituttet gjennom hele pandemien. Likevel må det medgis at det var stor usikkerhet rundt råd og anbefalinger til tannhelsetjenesten om smittevern og det ble foretatt svært mange endringer i rådene og anbefalingene. Dette opplevdes som uforutsigbart og krevende for hele tjenesten.

Det ble svært krevende for tannhelsetjenesten å få tak i nødvendig smittevernutstyr under pandemien, og prisene var også svært høye. Når tannhelsetjenesten ikke ble inkludert i mang en kommunes beredskapsarbeid oppstod det også store utfordringer. NTF har også uttrykt bekymring over den markante nedgangen i antall bekymringsmeldinger til barnevernet, her kan det rett og slett være mye som ikke er avdekket. For fremtiden er det derfor viktig at sårbare barn og unge blir fanget opp og ivaretatt når kriser treffer.

I tre ulike høringer har NTF kommet med helsefaglige innspill på tobakksskadeloven, underernæringsretningslinjen og nye pakkeforløp for kreft. Folkehelse er et viktig for NTF, og som profesjon er tannleger en naturlig del av helseteamet rundt pasienter, så vel som den enkelte borger. Det er derfor viktig at man ikke glemmer den utfyllende og støttende rollen tannleger har for behandling, rehabilitering og forebygging.

Tannleger er den helseprofesjonen som har størst nedslagsfelt for jevnlige besøk og ser samlet sett uten tvil flest ulike pasienter i løpet av et år. Derfor er det viktig at helsemyndigheten faktisk hører på profesjonen, og dertil skuffende når NTF ikke opplever gjennomslag. Smakstilsetning i

snus er blant slike råd som myndighetene har valgt å ikke følge og der NTF er bekymret for snusbruken blant unge.

Tannhelsebehandlere må også tidlig involveres i eldres munnhelse, blant annet under kartlegging av ernæringsrelevante opplysninger. Oral helse er nært knyttet til ernæringsstatus og matinntak, og det er av den grunn svært viktig at det synliggjøres i retningslinjer.

At tannleger heller ikke i tilstrekkelig grad involveres i pakkeforløp for kreftpasienter finner NTF både noe underlig og sterkt beklagelig. Orale komplikasjoner og bivirkninger ved kreft og kreftbehandling påvirker tann- og munnhelsen hos kreftpasienter på kort og lang sikt. Ofte er disse bivirkningene underrapporterte, underdiagnostiserte og underbehandlede. Dette kan påvirke pasientens livskvalitet lenge etter at kreftbehandlingen er avsluttet, og det er viktig å forstå hvordan orale komplikasjoner og seneffekter hos disse pasientene kan forebygges og håndteres.

NTF har også kommet med innspill til ulike forskrifter som regulerer utdanning av personell på områder som psykisk helse, rus og avhengighetsarbeid. En kan undres over at oral helse tas opp som tema når det gjelder masterutdanning for sykepleiere, men ikke nevnes i forskriften for tverrfaglig videreutdanning. Er det en glipp mon tro? Uansett er NTF klare på at det er helt avgjørende at kunnskap om den orale helsen og om samarbeid med tannhelsetjenesten inkluderes ulike utdanningsløp for å sikre et helhetlig tilbud til pasientene.

NTF har meninger om så mangt, også når det gjelder forslag til endringer i regelverket for organisering av klagenemndene som behandler helsesaker og endringer i pasientskadeloven og folketrygdloven vedrørende innhenting av taushetsbelagte opplysninger og taushetsplikt. En kan av og til undres over høringstitlers lengde, men sakens innhold denne gang var likefremt og greit. Et forslag var at ulike nemndssekretariater skulle kunne gis fullmakt til behandling av klagesaker og med det unntas nemndbehandling. Nei takk, det skal behandles i nemnd, sier vi.

Lover og forskrifter som befatter seg med pasientjournal, personvernrettigheter og ulike IKT-standarder kan være teknisk krevende å navigere i, og noen ganger må en stille spørsmål rundt hvor lemfeldig helsedata behandles. At tannhelsetjenesten, med et så avgjørende stort virke i privat sektor, står i en særstilling i forhold til resten av helse- og omsorgstjenesten, må påpekes.

I skrivende stund jobber sekretariatet med en høring om forslag til endringer i forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), der det blant annet foreslås at private virksomheter som yter tannhelsetjenester få en plikt til å sende inn helseopplysninger. KPR sikrer bedre grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester, og NTF var i sin tid positive til initiativ som sikrer at beslutninger om, og i helsetjenesten gjøres kunnskapsbasert. Nå er forslag som svekker personvern til bekymring og myndighetene må klargjør hvilke data som skal samles inn fra tannhelsetjenesten og hva de skal brukes til.

Tannhelsetjenesten har lenge vært opptatt av god samhandling og NTF mener det er svært viktig at det legges til rette for samhandling på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer. Enn så lenge utgjør den manglende samhandlingen en betydelig utfordring i forhold til effektiv helsehjelp til det beste for pasientene. Her er mange utfordringer å hanskes med.

Ønsker du å lese selve høringssvarene finner du dem NTFs nettsider under Fag og politikk. Spørsmål til høringene kan besvares av sekretariatet (post@tannlegeforeningen.no).

NB! Høringen om Den norske modellen og fremtidens arbeidsliv er et slikt eksempel der NTF ikke leverer egen høring, men finner sammen med våre gode kollegaer i de andre mastergrads- og profesjonsforeningene. NTF har i hovedtrekk støttet utredningens mange forslag, men sammen med Akademikerne påpekt utfordringene ved å innføre verneombud for de alle minste bedrifter og arbeidsplasser. Denne høringen finner du på Akademikernes nettsider.

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE
www.sykeavbruddskassen.no
TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening

Valgresultat
– NTFs representantskapsmøte 2021

Oversikt over alle tillitsvalgtsverv som ble valgt av årets representantskap.

Representantskapet 2021 – følgende ble valgt til NTFs råd, komiteer og utvalg:

Verv	Etternavn	Fornavn	Tilknytning
HOVEDSTYRE			
President	Olsen-Bergem	Heming	Oslo TF
Visepresident	Husebø	Ralf	Rogaland TF
Styremedlem	Holmemo	Ellen	Bergen TF
Styremedlem	Borgeraas	Ingvild N.	Vestfold TF
Styremedlem	Henriksen	Linn Katariina	Troms TF
Styremedlem	Holtan	Line C.	Vest-Agder TF
Styremedlem	Mork-Knutsen	Ellen Cathrine	Østfold TF
Styremedlem	Fredriksen	Terje	SNU
Styremedlem	Alamdari	Farshad	SF
1.Varamedlem	Øvstetun	Kristoffer	Bergen TF
2.Varamedlem	Haukland	Torbjørn	Finnmark TF
ORDFØRER OG VARAORDFØRER			
Ordfører	Roberg	Ranveig	Vestfold TF
Varaordfører	Amundsen	Gunnar	Haugaland TF
NTFs FAG- OG ETTERUTDANNINGSUTVALG			
Leder	Jonsson	Elisabet	Nordland TF
Nestleder	Aukland	Sverre	Aust-Agder TF
Medlem	Wu	Jie Yuan	Vestfold TF
Medlem	Lund	Arne-Olav	Bergen TF
Medlem	Kolltveit	Kristin M.	Buskerud TF
NTFs ETIKKRÅD			
Leder	Pedersen	Line	Nordland TF
Nestleder	Hauge	Mariann S.	Vest-Agder TF

Verv	Etternavn	Fornavn	Tilknytning
Medlem	Olsen	Leif-Henrik B.	Sør-Trøndelag TF
Medlem	Reinholtsen	Karen K.	Bergen TF
Medlem	Michaelis	Anja	Nordmøre og Romsdal TF
NTFs KONTROLLKOMITÉ			
Leder	Jørgensen	Benedicte H.	Oslo TF
Nestleder	Jørgensen	Jørn Andre	Vestfold TF
Medlem	Angelus	Niklas K.O	Nord-Trøndelag TF
Medlem	Lunding	Sigrid B.	Nordland TF
Medlem	Vagle	Bernt Vidar	Rogaland TF
NTFs REDAKSJONSKOMITÉ			
Leder	Jonsson	Malin	Bergen TF
Nestleder	Rønneberg	Anne	Oslo TF
Medlem	Godberg	Anders	Østfold TF
Medlem	Klock	Kristin S.	Bergen TF
Medlem	Lutnæs	Odd Bjørn	Sør-Trøndelag TF
NTFs VALGKOMITÉ			
Leder	Andersen	Arnt-Einar	Sør-Trøndelag TF
Medlem	Hagli	Atle	Rogaland TF
Medlem	Valle	Per Fredrik	Telemark TF
Medlem	Johansen	Mette H. K	Nordland TF
Medlem	Horgen	Marianne	Oslo TF
NTFs SENTRALE ANKENEMND			
Medlem	Andersen	Anne Marte F.	Østfold TF
Medlem	Granmar	Magne	Telemark TF
Varamedlem	Heistein	Stig	Oslo TF
SYKEHJELPSORDNINGEN FOR TANNLEGER			
Leder	Løken	Aleidis	Oslo TF
Medlem	Tryggestad	Jon	Nordland TF
Medlem	Ross	Eva Marie	Oslo TF
Vara	Korstadhagen	Yun Therese	Oslo TF
Vara	Solheim	Anne Kristine	Sør-Trøndelag TF
Vara	Sundsvold	Elsa	Troms TF

REVISOR

PKF ReVisjon AS ble valgt som NTFs revisor for 2022 og 2023

TSE

NTFs etterutdanning

Tannlegeforeningens Systematiske Etterutdanning (TSE) våren 2022

Tannlegeforeningens Systematiske Etterutdanning (TSE) består av flere fagmoduler som kan tas uavhengig av hverandre. Undervisningen våren 2022 vil gjennomføres som normalt (som før pandemien) med en kombinasjon av fysiske samlinger og nettbasert undervisning.

Hver modul begynner og slutter med en samling over to dager med forelesninger. Mellom samlingene gis det gruppeoppgaver. En gjennomført modul tilsvarer 75 timer etterutdanning. Forutsetningen for godkjent kurs er tilstedeværelse på samlinger og aktiv deltakelse i gruppearbeid.

Våren 2022 holdes følgende TSE moduler

Modul 7	Restorativ behandling	Molde/Kristiansund	28. - 29. januar & 1. - 2. april
Modul 8	Spes. faglige utfordringer	Vestfold	Ikke bestemt
Modul 9	Endodonti	Alta	10. - 11. januar & 14. - 15. februar
Modul 10	Periodontale sykdommer	Kristiansand	10. - 11. februar & 31. mars - 1. april

Les mer om de ulike modulene på
www.tannlegeforeningen.no/TSE

NTFs symposium 2022

TEMA:

Når det går galt i klinikken

Hold av datoene! Påmeldingen åpner i januar

Tid: 10. -11. mars 2022

Sted: Clarion Hotel The Hub, Oslo

NYTT Nettkurs!

Folketrygdens stønadsordning

NTF lanserer i disse dager et nytt obligatorisk nettkurs om trygderegelverket.

Målet med kurset er økt forståelse slik at medlemmene skal kunne anvende stønadsordningen i henhold til myndighetenes intensjoner.

Kurset gir kunnskap om det overordnede regelverket, pasientens rettigheter og tannlegens plikter, samt utvalgte stønadspunkter og takster som NTF mener er spesielt viktig å sette søkelys på. Den siste delen av kurset, består av fagsider, videoforelesninger og videorefleksjoner.

Følg med på NTFs hjemmesider for lansering av kurset.

Full oversikt over tilgjengelige nettkurs finner du på
www.tannlegeforeningen.no/nettkurs

NTFs NETTKURS

God jul og godt nytt år!

I stedet for julekort sender vi i år en gave til Redd Barna

Med vennlig hilsen

Den norske tannlegeforening

Arbeidsliv

Arbeidskontrakten

Alle arbeidstakere skal ha en skriftlig ansettelsesavtale, og arbeidsmiljøloven stiller krav om hva en ansettelsesavtale skal inneholde. Arbeidskontrakten og omstendighetene før og etter ansettelsen, setter rammer for arbeidsgivers adgang til å endre avtalen.

ELIN KVÆRNØ, ADVOKAT I NTF

Det skal inngås skriftlig arbeidsavtale i alle arbeidsforhold. Arbeidsgiver må lage utkast til arbeidsavtale til arbeidstakeren, jf. arbeidsmiljøloven § 14-5.

Hvis arbeidsforholdet har en varighet på mer enn en måned skal avtalen inngås så snart som mulig, og senest innen en måned etter at arbeidsforholdet begynte. I arbeidsforhold med kortere varighet enn en måned, skal det umiddelbart inngås skriftlig arbeidsavtale.

Er arbeidstaker uenig i utkastet, må partene forhandle. Her er det viktig å huske at arbeidsmiljøloven stiller visse krav til hva avtalen skal inneholde. Partene kan for eksempel ikke inngå avtale om at arbeidstaker er forpliktet til å ta vaksine dersom loven ikke åpner for det.

Mange konflikter kan unngås hvis man har en klar og tydelig arbeidsavtale. Arbeidsavtalen bør derfor utformes slik at det er klart for begge parter hva avtalen innebærer. Man bør unngå vanskelige og uklare formuleringer.

Arbeidsavtalen må ikke stride mot arbeidsmiljølovens ufravikelige regler, og heller ikke mot tariffavtaler partene er bundet av.

Det er arbeidsgiver som i utgangspunktet må sørge for at loven overholdes og at avtalen er så klar som mulig.

Arbeidsavtalens innhold, arbeidsmiljøloven § 14-6

Avtalen skal gi opplysninger om følgende:

- Partenes identitet - arbeidsgivers og arbeidstakers navn
- Arbeidsplassen. Dersom det ikke eksisterer noen fast arbeidsplass eller hovedarbeidsplass skal arbeidsavtalen gi opplysning om at arbeidstakeren arbeider på forskjellige steder.
- En beskrivelse av arbeidet, eller arbeidstakerens tittel, stilling eller arbeidskategori.
- Tidspunktet for når arbeidsforholdet begynner.
- Forventet varighet dersom arbeidsforholdet er midlertidig, og grunnlaget for den midlertidige ansettelsen.
- Eventuelle prøvetidsbestemmelser.
- Arbeidstakerens rettigheter til ferie og feriepenger, og reglene for fastsettelse av ferietidspunktet.
- Arbeidstakerens og arbeidsgiverens oppsigelsesfrister.
- Den gjeldende eller avtalte lønn ved arbeidsforholdets begynnelse, eventuelle tillegg og andre godtgjøringer som ikke inngår i fastlønnen, for eksempel funksjonstillegg, utbetalingsmåte og tidspunkt for lønnsutbetaling.
- Lengde og plassering av den avtalte daglige og ukentlige arbeidstiden.
- Lengde av pauser.
- Avtale om særlig arbeidstidsordning etter bestemmelsene om redusert arbeidstid, fleksibel arbeidstid med videre.
- Opplysninger om eventuelle tariffavtaler som regulerer arbeidsforholdet.
- Hvis arbeidet skal utføres i ulike perioder i løpet av året, eller på uregelmessig spredte dager eller tidspunkter, skal arbeidsavtalen inneholde opplysninger om dette.

Opplysningene må gi arbeidstaker mulighet til å forutse når han eller hun skal arbeide. Dette kan for eksempel gjøres ved at arbeidsavtalen inneholder konkrete tidspunkter for når arbeidet skal utføres eller at avtalen henviser til en arbeidsplan som viser når arbeidet skal utføres.

Arbeidsavtalen er en gjensidig bindende topartsavtale som går ut på å bytte arbeidskraft og resultat, mot lønn og rett til arbeid. Bakgrunnen for lovreguleringen er den svake parts beskyttelsesbehov, i dette tilfellet arbeidstakeren. Hensynet til trygge arbeidsforhold, behovet for likhet og forutsigbarhet i

alles arbeidshverdag ansees for å være i alle parters interesse for å få til et godt fungerende arbeidsliv.

Tolking av arbeidsavtalen

Arbeidsavtalen er viktig fordi den utgjør fundamentet i arbeidsforholdet. Videre vil arbeidsavtalen sette begrensninger for arbeidsgivers styringsrett. Styringsretten er en følge av det over- og underordningsforholdet som gjelder i et arbeidsforhold. Den gir arbeidsgiver en rett til, dog med begrensninger, å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet i en virksomhet.

Arbeidsavtalen binder både arbeidstaker og arbeidsgiver, og det kreves i utgangspunktet enighet fra begge parter for å endre denne. Noen ganger oppstår det spørsmål om hvilke endringer arbeidsgiver kan gjøre, uten at arbeidstaker er enig. Arbeidstaker må nemlig finne seg i at arbeidsgiver kan pålegge «ikke ubetydelige» endringer. Det kan for eksempel tenkes at arbeidsgiver ønsker å pålegge en arbeidstaker nye arbeidsoppgaver. Dersom arbeidstaker ikke ønsker slike endringer, er spørsmålet om arbeidsgiver kan pålegge dette likevel med begrunnelse i styringsretten. Da må man først vurdere om de nye oppgavene ligger innenfor det arbeidsforholdet som er inngått. Noen ganger vil dette følge naturlig av arbeidsavtalen. Dersom en arbeidstaker er ansatt som resepsjonist, vil det være naturlig å tolke at arbeidstakeren har en plikt til å svare på telefoner for bedriften.

Andre ganger vil dette være mer usikkert. Arbeidsavtalen kan være uspesifikk, og dette kan by på tolkningsproblemer. For å avgjøre hva som gjelder må arbeidsavtalen tolkes i sammenheng med stillingsinstruks, omstendighetene rundt ansettelsen, normal praksis for lignende arbeidsforhold, samfunnsutvikling mv. Et eksempel kan være dersom man avtaler ved ansettelsen at arbeidstaker skal unntas fra visse arbeidsoppgaver. Da kan ikke arbeidsgiver ensidig pålegge slike oppgaver igjen. Arbeidsgiver vil også kunne ønske å legge arbeidet til andre tider enn det som fremgår av arbeidsavtalen. Det vil arbeidsgiver kunne ha anledning til, såfremt endringen ikke blir betydelig. Også her må det foretas en konkret vurdering av omstendighetene rundt ansettelsen.

Endringer skal tas inn «tidligst mulig» jf. arbeidsmiljøloven § 14-8. Muntlige avtaler kan imidlertid få bindende virkninger dersom de aksepteres og etterleves.

Til slutt vil vi tipse om at på vår hjemmeside under Jus og arbeidsliv, Verktøykasse, finner du maler for ansettelsesavtaler for både tannleger og tannhelsesekretær. Der ligger også Mønsteravtalen som kan brukes som tillegg til arbeidsavtale med tannhelsesekretærer eller som tariffavtale.

Spør advokaten

Hva gjør jeg når pasienten ikke betaler?

SILJE STOKHOLM NICOLAYSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF

Hvordan kan jeg kreve inn honoraret fra en pasient som ikke betaler?

Svar:

Når pasienten ikke betaler for behandlingen som avtalt, må det vurderes om kravet skal drives inn eller om man ikke ønsker å forfølge kravet. Hvis pasienten ikke protesterer mot kravet og heller ikke betaler innen fristen, kan du enten selv eller ved hjelp av et inkassobyrå gå til inndrivning av kravet etter inkassolovens regler. Følgende fremgangsmåte gjelder:

Send purring eller inkassovarsel så snart som mulig etter forfall. Noen velger også å sette ut slike saker til et inkassoselskap. Hvor i prosessen du overfører fordringen til inkassoselskapet er opp til deg. Mange velger å overføre alle forfalte fordringer for inndrivelse til inkassoselskapet og la de gjøre hele jobben. Andre velger å purre selv først og la inkassoselskapet sende inkassovarselet og betalingsoppfordringen. Inkassoselskapene får da vanligvis de innkrevde gebyrene, men du slipper å bruke tid på saken. Vær oppmerksom på at taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21 gjelder, og at sensitive opplysninger må sladdes før oversendelse til selskapet.

Forsinkelsesrente

Når en kunde ikke betaler kan du beregne renter på kravet fra dagen etter forfall hvis du har oppgitt forfallsdato på fakturaen. Er ikke forfallsdato avtalt, kan du beregne forsinkelsesrente på kravet tidligst 30 dager etter fakturadato. Finansdepartementet fastsetter to ganger i året en maksimal sats for forsinkelsesrenten, som p.t. er på 8 prosent.

Purring

Etter forfall er det opp til deg hvor lenge du vil vente med å purre på innbetalingen, og hvor mange ganger du vil purre før du eventuelt sender inkassovarsel. Ønsker du å ta purregebyr må du vente minst 14 dager etter opprinnelig forfall med å purre eller sende inkassovarsel. Retten til å kreve purregebyr følger av inkassoforskriften § 1-2. Den gir deg som kreditor rett til å ta kr 35,- per purring for inntil to purringer, eller én purring og ett inkassovarsel.

Purringen skal sendes skriftlig. Elektronisk kommunikasjon kan benyttes dersom meddelelsen er sendt på en «betryggende måte». Det må være en betalingsfrist på 14 dager. Det må fremkomme hva kravet gjelder, samt beløpets størrelse.

Inkassovarsel

Pasienten har krav på et inkassovarsel før et krav sendes til inkasso. Det er ikke nødvendig å sende purring først.

Du kan i prinsippet sende et inkassovarsel til kunden dagen etter forfall. Husk bare at du ikke kan kreve gebyr før tidligst 14 dager etter forfall. Det er viktig å følge de formelle kravene for at inkassovarselet skal være gyldig.

Et inkassovarsel skal sendes skriftlig. Elektronisk kommunikasjon kan benyttes dersom meddelelsen er sendt på en «betryggende måte». Betalingsfristen må være på 14 dager, og det må klart komme frem at saken sendes til inkasso eller overføres til et inkassobyrå for videre inndrivelse, dersom beløpet ikke betales.

Inkassovarselet må være tydelig merket med «Inkassovarsel» eller «Varsel om inkasso»

Inkasso

Når fordringen er gått til inkasso, sendes en betalingsoppfordring. Betalingsoppfordringen kan tidligst sendes 14 dager etter at inkassovarselet er sendt og skal ha minimum 14 dagers betalingsfrist. Ved egeninkasso kan du maksimalt kreve kroner 105,- i gebyr for betalingsoppfordringen, i tillegg til kr 70,- for sendt purring og inkassovarsel, som samlet blir kr 175,-.

Pasienten har protestert mot kravet

Hvis pasienten har protestert mot pengekravet og protesten ikke er åpenbart grunnløs, kan kravet *ikke* drives inn gjennom ordinær inkasso. Kravet blir i stedet sett på som omtvistet, og du må da oversende saken til forliksrådet for rettslig avgjørelse. Vær oppmerksom på at det skal mye til for at et krav kan anses å være åpenbart grunnløst.

Mal for forliksklage finnes tilgjengelig på denne lenken:

https://www.politiet.no/tjenester/namsmann-og-forliksrad/forliksradet/forliksklage/

Før du sender kravet til forliksrådet, bør du imidlertid forsøke å få pengene utbetalt fra pasienten ved å sende en purring. Purringen kan sendes allerede dagen etter forfall og bør inneholde en betalingsfrist og et varsel om at man vil gå til forliksrådet med saken dersom pengene ikke betales.

Husk prisopplysningsforskriften

Sekretariatet får ofte henvendelser fra pasienter som er overrasket over prisen på tannlegebehandling. For å unngå at disse pasientene protesterer mot kravet, er det viktig at du har de nødvendige prislister og prisoppslag, se forskrift om prisopplysning ved tannlegetjenester m.m.

Ifølge forskriften er du også pliktig til uoppfordret å gi kunden et skriftlig overslag over totalprisen på behandlingen dersom den vil overstige kr 5 000. Dersom all behandling foregår på første konsultasjon, er det tilstrekkelig å gi kostnadsoverslaget muntlig. Overslaget bør naturlig nok gis før behandlingen påbegynnes. Oppdager du under behandlingen nye forhold som gjør at prisen vil øke i forhold til overslaget, må du orientere kunden om dette før behandling foretas. Av bevismessige grunner er det også i slike tilfeller fornuftig å gi pasientene prisoverslaget skriftlig. Foreligger det flere behandlingsalternativer med ulik pris bør det journalføres hvilket valg pasienten har tatt.

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
Marianne Haug Grønningsæter
tlf. 90 14 76 29
mariannehaug@hotmail.com

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist
tlf. 995 62 420

Buskerud Tannlegeforening
Anna Karin Bendiksby,
e-post: annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening
Sara Anette Henriksen
tlf. 95 77 84 10

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

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening
Petar Ninkov,
tlf. 402 15 432, e-post: pjerns@hotmail.com

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

Olav Kvitnes,
tlf. 909 14 325

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

Unni Tømmernes,
tlf. 47 84 88 05

Nord-Trøndelag Tannlegeforening
Anne Marie Veie Sandvik,
tlf. 92 05 40 64

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

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

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening
Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

Harald Skaanes,
tlf. 92 82 27 72

Rogaland Tannlegeforening
Knut Mauland,
tlf. 90 87 08 99

Mona Gast
e-post: Mona@tsmg.no

Romerike Tannlegeforening
Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

Nureena Khan
tlf. 98 44 11 64

Sogn og Fjordane Tannlegeforening
Synnøve Leikanger,
e-post: s.leikanger@gmail.com

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 95 94 55 28

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

Hege Leikanger,
e-post: tannlege@leikanger.as
tlf. 48 24 92 92

Sør-Trøndelag Tannlegeforening
Anne Grethe Beck Andersen,
tlf. 90 03 05 96

Morten Nergård,
tlf. 95 05 46 33

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

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

Ninni Helen Haug
tlf. 97 09 11 67

Vest-Agder Tannlegeforening
Alfred Gimle Ro,
e-post: alro@online.no

Vestfold Tannlegeforening
Gro Monefeldt Winje,
tlf. 97 76 54 95
e-post: gromwinje@gmail.com

Svein Tveter,
e-post: tstveter@gmail.com

Østfold Tannlegeforening
Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

Tore-Cato Karlsen,
e-post: tore.karlsen@privattannlegene.no

Kontaktperson i NTFs sekretariat
Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 00
e-post: lin.bendiksen@
tannlegeforeningen.no

Snakk om etikk

Uttalelser i tradisjonelle og sosiale medier

KAREN REINHOLTSEN, NTFS ETIKKRÅD

Fra tid til annen får NTFs etikkråd henvendelser fra medlemmer som klager inn kollegers uttalelser til offentligheten. Det kan være som intervjuobjekt på TV, i aviser eller blogg, som kronikkforfattere eller i reklame. I de senere år har vi også sett tendenser til spissede diskusjoner og kontroversielle innlegg i sosiale medier. Rådets holdning er at også innlegg i såkalte «lukkede grupper» på for eksempel Facebook, vil falle inn under bestemmelsene nevnt under.

Når det gjelder reklame har de etiske reglene en egen bestemmelse under §17, hvor man blant annet kan lese: *En tannlege må ikke overfor publikum drive produktreklame for medikamenter og forbruksvarer til pasienter eller for utstyr til bruk i tannlegevirksomhet. Faglig omtale av produkter og utstyr i artikler, foredrag o.l. beregnet på allmennheten og uten vinningsøyemed anses ikke som produktreklame. Kurs- og foredragsholdere hos NTF, både lokalt og sentralt, skal alltid opplyse om de har noen interessekonflikter som kan påvirke innholdet i kurset. Dette bør også gjelde i forhold til uttalelser om produkter som er ment for både allmennheten eller kolleger, enten det er i intervjuer, reportasjer eller reklame, og uavhengig av medium. Når det gjelder kurs utenfor NTFs regi må vi kunne forvente at NTFs medlemmer også forholder seg til denne bestemmelsen, til tross for at arrangør ikke krever en slik opplysning om interessekonflikt.*

I Den norske tannlegeforenings etiske regler § 19 heter det: *En tannleges uttalelser til offentligheten bør gis en generell form. Opplysninger må ikke virke villedende overfor publikum eller i sin form være egnet til å skade standens anseelse. Tannlegen bør på forhånd sikre seg adgang til å kontrollere at det som offentliggjøres, stemmer med det vedkommende har uttalt.*

Videre står det skrevet i §20: *En tannlege bør unngå uttalelser og handlinger som kan svekke NTFs troverdighet. Dersom en tannlege legger frem synspunkter offentlig som avviker fra NTFs, må det klart fremkomme at dette er tannlegens personlige meninger.*

Ytringsfriheten er hjemlet i Grunnloven §100, og ligger alltid til grunn. Den bygger på demokratiets prinsipper og en tanke om at vi utvikles som mennesker ved en fri meningsutveksling. Selv om ytringsfriheten alltid ligger til grunn, må vi som medlemmer av NTF ha et bevisst forhold til at uttalelser som tannlege kan oppfattes som en kollektiv uttalelse fra tannlegestanden. Derfor er det er viktig å understreke det når våre meninger er personlige. Kontroversielle utsagn som går på akkord med NTFs standpunkter og etiske regler, eller etablerte evidensbaserte faglige normer, kan være egnet til å skade standens anseelse og må derfor komme fra medlemmer som privatperson. Det er alltid fornuftig å kvalitetssikre det som er blitt sagt, og be om sitatsjekk av intervjuer som skal på trykk.

På et generelt grunnlag ønsker NTFs etikkråd å oppfordre medlemmene til å delta i den offentlige debatten. Så lenge man presiserer at man uttaler seg som privatperson og er bevisst hvilken hatt man har på, så ser vi heller ingen grunn til å kritisere uttalelser som går på akkord med etablerte sannheter. Standen som helhet er tjent med åpenhet og diskusjon, og i den grad det er mulig for flere synspunkter å komme til orde, så vil en åpen og frisk debatt bidra til utvikling i faget og bevisstgjøring rundt faglige og etiske standarder. I tillegg vil en åpen og ærlig debatt bidra til en god utvikling i tannhelsetjenesten og gi en trygghet til pasientene. Men vi ser det som en selvfølge at man opptrer saklig i det offentlige rom, og unngår å snakke nedsettende om eller harselere med kolleger. Det skal være rom for ytringer så lenge man holder en god tone.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

14.–15. jan	**Bergen**	Vestlandsmøtet 2022
28.–29. jan	**Oslo**	TSF Seminar 2022
01. feb	**Oslo**	Medlemskurs OTF
11.–12. feb	**Klækken**	Klækkenkurset 2022
17.–18. feb	**Oslo**	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
10.–11. mar	**Oslo**	NTFs symposium 2022
21. mar	**Oslo / Nettbasert**	Frokostseminar – Munnhelsedagen
22. mar	**Nettbasert**	Webinar OTF - Dentale traumer
24.–25. mar	**Trondheim**	Midtnorge-Møtet
16.–17. jun	**Tromsø**	NTFs Midnattssolssymposium 2022
3.–5. nov	**Norges Varemesse, Lillestrøm**	NTFs landsmøte

Andre kurs, møter og aktiviteter

02.–03. feb	**Oslo**	Hovedstyremøte
03.–04. feb	**Stavanger**	NOFOBI Vinterseminar
16. mar	**Nettbasert**	Hovedstyremøte
21.–23. apr	**Antalya, Tyrkia**	EFCD – ConsEuro
08.–09. jun	**Oslo**	Hovedstyremøte
09.–10. jun	**Oslo**	Forum for tillitsvalgte
15.–18. jun	**København**	EuroPerio 2022
15.–18. jun	**Lisboa, Portugal**	EAPD Congress 2022
31. aug	**Oslo**	Hovedstyremøte
29. sep–02. okt	**Mumbai**	FDI World Dental Congress
12. okt	**Oslo**	Hovedstyremøte
23.–24. nov	**Oslo**	Hovedstyremøte
24.–25. nov	**Oslo**	NTFs ledermøte

OBLIGATORISK ETTERUTDANNING

Gjeldende regler

- Perioden er redusert fra fem til to år, med oppstart 1. januar 2021
- Timekravet er redusert til 40 timer for perioden 2021-2022 og det anbefales 20 timer per år
- Tellende timer gis kun for kurs i regi av NTF sentralt, lokal- og spesialistforeninger, læresteder, kompetansesentre og DOT
- Kurs med tellende timer er forhåndsgodkjent og blir automatisk registrert på hvert medlem hvor kursarrangør har sendt informasjon til NTF
- Medlemmene kan ikke sende inn søknad eller dokumentasjoner for registrering
- Egenregistrering av timer vil kun være aktuelt for utvalgte arrangementer i inn- og utland
- Den obligatoriske biten blir et minimumskrav. Kurs i regi av andre tilbydere vil være av stor verdi, men kommer i tillegg til OEU

Hold deg oppdatert om obligatorisk etterutdanning på www.tannlegeforeningen.no / Kurs og etterutdanning

Sykehjelpsordningen

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

For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no

Ny retningslinje for antibiotikabruk

Helsedirektoratet oppdaterte 16. november retningslinjen for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. For tannhelsetjenesten er anbefalingene i den reviderte retningslinjen mer omfattende enn tidligere, og inkluderer flere referanser.

Kapittelet som omhandler tannhelse inkluderer råd om antibiotikaforskrivning ved akutte odontogene infeksjoner, marginal periodontitt og periimplantitt og antibiotikaprofylakse i tannhelsetjenesten.

Innrapporterte tall viser for øvrig at tannlegers forskrivning i 2020 utgjorde cirka 5,5 prosent av den totale forskrivningen av antibiotika i Norge.

Mer om retningslinjen finnes på https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-primaerhelsetjenesten/tannhelse#antibiotikaprofylakse-i-tannhelsetjenesten

Personalia

Dødsfall

Else Uberg, f. 25.09.1921, tannlegeeksamen 1947, d. 01.11.2021

Helge Årøen, f. 05.05.1940, tannlegeeksamen 1963, d. 24.10.2021.

Stein Adel Randsborg, f. 11.08.1949, tannlegeeksamen 1975, d. 06.09.2021

tilbakeblikk

1921

Hr. redaktør!

Det er intet nyt under solen, forsaavidt kunde jeg vel ogsaa denne gang være mit princip tro og ikke skrive noget, men hvis jeg kunde spare nogen kolleger for de ærgrelser jeg har hat i de sidste aar ved bruken av anatofomtænder i broer, er hensigten opnaadd.

Som bekjendt var der under krigen, og er for den saks skyld ogsaa nu, et elendig daarlig utvalg av platinatænder. Dette bragte mig paa den tanke at bruke anatoform i broer; vel at merke ikke loddede tænder, men fastcementert i rygplaten. … Resultatene er imidlertid sørgelige!

Fra Tidende nr. 8, oktober, 1921

1971

All tannhelsetjeneste over på trygd?

I foredraget på NTFs landsmøte kom statsråd Højdahl inn på det ofte omtalte spørsmål om å øke folketrygdens ydelser til tannbehandling. Efter uttalelser i det siste fra politikerne er det stor bekymring over hvordan man skal makte å finansiere de allerede planlagte utvidelser av trygdens ydelser i årene fremover. …

Efter å ha antydet mulighetene for bl.a. en gradvis utvidelse av trygdeytelsene til tannbehandling i den utstrekning dette kan forenes med utbyggingen av den offentlige tannrøkt, tok statsråden for seg antydningene fra «forskjellig hold» om at man burde ha all tannlegehjelp over på folketrygden på samme måte som legehjelpen. …

Fra Avdeling for stands- og foreningsanliggender
Tidende nr. 10, desember, 1971

2011

Tannhelsen er best i Hedmark

Hedmark er best på tannhelse blant fylkene i Norge. Og Alvdal er på topp i Hedmark. Systematisk forebyggende arbeid over mange år og alternativer til boring er hovedårsaken til de gode resultatene. …

Her er den imponerende statistikken til Alvdal for år 2010, hentet fra en rapport utarbeidet av Statistisk sentralbyrå: 96 prosent av femåringene har feilfrie tenner, null hull. 72 prosent av 12-åringene har feilfrie tenner, null hull. 43 prosent av 18-åringene har feilfrie tenner, null hull - noe som er spesielt imponerende sammenlignet med de andre kommunene i fylket. I tillegg kan de slå fast at ingen treåringer hadde hull, men denne aldersgruppen er ikke med i rapporten. …

Tidende nr. 15, desember, 2011

Illustrasjon: forside v/grom.no, Inger Høj og Katrine Tveit.

God jul, og tusen takk!

Tidendes redaksjon takker alle som har bidratt med stoff til Tidende gjennom året som er gått - fagstoff, aktuelt, debatt, bokanmeldelser, sommersaker, foreningsstoff og faste spalter. Ingen nevnt, og ingen glemt.

En særskilt takk går til fagfellene som vurderer vitenskapelige artikler og kasus-presentasjoner - for det viktige arbeidet dere utfører når dere kvalitetssikrer fagstoffet for Tidendes lesere.

Vi ønsker alle våre lesere og verdifulle bidragsytere en god og fredelig jul og et fint og godt nytt år.

Redaksjonen

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

Fagstoffet i Den norske tannlegeforenings Tidende spiller en sentral rolle i tannlegenes etterutdanning. Oversiktsartikler og kasuistikker er nyttig og populært lesestoff. For å inspirere tannleger og forskere til å ville publisere fagstoff i Tidende, er det opprettet to priser som deles ut vekselvis, og begge hvert annet år: Én for beste kasuistikk og en for beste oversiktsartikkel.

Ved åpningen av NTFs landsmøte i Grieghallen i Bergen 4. november delte Tidende ut prisen for beste oversiktsartikkel for tiende gang.

Prisen på 40 000 kroner gikk til forfatterne av oversiktsartikkelen *Risiko og forebygging av oral sykdom blant eldre,* Gunhild Vesterhus Strand og Siri Flagestad Kvalheim.

Artikkelen ble publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende nr. 4 i år.

I toårsperioden fra og med Tidende nr. 7. 2019 til og med nr. 5. 2021 publiserte Tidende i alt 18 oversiktsartikler. Disse er vurdert av redaksjonskomiteens medlemmer: NIOM-direktør Jon E. Dahl, tannlege Anders Godberg, professor Malin V. Jonsson, professor Kristin Klock og førsteamanuensis Anne Rønneberg.

Om artikkelen som vant sier komiteen: Artikkelen bør absolutt være relevant for Tidendes lesere. Den omhandler pasienter som de fleste tannleger, i både offentlig og privat virksomhet, møter i sin praksis - de eldre pasientene.

Forfatterne tar opp problematikken med risiko for og forebygging av oral sykdom hos denne pasientgruppen utfra et helhetsperspektiv. Det belyses hvor viktig det er å opprettholde en god oral helse og at risikoen for å utvikle orale helseproblemer har sammenheng med blant annet økt alder, polyfarmasi og multimorbiditet. Sentrale kliniske problemstillinger blir tatt opp, etterfulgt av konkrete råd.

Forfatterne påpeker at tannbehandling til denne gruppen må få en større individuell tilpasning basert på en samlet vurdering av den biologiske, psykologiske og sosiale aldringen.

Artikkelen er lettlest, konkret og den inneholder god og praktisk informasjon for både tannleger, tannpleiere og også helsetjenesten for øvrig. Artikkelen har relevante illustrasjoner og et stort antall referanser.

Fra venstre: Prisvinner Gunhild Vesterhus Strand, Tidendes redaktør Ellen Beate Dyvi og prisvinner Siri Flagestad Kvalheim. Foto: Andres Vargas

Fra forskere ved Det odontologiske fakultet:
Lansering av internasjonalt onlinekurs (MOOC) om antibiotikaresistens

MOOC ble startet med et ønske om å gjøre utdanning tilgjengelig for alle uavhengig av livssituasjon, økonomi og geografisk lokasjon. Flere universiteter og forelesere i USA og andre land tilbyr internasjonale onlinekurs (MOOC) som King`s College og Oxford. Kursene skiller seg fra andre nettkurs ved at de er tilgjengelig for tusenvis av brukere, og er såkalt «massive».

Kursets tittel er «Exploring the Landscape of Antibiotic Resistance in Microbiomes – Explore the exciting microbial world and how this knowledge is revolutionising our understanding of antibiotic resistance».

Foreleserne på kurset er Fernanda Petersen, Roger Junges, Achal Dhariwal og Gabriela Salvadori fra Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, og gjesteforelesere fra OsloMet, FHI, J Craig Venter Insitute, Forsyth Institute, and Barcelona Institute for Global Health.

Kurset starter 7. februar. Det er åpent for alle, men kurset vil være spesielt nyttig for klinikere, grunnforskningsstudenter og forskere innen helsevitenskapelige felt. Det kan også være interessant for dem som jobber innen bioinformatikk.

Les mer på https://www.futurelearn.com/courses/exploring-the-landscape-of-antibiotic-resistance-in-microbiomes/1

Erlend Hem og Magne Nylenna (redaktører):

Helsespråk

«Helsespråk» er en artikkel- og essaysamling om helsespråk i et bredt perspektiv. Det er utgitt av Det norske medicinske selskab som tidsskriftet Michael. Hele samlingen ligger fritt tilgjengelig på nettet (https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/1000/supplements/2021-26/Michael-Supplement-26.pdf), men kan også fås som en fysisk bok.

De 23 enkeltartiklene tar for seg mange ulike tema, blant annet om utvikling av helsespråk gjennom skiftende tider, til dagens pandemikommunikasjon og «koronaspråk». Et annet eksempel er klarspråksatsinger i brev fra NAV og språkbruken i innkallingsbrev og lignende fra helseforetak. Det stadige spørsmålet om fornorskning av engelske fagtermer er drøftet, som for eksempel fagtermen «vaktpostlymfeknute» som erstatning for det engelske «sentinel node» (første lymfeknute som mottar lymfedrenasje fra en kreftsvulst). Det norske ordet er beskrivende og ser ut til å ha festet seg. Det betones at fornorskning av fagtermer må utgå fra fagmiljøene, kanskje under litt motstand til å begynne med. I odontologi kan man kanskje begynne med «retainer» og «aligner»?

Helsespråk angår alle; befolkningen allment, pasienter, studenter og fagpersoner. Harmonisering bidrar til å unngå misforståelser, av typen «.. prøvene dine er negative...» som i farten kan tolkes motsatt av pasient og behandler. Omforent helsespråk er også viktig i utdanning, spesielt for personer som ikke har norsk språkbakgrunn.

Enkeltartiklene er belagt med mange henvisninger og referanser. Riktignok nevner artikkelsamlingen ikke odontologisk fagspråk eller mer allmenne «tanntermer». Uansett, samlingen inneholder mange velskrevne og tankevekkende artikler som kan leses enkeltvis, og kan være inspirasjon for odontologisk norsk klarspråk.

Nils Roar Gjerdet

Erlend Hem og Magne Nylenna (redaktører). Michael 2021; 18: Supplement 26. ISBN 978-82-92871-77-5, ISSN 1893-9651.
Boka er allment tilgjengelig på adressen https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/1000/supplements/2021-26/Michael-Supplement-26.pdf

Nye bøker og anmeldelser

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

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

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

Tidende er et nivå 1-tidsskrift, på norsk. Tidende er en del av tellekantsystemet, og publisering i Tidende gir formidlingspoeng.

I 1893 ble landets første skole for tannlegeundervisning, Statens poliklinik for Tandsykdomme, etablert i Theatergaten 18. Her er første kull, fra samme år. Fra billedarkivet ved Det odontologiske fakultet, UiO.

Tegn støttemedlemskap i Norsk odontologihistorisk forening, NOHF!

Adresse: NOHF c/o Nils Rune Tønnessen, Gardvegen 24 B, 2615 Lillehammer. Telefon: 90 25 60 60. E-post: nils.rune@outlook.com

Det er nå 40 år siden det ble invitert til å tegne støttemedlemskap i NOHF. Siden den gangen har mange av dem som tegnet medlemskap gått bort og i dag er det nok mange som ikke er klar over at vi har en slik forening.

Arbeidet med å dokumentere vår historie er en viktig del av vår faghistorie og bør være en æressak å støtte opp om. Fortsatt gjenstår viktige arbeidsoppgaver med å ta vare på, vedlikeholde, registrere samt å stille ut de mange samlinger av gjenstander, bilder og historier som finnes rundt omkring i landet.

Et støttemedlemskap vil bidra til å gjøre dette arbeidet mulig.

Medlemskap kan tegnes ved å innbetale kr 200,- til Norsk odontologihistorisk forening, kontonummer: 0530.18.54686. Beløpet kan også Vippses til foreningens konto

Med hilsen
Nils Rune Tønnessen
Leder i Norsk odontologihistorisk forening

SPESIALISTER

ENDODONTI

AGDER

Tannlege Christine Westlie Bergman
Spesialist i Endodonti
Tyholmen Tannlegesenter
Teaterplassen 3
4836 Arendal
Tlf: 37 02 55 33
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no
www.tyholmen-tannlegesenter.no

Tannlege Karl Martin Loga
Farsund Tannlegesenter
Barbrosgt. 13
4550 Farsund
Tlf. 38 39 06 80
Faks 38 39 45 04
Tannlegene i Gyldenløvsgt
Gyldenløves gate 5
4611 Kristiansand
Tlf 38 12 09 60

Tannlege Claus Ungerechts
Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
Faks 38 26 06 11
clunge@online.no

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS
Spesialist i endodonti Ali Saleh
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar
Tlf: 62 52 36 96
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

Tannlege Veslemøy Linde
Mjøstannlegene
Storgt. 16
2815 Gjøvik
Tlf. 61 13 08 25
post@tannlegen.org

Tannlege Nabeel K. Mekhlif
Torggt. 83
2317 Hamar
Tlf. 62 52 65 22

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege Ålesund
Tannlege Tim Lehmann
Spesialist i Endodonti
Keiser Wilhelmsgt. 25
P.b. 605, 6001 ÅLESUND
Tlf: 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Marianne Kleivmyr
Kvernberget tannhelse
Rørgata 8
6517 Kristiansund
Tlf 71 67 00 00
Spesialist i endodonti

Tannlege Øyvind Kristoffersen
Romsdalsgata 1
6413 Molde
Tlf 71 25 18 32

NORDLAND

Colosseum Tannlege Bodø Ramsalt
Tannlege Johan Andreas Furebotten
Spesialist i endodonti
Sjøgata 31
8006 Bodø
Tlf: 75 50 64 40
dronningen@colosseum.no
www.colosseum.no

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege Stig Heistein
sh@tannmedisin.no
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
www.tannmedisin.no

Festningen tannklinikk AS
Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold og Kima Karimiha
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhustann.no

Holtet Spesialisttannhelse AS
Tannlege Nikola Petronijevic
Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

Odontia Byporten Tannlegesenter
Kima Karimiha
Spesialist i endodonti
Jernbanetorget 6, Byporten shopping
0154 Oslo
Tlf. 22 34 82 00
byporten@odontia.no
www.odontia.no
Inngang via plan 2 i senteret. Svært nær tog, T-bane, buss og trikk.
Mulighet for heis opp til klinikk.

Oslo Endodontisenter
Tannlege, spesialist i endodonti
Trude Bøe
Tannlege, spesialist i endodonti
Thomas H. Myrhaug
Tannlege, spesialist i endodonti
Knut Årving
Sørkedalsveien 10B
0369 Oslo
Tlf: 24 07 61 61
Fax: 21 03 76 87
www.osloendo.no
post@osloendo.no

SpesDent
Spesialistklinikk
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Endo spes. Gilberto Debelian
Endo spes. Andre Roushan
Tlf. 22 95 51 00
Faks 21 03 09 60
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Stovner Tannlegesenter DA
Tannlege Thomas H. Myrhaug
Stovner Senter 7
0985 Oslo
Tlf. 22 78 96 00
Faks 22 78 96 01

Tannlege Homan Zandi AS
Homan Zandi
Spesialist i endodonti, PhD
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf. 22 44 18 11
E-post: homan@zandi.no
www.zandi.no

Tannlegene i Bogstadveien 51 AS
Tannlege Dag Ørstavik
Spesialist i endodonti
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Tanntunet AS
Tannlege og Dr.odont. Iman Saleh
Tannlege Nicolai Orsteen
Spesialist i endodonti
Nydalen Allé 71
0485 Oslo

Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no
Samarbeider med radiolog Neeraj Kasbekar

Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby
Akersgt. 16
0158 Oslo
Tlf. 23 10 53 50
Faks 22 33 02 87
annegunn@dentalpartnerne.nhn.no

Tannlege Ingela Pedersen
Skøyen Tannlegekontor
Karenslyst alle 9
C 0278 Oslo
Tlf. 22 55 41 79
Faks 22 55 41 85
ingela@skoyentann.no

Tannlege Nikola Petronijevic
Spesialist i endodonti
Tvetenveien 237, 0675 Oslo
Tel: 22 30 63 54
www.trosterudtannlege.no
E-post: t.tannklinikk@gmail.com

ROGALAND

Haugesund tannklinikk
Calin Cristea, spesialist i endodonti
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52 70 77 00
www.tannhelserogaland.no

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland
Afif Tabbara, spesialist i endodonti
Elisabeth Samuelsen, spesialist i endodonti
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Ole Henrik Nag
Løkkeveien 51
4008 Stavanger
Tlf. 51 52 12 23
E-mail: ole.nag@lyse.net

TROMS OG FINNMARK

Tannlege Anne Kjæreng
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
anne.k@tannlegespesialistene.no

Tannlege Sissel Storli
Spesialist i endodonti
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf 77 28 01 00
Hans Egedes gate 2A
9405 Harstad
Tlf 41 23 95 39

TRØNDELAG

Colosseum Tannlege Trondheim Solsiden
Tannlege Johan Andreas Furebotten
Spesialist i endodonti
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
solsiden@colosseum.no
www.colosseum.no

VESTFOLD OG TELEMARK

Colosseum Tannlege Skien
Robert Austheim
Spesialist i Endodonti
Kverndalsgt. 2 A, 3717 Skien
Tlf. 35522060
skien@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Tønsberg
Tannlege Ruth Kristin Gran
Tannlege Anders Ganer
Tannlege Håvard Stueland
Spesialist i endodonti
Jens Muller gt 1
3110 Tønsberg
Tlf. 33 37 82 82
Fax 33 37 82 81
tonsberg@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannlege Robert Austheim
Spesialist i Endodonti
Skien tannklinikk,
Endodontisk avdeling
Telemarksvn. 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 20

VESTLAND

Colosseum Tannlege Bergen
Tannlege Asgeir Bårdsen
Spesialist endodonti
Dr. Anca Virtej
Spesialist endodonti
Fortunen 1
5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Sotra
Anca Virtjei
Spesialist i endodonti
Bildøyvegen 11 C,
5353 Straume
Tlf: 56 32 46 60
sotra@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannlege Hekland AS
Tannlege Hege Hekland
Tannlege Atle Brynjulfsen
www.tannlegehekland.no
Starvhusgt 2A
5014 Bergen
Tlf. 55 31 65 17

VIKEN

Bekkestua Tannmedisin AS
Tannlege Trude Udnæs
Tannlege Stig Heistein
Endodonti
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
CBCT
Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Bragernes Endospesialist As
Tannlege Elham Al-Toma
Bragernes torg 4
3017 Drammen
Tlf. 32 89 98 60
Faks 32 89 98 61
bragernes.endo@gmail.com
Tar i mot funksjonshemmede

Colosseum Tannlege Lillestrøm
Tannlege Sølve Larsen
Spesialist i endodonti
Dampsagveien 4
2000 Lillestrøm
Tlf 64 84 10 50
lillestrom@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Sandvika
Trude Handal, Spesialist i endodonti
Pia Titterud Sunde, Spesialist i endodonti
Løkketangen 20 A
1337 Sandvika
Tlf: 67 52 24 80
sandvika@colosseum.no
www.colosseum.no

Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Telefon: 32 83 60 00
Telefax: 32 83 55 90
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

Odontia Asker Tannlegesenter
Kima Karimiha
Spesialist i endodonti
Torvveien 12, 1383 Asker
Stasjonskvartalene (inng. C)
Tlf. 66 77 11 99
asker@odontia.no
www.odontia.no

Torget-Tannlegesenter
Tannlege Anders Ganer
Spesialist i Endodonti
Hauges gate 1
3019 Drammen
Tlf: 32 83 58 30
www.torgettannlegesenter.no
post@torget-tannlegesenter.nhn.no

Varna Tannlegesenter
Anders Samuelsen
Spesialist i endodonti
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss
2.etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

Vestby Tannlegesenter
Tannlege Nikola Petronijevic
Mølleveien 4, 1540 Vestby
Tlf. 64 95 16 40
www.vestbytannlege.no

Tannlege Kjersti Asbjørnsen
Også lystgass.
Åsenveien 1
1400 Ski
Tlf. 64 87 28 15
Faks 64 86 52 66

Tannlege Unni Endal
Endodontisk behandling med spesielt fokus på:
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
Resorpsjoner
Drammen Tannlegesenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Telefon: 32 83 60 00
Telefax: 32 83 55 90
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

Tannlege Erik Giving
Spesialist i Endodonti
Skjetten senter
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10
post@givingendo.no
www.givingendo.no

Tannlege Anders Otterstad
c/o Tannlege Lisbeth Anstensrud
Verksgata 1 C
1511 Moss
Tlf. 69 27 57 50
Mob. 93 80 29 52

Tannlege Harald Prestegaard
Kirkegt. 63
Boks 53
1701 Sarpsborg
Tlf. 69 16 00 00
hara-pr@online.no
www.tannik.no/

Tannlege Johan Ulstad
Brynsveien 104
1352 Kolsås
Tlf. 67 13 69 93
Faks 67 13 22 11

KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege Ålesund
CBCT ved radiolog Gro Wilhelmsen Hustvedt
PB 605, 6001 Ålesund
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Neeraj Kasbekar
Eaholmsveien 5
6518 Kristiansund
Tlf. 98 49 76 82
neerajkasbekar@protonmail.com

OSLO

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS
Tannlege Caroline Hol
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Holtet Spesialisttannhelse AS
Tannlege Christina Stervik
Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

Oralkirurgisk Klinikk
CBCT ved Anders Valnes
Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90
post@oralkirurgisk.no
www.orisdental.no

SpesDent
Spesialistklinikken
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Radiolog Stein Johannessen
Radiolog Grethe Blindheim
Tlf. 22 95 51 00
Faks 21 03 09 60
post@spesdent.no
www.spesdent.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo
Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
Anders Valnes • Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Tanntunet AS
Radiolog Neeraj Kasbekar
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

ROGALAND

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland
Mats Säll, spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Gro Wilhelmsen Hustvedt
Forus Tann- & Kjeveklinikk
Luramyrveien 12
4313 Sandnes
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
CBCT ved **radiolog Neeraj Kasbekar**
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor
www.bakketannlegekontor.no

VIKEN

Bekkestua Tannmedisin AS
CBCT ved radiolog Anders Valnes
Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Varna Tannlegesenter
Anders Valnes
Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Vi har CBCT.
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss
2. etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

KJEVEORTOPEDI

AGDER

Tannlege Dr n.med. Spesialist i kjeveortopedi Kate Mroz Tranesen
Tannregulering Kristiansand AS
H.Wergelandsgate 17
4612 Kristiansand
Tlf. 38 02 31 90
www.tannregulering-krs.com

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege Ålesund
Kjeveortoped Nils Jørgen Selliseth
Keiser Wilhelmsgt. 25, P.b. 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

OSLO

Adamstuen tannregulering
Kjeveortoped Dorita Preza, PhD
Ullevålsveien 82B
0454 Oslo
Tlf: 22 46 79 32
E-mail: post@adamstuentannregulering.no
www.adamstuentannregulering.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo
Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
Ragnar Bjering • Spesialist i kjeveortopedi, PhD
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Tanntunet AS
Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak
Spesialist i kjeveortopedi
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Håkon Haslerud Høimyr
Spesialist i kjeveortopedi
Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
https://hoimyrtannregulering.no/

Tannlege Svein Høimyr
Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Faks 22 42 74 02
https://hoimyrtannregulering.no/

Tannlege Kim Christian Johansen
Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5 C
0988 Oslo
www.tannogkjeveklinikken.no
kim@tannogkjeveklinikken.no
Tlf. 22 21 42 22

Kjeveortoped Magnhild Lerstøl
Sørkedalsveien 90 B
0787 Oslo
Tlf. 22 52 24 00
magnhild@reguleringstannlegen.no

ROGALAND

Colosseum Tannlege Ålgård
Spyridon Psonis
Kjeveortoped
Krambugata 1
4330 Ålgård
Tlf 51 60 91 00
algard@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland
Linn Haugland, spesialist i kjeveortopedi
Torgveien 21 B
4016 stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

VESTFOLD OG TELEMARK

Tannklinikken Skeie AS
Kjeveortoped Kristin Aanderud-Larsen
Aagaardsplass 1
3211 Sandefjord
Tlf. 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no
Spes usynlig regulering/innsideregulering, 15 års erfaring med usynlig regulering.

VIKEN

Asker Tannregulering
David Weichbrodt
Torvveien 7
1383 Asker
Telefon 66 90 20 20
Faks 66 90 20 19
info@askertannregulering.no
www.askertannregulering.no

Dag Kjellands Tannklinikk AS
Tannlege Dag Kjelland
Storgt. 12, Jessheim Storsenter
2050 Jessheim
Tlf. 63 98 39 10
Faks 63 98 39 20
post@dagkjelland.no
www.dagkjelland.no

DENTA Tannklinikk
Kristin Aanderud-Larsen
Spes. Kjeveortopedi
Gartnerveien 1
1394 Nesbru
Tlf. 22 20 21 34
kr-aan@online.no

Kransen Tannlegesenter AS
Dr. Ramtin Taheri, spes. i kjeveortopedi
Trad. tannregulering
Incognito
Invisalign
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

Orthobond
Tannlege Marianne Jentoft Stuge
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
www.orthobond.no
kontakt@orthobond.no

ORAL KIRURGI OG ORAL MEDISIN/KJEVEKIRURGI

AGDER

Arendal Tannlegesenter
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oralkirurg Ove Busch
Vestregate 14, 4838 Arendal
Tlf. 37 02 14 00 Fak 37 02 88 61
post@arendaltannlegesenter.no

Colosseum Tannlege Kristiansand
Marvika Torv
Tannlege Bård Alvsaker
Oralkirurg, Implantologi
Industrigt. 4
Pb. 1024 Lundsiden, 4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
nordmo@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Solbygg
Dr.med. Dr.med.dent. Christoph Ziegler
Spesialist i Maxillo-facial Kirurgi, i Oral Kirurgi og Oral Medisin og i Implantat Protetikk
Barstølveien 36A
4636 Kristiansand
Tlf: 38 70 38 38
solbygg@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannlege Katja Franke
Oralkirurgi
Implantologi
Leirvollen 1A
4513 Mandal
Tlf. 38 26 06 10
Faks 38 26 06 11
dr.katjafranke@online.no

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Jonsson
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar
Tlf: 62 52 36 96
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

Gjøvik Tannlegesenter
Oralkirurg Jarle Hillestad
Oral kirurgi. Implantatbehandling. Samarbeider med tannleger på samme klinikk med spesialkompetanse.
Hunnsvegen 5
2821 Gjøvik
Tlf: 61 10 01 00
www.gjøviktannlegesenter.no
resepsjon@gts.nhn.no

Odontia Lillehammer
Oralkirurg Fredrik Lindberg
Storgata 89
2615 Lillehammer
Tlf. 61 25 27 63
lillehammer@odontia.no
www.odontia.no

Oralkirurgene Kjølle & Ninkov
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Gry Karina Kjølle
Petar Ninkov dr Philos.
Torggata 83, 2317 Hamar
Tlf. 62 53 46 06
kir@spestorg.nhn.no

Oralkirurg Ulf Jonsson
Tannlegene i Sørbyen
Tar imot henviste pasienter for dentoalveolarkirurgi.
Valdresvegen 4, 2816 Gjøvik
Tlf. 61 18 60 60
Mobil: 98 67 44 21
post@tannlegesorbyen.no

Kjevekirurg Jan Mangersnes
Mjøstannlegene Gjøvik as
Storgata 16, 2 etage
2815 Gjøvik
Tlf: 61130810/faks 61130826
Mobil 91397609
Maxillofacial.Innlandet@gmail.com

MØRE OG ROMSDAL

Aksla Tannhelse
Paul Åsmund Vågen
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
www.akslatannhelse.no

BLINDHEIM TANNLEGESENTER AS
Dr. odont spesialist oral kirurgi-oral medisin Lado Lako Loro
Samarbeidende tannlege med godkjennelse for implantatbehandling med stønad fra trygden
Pb. 9204- Vegsund, 6023 Ålesund
Besøksadresse: Blindheim butikksenter 3. etg / Blindheimshaugen 9
Tlf: 70 14 54 24/70 14 18 55.
post@blindheimtann.no
Fri parkering ved senteret. Gode forhold for funksjonshemmede

Colosseum Tannlege Ålesund
Keiser Wilhelmsgt 25,
6001 Ålesund
Tlf: 70 10 46 70.
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Fredrik Ahlgren
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
MSc Implant Dentistry
Sedasjon/narkose/CBCT
Sentrum Tannhelse
Alti Futura
PB 2166 Løkkemyra
6502 Kristiansund N
Telefon 71 67 25 00
post@sentrumtannhelse.nhn.no
www.sentrumtannhelse.no

NORDLAND

Tannlege Roar Karstensen
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Bodø Tannlegesenter
Storgt. 3b, 8006 Bodø
Tlf. 75 50 65 10
post@bodotannlegesenter.no
www.bodotannlegesenter.no

OSLO

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS
Spesialist i oralkirurgi og oral medisin
dr. odont Maria H. Pham
Kjeve- og ansiktsradiolog Caroline Hol
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

Bygdøy alle tannklinikk
Spes.Oral kirurg Jaehyun Sim
Oral kirurgi, Implantbehandling
Bygdøy alle 18, 0262 Oslo
69 16 69 60
www.bygdoytannklinikk.no/
oslo@bygdoytannklinikk.no

Colosseum Tannlege Majorstuen
Hanne Kleven Ingstad
Spesialist i Oralkirurgi
Sørkedalsveien 10 C
0369 Oslo
Tlf 23366700
majorstuen@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Nationaltheatret
Maria Pham
Spesialist i oral kirurgi
Stortingsgata 30,
0161 Oslo

Tlf: 22 38 30 13
sogndal@colosseum.no
www.colosseum.no

Fjord Dental AS
Rafael Marques da Silva
Spesialist i oral kirurgi, Ph.D.
Oral kirurgi og Implantatkirurgi
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf.: 22 46 57 23
www.fjorddental.no
E-post: post@fjorddental.no

Fjærvik klinikken
Kjevekirurg Even Mjøn
Implantatkirurgi. Behandling kan utføres i narkose og sedasjon
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
E-post: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

KIRURGIKLINIKKEN
Alt innen oral- og kjevekirurgi
Implantatprotetikk
Frode Øye, spes. oral kirurg og oral medisin
Helge Risheim, spes. oral og maxillofacial kirurgi
Tormod Krüger, spes. oral kirurgi og oral medisin
Fredrik Platou Lindal, spes. maxillofacial kirurgi
Hanne Gran Ohrvik, spes. protetikk.
Margareth Kristensen Ottersen, spes. kjeve og ansiktsradiologi
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

Odontia Byporten Tannlegesenter
Wit Kolodziej
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Implantatkirurgi og behandling i sedasjon
Jernbanetorget 6, Byporten shopping
0154 Oslo
Tlf. 22 34 82 00
byporten@odontia.no
www.odontia.no
Inngang via plan 2 i senteret. Svært nær tog, T-bane, buss og trikk.
Mulighet for heis opp til klinikk

Oralkirurgisk klinikk AS
Spesialistklinikk – Implantatbehandling
Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn Nilsen
Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna Berstad,
Spes. oral kirurgi Erik Bie
Sørkedalsvn 10 A, 0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90 Faks: 23 19 61 91
post@oralkirurgisk.no
www.oralkirurgisk.no

SpesDent
Spesialistklinikk
Spesialister i oral kirurgi og oral medisin
Ulf Stuge
Øystein Langeland
Marianne Tingberg
Lars Peder Huse
0352 Oslo
Oral kirurgi, Implantatbehandling
Tannleger MNTF
Tlf. 22 95 51 00
Faks 21 03 09 60
post@spesdent.no
www.spesdent.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo
Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
Karl Iver Hanvold • Spesialist i oral kirurgi og oral medisin / maxillofacial kirurgi
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Tanntunet AS
Oralkirurgi, Oralmedisin og Implantatkirurgi
Tannlege og Dr.odont. Andreas Karatsaidis
Lege og Tannlege Steven Anandan
Lege og Tannlege August Vincent Stray
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no
Samarbeider med radiolog Neeraj Kasbekar

Oral Kirurg Modassar Amin
Skøyen Tannlegekontor
Karenslyst Alle 9 C, 0278 Oslo
Tlf 22 55 41 79
post@skoyentann.no
www.tann.as

Oralkirurg Laszlo Kalmar
Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin, implantatkirurgi
Smil Tannlegesenter
Nationaltheatret: Tordenskiolds gate 7, 0160 Oslo
Nydalen: Sandakerveien 116, 0484 Oslo
Løren: Peter Møllers vei 2, 0585 Oslo
Tlf. 23 65 18 81
info@smiltannlegesenter.no
www.smiltannlegesenter.no
Klinikker i Nydalen, Nationaltheatret, og Løren. Klinikkene ligger alle rett ved t-banen.

Tannlege Gholam Soltani
Spesialist oral kirurgi og oral medisin
Bislett Tann- & Kjeveklinikk
Rosenborggata 26, 0356 Oslo
Tlf 22 17 65 66
E-post: tannkjevebislett@yahoo.com

ROGALAND

Colosseum Tannlege Solakrossen
Mats Hellmann
Spesialist i oral kirurgi
Solakrossen 14 ,
4050 Sola
Tlf: 51 21 68 00
solatann@colosseum.no
www.colosseum.no

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Dr. Peter Schleier
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Implantatbehandling
Attila Csillik
spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Luramyrveien 12
4313 Sandnes
Tlf : 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

Haugesund tannklinikk
Vegard Østensjø, spesialist i oral medisin og oral kirurgi
Haugesund tannklinikk
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52707700
www.tannhelserogaland.no

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland
Murwan Idris, spesialist i oral medisin og oral kirurgi
Mindaugas Brukas, spesialist i oral medisin og oral kirurgi
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51506810
www.tkrogaland.no

TROMS OG FINNMARK

Byporten Tannklinikk
Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinikk.no
www.byportentannklinikk.no
Tlf. 77 67 31 00

Colosseum Tannlege Tromsø
Tannlege Jörgen Tjernberg
Spesialist i oral kirurgi
Alkeveien 8 , 9015 Tromsø
Tlf: 77 60 90 90
tromsoe@colosseum.no
www.colosseum.no

Tromsø tannkirurgi og narkose senter as
Sjøgata 39
9008 Tromsø
Alt innen kjevekirurgi.
Tlf. 97 53 50 00
post@abakin.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Oral kirurgi og implantologi
Oral Kirurg Murwan Idris
Nedre Bakklandet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks. 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor

Colosseum Tannlege Trondheim Solsiden
Tannlege og lege Bjørn K Brevik
Spesialist i maxillofacial kirurgi,
implantatkirurgi og oral kirurgi
Trenerysg. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
solsiden@colosseum.no
www.colosseum.no

SANDEN TANNHELSE
Oralkirurg Thomas R. Klimowicz
Implantatbehandling og henvisninger
innen oralkirurgi
Kongens gate 60
7012 Trondheim
Tlf. 73 52 71 73/Faks 73 50 41 97
post@sandentannhelse.no
www.sandentannhelse.no

VESTFOLD OG TELEMARK

Colosseum Tannlege Skien
Spesialistklinikk
Anne Aasen
Tannlege, spesialist i oralkirurgi og oral medisin

Eva Sawicki Vladimirov
Oralkirurgi og implantatkirurgi
Post:
Postboks 3114, 3707 Skien
Besøksadresse:
Telemarksveien 12, 3 etg,
3724 Skien
Tlf. 35 54 43 70
mail: skien.spesialist@colosseum.no

Colosseum Tannlege Skien
Michael Unger
Oralkirurg
Kverndalsgt. 2 A, 3717 Skien
Tlf. 35522060
skien@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Tønsberg
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Eivind Andersen
Sara Bergstrand
Peer Mork Knutsen
Jens Muller gt 1
3110 Tønsberg
Tlf. 33 37 82 82
tonsberg@colosseum.no
www.colosseum.no

Odontia Kaldnes
Tannlege, spes. oral kirugi Ph.D. Rafael Marques da Silva
Rambergveien 3
3115 Tønsberg
Tlf: 33 38 08 88

Tannklinikken Skeie AS
Oralkirurg Fredrik Lindberg
Implantater og annen oral kirurgi
-sedasjon/narkose om ønskelig
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

Tannlege og lege Bjørn J. Hansen
Kjevekirurg
Implantologi
Storgaten 33
3110 Tønsberg
Tlf. 33 31 22 36
Faks 33 31 61 39
bjhan3@online.no

Oralkirurg Michael Thomas Unger og Eva Sawicki-Vladimirov
Oral kirurgi og Implantologi
Skien Tannklinikk/Oralkirurgisk avdeling
Telemarksveien 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 75
Faks 35 58 39 21

VESTLAND

Colosseum Tannlege Bergen
Dr. Espen Helgeland
Spes. kand. oral kirurgi & oral medisin
Fortunen 1
5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Sogndal
Mats Hellmann
Spesialist i oral kirurgi
Parkvegen 4,
6856 Sogndal
Tlf: 57 67 77 87
sogndal@colosseum.no
www.colosseum.no

VIKEN

Colosseum Tannlege Drammen
Maria Pham
Spesialist i oral kirurgi
Øvre Storgate 4-6,
3018 Drammen
Tlf: 32 20 28 70
drammen@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Fredrikstad Farmannsgate
Tannlege Mats Hellman
Spesialist i oral kirurgi
Farmannsgate 2,
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Fredrikstad Nygaardsgata
Tannlege Mats Hellman
Spesialist i oral kirurgi
Nygaardsgata 49/51
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 31 24 24
fredrikstad@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Lillestrøm
Pål Galteland, Tannlege og lege, spes.
Maxillofacial kirurgi
Dampsagveien 4
2000 Lillestrøm
Tlf 64841050
lillestrom@colosseum.mo
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Sandvika
Jörgen Tjernberg
Spesialist i oral kirurgi
Løkketangen 20A
1337 Sandvika
Tlf: 67 52 24 80
sandvika@colosseum.no
www.colosseum.no

Drammen Spesialistsenter
Oralkirurg Maria Pham
Øvre Torggt 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

Flattum Tannlegesenter
Tannlege Seong Jeon
Oralkirurgi. Oral medisinsk utredning.
Implantatbehandling.
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Heyden Tannhelsesenter i Moss
Tannlege, dr odont., Anders Heyden
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Tannlege Gaute Lyngstad
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Dronningens gate 19, 1530 Moss
Tlf 69 24 19 50
post@heyden.nhn.no

Kransen Tannlegesenter AS
Zina Kristiansen,
spes. i oral kirurgi og oral medisin
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

Odontia Asker Tannlegesenter
Wit Kolodziej
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Implantatkirurgi og behandling i sedasjon
Torvveien 12, 1383 Asker
Stasjonskvartalene (inng. C)
Tlf. 66 77 11 99
asker@odontia.no
www.odontia.no

Orthobond
Tannlege og spesialist i oral kirurgi og oral medisin Mirna Farran og Hanne Ingstad
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
www.orthobond.no
kontakt@orthobond.no

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Ulf Jonsson
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS
Tannlege Mirna Farran
Spesialist i oral kirurgi
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Torget tannlegesenter
Tannlege Wit Kolodziej
Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin, implantatkirurgi og behandling i sedasjon.
Hauges gate 1
3019 Drammen
Tlf. 32 83 58 30
post@torget-tannlegesenter.nhn.no
wit.kolodziej@gmail.com (mail direkte til kirurgen)

Varna Tannlegesenter
Tannlege, spes. oral kirugi Ph.D. Rafael Marques da Silva
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss
2. etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

Vitalia Tannklinikk
Oralkirurg Leonardo Carone
oralkirurgi og implantatbehandling
Sandvika Storsenter,
Helsetorget, 5.etg.,
Sandviksveien 176, 1337 Sandvika.
Tlf. 67 55 99 00.
post@vitalia-tannklinkk.no
www.vitalia-tannklinikk.no

Dr. Odont Shelley Khullar
FDS Royal College of Surgeons (London)
Spesialist i Oralkirurgi MNTF
MSC i implantologi
Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

Tannlege Dag Tvedt
spes. i oral kirurgi og oral medisin
Tannlegene i Jarhuset
Jarveien 1
1358 Jar
Tlf. 67 53 63 72

ORAL PROTETIKK

AGDER

Colosseum Tannlege Kristiansand
Marvika Torv
Tannlege Jon Nordmo
Implantatprotetikk
Industrigata 4
Postboks 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
nordmo@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannlege Karl Martin Loga
Implantatprotetikk
Farsund Tannlegesenter
Barbrosg. 13, 4550 Farsund
Tlf. 38 39 06 80
Faks 38 39 45 04
Tannlegene i Gyldenløvsgt
Gyldenløves gate 5
4611 Kristiansand
Tlf 38 12 09 60

INNLANDET

Tannlege Geir Oddvar Eide
Implantatprotetikk
Tannlegene i kvartal 48
Torggt. 44, 2317 Hamar
Tlf. 62 52 30 73
Faks 62 52 24 49

Tannlege Eva Gunler
Implantatprotetikk
Tannlegene i Hippegården
Storgt 111, Pb 110
2390 Moelv
Tlf. 62367301

Tannlege Pia Selmer-Hansen
Spesialist i oral protetikk
Raufoss Tannlegesenter
Storgata 13
2830 Raufoss
Tlf. 61 15 97 00
pia@raufosstannlegesenter.no
www.raufosstannlegesenter.no

NORDLAND

Tannlege Are Arnesen Moen
Spesialist i oral protetikk
Bodø Tannlegesenter AS
Storgata 3b, 8006 Bodø
Telefon 75 50 65 10
post@bodotannlegesenter.no
www.bodotannlegesenter.no

OSLO

Aktiv Tannklinikk AS
Tannlege Anne Kalvik
Spes.protetikk. Implantatprotetikk, tannslitasje, fast/avtakbar og kombinasjonsprotetikk, snorkeskinner. Tverrfaglig samarbeid på klinikken med periodontist, kjevekirurg og endodontist.
Storgata 17, 0184 Oslo
Tlf. 22 41 80 80
epost@tannlegekalvik.no
post@aktivtann.no
www.aktivtann.no
Lett tilgang for rullestol/ bevegelseshemmede. Sentralt, nær tog, buss og trikk

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege, dr.odont. Hans Jacob Rønold
Implantatprotetikk
hjr@tannmedisin.no
Tannlege Roy Samuelsson
Spesialist oral protetikk
Implantatprotetikk
E-post: rs@tannmedisin.no
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
www.tannmedisin.no

Colosseum Tannlege Majorstuen
Sadia Khan, Spesialist i oral protetikk
Sørkedalsveien 10 C
0369 Oslo
Tlf 23366700
majorstuen@colosseum.no
www.colosseum.no

Festningen tannklinikk AS
Tannlege Rune Hamborg, spes. protetikk.
Implantatprotetikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf. 22 42 54 87
Faks 22 41 31 73
www.festningen-tannklinikk.no
firmapost@raadhustann.no

Holtet Spesialisttannhelse AS
Tannlege Knut-Erik Jacobsen
Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

KIRURGIKLINIKKEN
Eva Gustumhaugen, spes.protetikk.
Implantatprotetikk
Kirkeveien 131, 0361 Oslo
Tlf. 23 36 80 00
Faks. 23 36 80 01
post@kirurgiklinikken.nhn.no
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

SpesDent
Implantatbehandling
Tannlege Henrik Skjerven
Tannlege Knut Øverberg
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Tlf. 22 95 51 00
Faks 21 03 09 60
www.spesdent.no
post@spesdent.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo
Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
Bjørn Einar Dahl • Spesialist i oral protetikk
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Tannlege Bjørn Einar Dahl
Spesialist i oral protetikk
be@tannlegedahl.no
www.tannlegedahl.no

Tannlege Elisabet Henderson
Implantologi, Porslensfasader, Kombinasjonsprotetikk, Snorkeskinner
Slottsparkentannklinikk as
Parkveien 62
0254 Oslo
Tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkenklinikk.no

ROGALAND

Colosseum Tannlege Solakrossen
Tannlege Erland Eggum
Implantatprotetikk/spes oral protetikk
Rådgivende overtannlege i Helfo.
Solakrossen 14
4050 Sola
Tlf. 51 21 68 00
solakrossen@colosseum.no
www.colosseum.no

Haugesund tannklinikk
Trond Storesund, spesialist i oral protetikk
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52 70 77 00
www.tannhelserogaland.no

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland
Inken Reichhelm, spesialist i oral protetikk
Lena Johansen, spesialist i oral protetikk
Torbjørn Leif Hansen, spesialist i oral protetikk
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Hamid Hosseini AS
Spesialist i oral protetikk
Sølvberggt. 16
4006 Stavanger
Tlf. 51 89 60 88
seyed@hotmail.com

Tannlege Hannu Larsen
Spesialist oral protetikk
Tannklinikken Larsen og Bøe
Implantatbehandling
Løkkeveien 51
4008 Stavanger
Tlf. 51 53 13 00
post@tannlegenelarsenogboe.no
www.tannlegenelarsenogboe.no

TROMS OG FINNMARK

Tannlege Hans Are Ovanger
Implantatprotetikk
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
hans.are@tannlegespesialistene.no

TRØNDELAG

Colosseum Tannlege Trondheim Solsiden
Tannlege Eva Børstad
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
solsiden@colosseum.no
www.colosseum.no

Tannlege Bodil Inger Norgaard
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Nordre Tannhelse
Nordre gt. 12
7011 Trondheim
Tlf. 73 84 13 20
Faks: 73 84 13 29
bodil@nordretannhelse.no

VESTFOLD OG TELEMARK

Colosseum Tannlege Sandefjord
Tannlege Anders Kamfjord
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Thor Dahlsg. 1 – 3 – 5
3210 Sandefjord
Tlf. 33 46 52 18
sandefjord@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Skien
Tannlege Christian Skoe Berntsen
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Kverndalsgata 2A
3717 Skien
Tlf. 35 52 20 60
skien@colosseum.no
www.colosseum.no

Odontia Kaldnes
Pål-Espen Johansen – Spesialist i oral protetikk
Sigurd Schneider – Spesialist i oral protetikk
Monika Caban – Spesialist i oral protetikk
Rambergveien 3
3115 Tønsberg
Tlf: 33 38 08 88

VESTLAND

Colosseum Tannlege Bergen
Tannlege Ida Marie Dahle
Spesialist oral protetikk
Tannlege Sverre Eldrup
Spesialist oral protetikk
Fortunen 1
5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseum.no

TANNLEGE Team Kjersti Sylvester-Jensen
Spes. oral protetikk /Implantatprotetikk
Nattlandsfjellet 1A
5098 Bergen
Tlf: 55 31 67 67
www.tannlege-ksj.no
post@tannlege-ksj.no

Tannlege Christine Jonsgar
Spesialist i oral protetikk
Tannslitasje, alt innen fast- og avtagbar protetikk, implantatprotetikk, rehabilitering og estetisk behandling
Kanalveien 64, 3 etg.
5068 Bergen
Tlf: 55 55 06 00
christine.jonsgar@ok.uib.no
henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

Tannlege Marit Morvik
Rehabilitering, fast og avtakbar protetikk, tannslitasje,
implantatbehandling, estetisk tannbehandling.
Bergen Nord tannhelsesenter
Åsamyrene 90, 5116 Ulset
Tlf. 55 39 50 80
Faks 55 39 50 81
marit.morvik@bgn-tannhelse.no
www.bgn-tannhelse.no

Tannlege Kyrre Teigen
Spesialist i oral protetikk.
Rehabilitering av tannslitasje, estetisk behandling, fast- og avtagbar protetikk, implantatprotetikk, regulering med plastskinner og behandling med snorkeskinner.
Implantatkirurgi.
Konsultasjon for behandlingsplanlegging.
Juvikflaten 14a
5308 Kleppestø
Tlf. 56 14 20 14/900 77 333
Tilkomst for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

VIKEN

Colosseum Tannlege Fredrikstad
Farmannsgate
Tannlege Kai B. Hannestad
Spesialist i oral protetikk
Farmannsgate 2,
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseum.no

Flattum Tannlegesenter
Tannlege Anders Brennhovd
Spesialist i oral protetikk/implantatprotetikk
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS
Tannlege Christine Dæhli Oppedal
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Tannlegene Sydow og Mo AS
Odontologisk spesialistpraksis
Spesialister i oral protetikk:
Arild Mo
Carl Hjortsjö ph.d
Åshild K Frettem
I tverrfaglig samarbeid med:
Siv Forsberg Hansen spes. oral kirurgi/ medisin
Odd Carsten Koldsland, ph.d, spes. perio
Jørgen Hugo spes. kandidat perio
Ulf Riis spes. kjeve og ansiktsradiologi
Torgeir Vraa's Plass 4
3044 Drammen
Tlf. 32 83 10 54
post@tannlegesydow-mo.no
www.sydowogmo.no

Varna Tannlegesenter
Sigurd Schneider
Spesialist i oral protetikk
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss
2. etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

Tannlege Morten Børsum
spes. i protetikk
Tannlegene i Jarhuset
Jarveien 1
1358 Jar
Tlf. 67 53 63 72

Tannlege Knut Erik Eide
Implantatprotetikk
Skedsmogaten 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege Rune Hamborg
Spesialist i oral protetikk.
Implantatprotetikk
Implantologi
Rakkestad tannlegesenter
Storgata 42
1890 Rakkestad
Tlf. 69 22 15 55
E-mail: tnl.sent@onlline.no

Tannlege Helge Lysne
Implantatprotetikk
Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50
hlysne@online.no

Tannlege Tor Skjetne
Implantatprotetikk
Mathias Skyttersvei 47
1482 Nittedal
Tlf. 67 06 90 99
Faks 67 06 90 98

Tannlege Rune Sollin
Spesialist i oral protetikk og
Implantatprotetikk
Implantatprotetikk
Gudesgt 1, 1530 Moss
Tlf. 69 20 54 00

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Tannlegene i Concordiabygget
Skedsmogaten 7
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Dyrendal Tannhelsesenter
Dyrendalsveien 13C
1778 Halden
Tlf. 69 21 10 60

PERIODONTI

INNLANDET

Tannlege Lisa Gjøvik Andresen
Postadresse: Torggata 83, 2317 Hamar
Tlf. 65 53 46 08
Besøksadresse: SpesTorg inng. fra Kirkebakken

Tannlege Knut Sæther
Systematisk periodontal behandling
Implantatkirurgi
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 17 31
satherknut@gmail.com

Tannlege Martin Wohlfeil
Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Estetisk mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Klinikk77 AS
Kirkegata 77
2609 Lillehammer
Tlf. 61 24 00 04
post@k77.no
Tilgang for handicappede.
Nær parkering, buss og tog

Tannlege Klaus Ånerud
Implantatbehandling
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger
Tlf. 62 81 46 78
Faks 62 81 42 20
klaus.anerud@gmail.com

MØRE OG ROMSDAL

Aksla Tannhelse
Tannlege Irene Dybvik
Spesialist i periodonti
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
www.akslatannhelse.no

Colosseum Tannlege Ålesund
Tannlege Anders Skodje
Spesialist innen periodonti
Keiser Wilhelmsgt. 25
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

OSLO

Bjerke Tannmedisin AS
Tannlege PhD Caspar Wohlfahrt
Implantatkirurgi
Tannlege Anders Verket
Refstadveien 64
0589 Oslo
Tlf. 22 93 93 40
Faks 22 93 93 41
cw@tannmedisin.no
www.tannmedisin.no

Colosseum Tannlege Majorstuen
Ahmad Aghazedah, Spesialist i periodonti
Sørkedalsveien 10 C
0369 Oslo
Tlf 23366700
majorstuen@colosseum.no
www.colosseum.no

Slottsparkentannklinikk as
Tannlege, dr.med. Annika Sahlin-Platt
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Muckogingival kirurg
Implantatkirurgi
Tannpleier Kristin Haugan
Parkveien 62
0254 Oslo
tlf. 22 44 17 38
post@slottsparkentannklinikk.no
www.slottsparkentannklinikk.no

SpesDent
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Ingeborg Kolseth
Spesialist i periodonti
Tlf. 22 95 51 00
Fax 21 03 09 60
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Spesialistklinikk for Periodonti as
Implantatkirurgi
Tannlege Bettina Iversen Thomseth
Tannlege John Erik Thomseth
Hegdehaugsveien 36 b
0352 Oslo
Tlf. 22 46 78 10
Faks 22 60 19 77
henvisning@spes-periodonti.no

Tannlegene i Bogstadveien 51 AS
Tannlege dr. odont. Inger Johanne Blix
Spesialist i periodonti
Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo
Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop
Annika Sahlin-Platt • Spesialist i periodonti, PhD
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf: 22 20 50 50
post@tannspes.nhn.no
www.tannspes.no

Tanntunet AS
Tannlege og Dr.odont. Mawaan Khadra
Spesialist i periodonti
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Ann Elisabeth Arctander
Spesialist i periodonti
Nationaltheatret tannklinikk
Stortingsgaten 28

0161 Oslo
Tlf.: 22 83 90 40
www.ntk.dental
kontakt@ntk.dental

Tannlege Nina Bjergene
Akersgata 16
0158 Oslo
Telefon 23 10 53 50
Faks 22 33 02 87

Tannlege Mette Gilhus Hillestad
Slemdal tannlegesenter
Stasjonsveien 4
Postboks 31
Slemdal 0710 Oslo
Tlf. 22 14 18 00
Faks 22 13 87 33
www.slemdal-tann.no

Periospesialist Ingeborg Kolseth
Akersgata 16, 0158 Oslo
post@periodonti.no

Tannlege Thomas Norum
Skøyen Tannlegekontor
Karenslyst alle 9 c, 0278 Oslo
Tlf 22 55 41 79

Tannlege Trond Telje
Von Øtkensv. 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
post@tannlegetelje.no
www.tannlegetelje.no

Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge
Grünerløkka tannhelsesenter
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo
Tlf. 22 35 77 92
Faks 22 35 49 18
Mobil: + 47 984 777 62

Tannlege Janet M. Østrem
Spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi
Aktiv Tannklinikk AS
Storgata 17
0184 Oslo
22 41 80 80
post@aktivtann.no

CC Vest Tannlegesenter AS
Lilleakerveien 16
0283 Oslo
22 73 06 03
ccvesttannlegesenter@pentsmil.no

ROGALAND

Tannlegene Hetland AS
Tannlege Trond Ole Hetland,
Tannlege Pedro Franca
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Tannlege Øystein Fardal
Johan Feyersg. 12
4370 Egersund,
51 49 15 55
fardal@odont.uio.no

Tannlege PhD Rigmor S. Flatebø
Apollonia tannlegesenter
Handelens Hus 2. etg., Klubbgaten 2b
Postboks 397, 4002 Stavanger
Tlf. 51 85 60 30
rigmor.flatebo@gmail.com

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Spes.Perio.Dr. Odont Helge Ehnevid
Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor.no

VESTFOLD OG TELEMARK

Colosseum Tannlege Sandefjord
Tannlege Bernt Johan Evensen
Spesialist i periodonti
Thor Dahlsg. 1 – 3 – 5
3210 Sandefjord
Tlf. 33 46 52 18
sandefjord@colosseum.no
www.colosseum.no

Holtanklinikken, Prof. Dr. odont.
Hans R. Preus
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Implantatprotetikk
Folkestadvegen 12, Postboks 153
3833 Bø i Telemark
Tlf. 35 06 10 50
Faks. 35 06 10 58
Holtanklinikken@hotmail.no

Perio Tannklinikken AS
Tannlege Nico H. Toosinejad
Systematisk periodontal behandling
Mucogingival kirurgi
Implantatkirurgi
Kilgata 9 , 3217 Sandefjord
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
info@periotannklinikken.nhn.no

VIKEN

Colosseum Tannlege Fredrikstad
Farmannsgate
Rita Cruz, Spesialist i periodonti
Farmannsgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseum.no

Kransen Tannlegesenter AS
3 spesialister i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Implantatbehandling
Estetisk mucogingival kirurgi
Kransen, 16, 1531 Moss
kransentannlegesenter.no
kransen@smilehull.no
Tlf: 69 25 19 82

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Dr.Odont Kristin M. Kolltveit
Spesialist i periodonti
Periodontitt behandling
Implantatbehandling
Mukogingival kirurgi
Preprotetisk gingival kirurgi
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS
Tannlege Jon Flinth Vatne
Spesialist i periodonti
Tannlege Kerstin Schander
Spesialist i periodonti
Tannlege Thomas Norum
Spesialist i periodonti
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Varna Tannlegesenter
Jon Olav Kubberød
Spesialist i periodonti
Lilleeng Helsepark
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss
2.etg, inngang B
Tlf: 69 26 49 00
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no
www.varnatannlegesenter.no

Tannlege Karin Børsum
spes. i periodonti,
Tannlegene i Jarhuset
Jarveien 1

1358 Jar
Tlf. 67 53 63 72

Tannlege Ph.D. Morten Enersen
Asker Tannhelse
Smuget 1b, 1383 Asker
Tlf. 66 78 65 00
Mobil: 481 105 46
moenerse@online.no

Tannlege Marie Fjærtoft Heir
Strøket 9, 1383 Asker
Tlf. 66 78 97 47
Faks 66 75 93 33

Tannlege Torkel Kolsrud
Spesialist i periodonti
Ski Tannlegesenter
Jernbaneveien 4
1400 Ski
Implantatbehandling
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi
www.entann.no
perio@entann.no
Tlf: 64852600

Tannlege Berit Bae Lier
Sentrumsveien 4, 1400 Ski
Tlf. 64 87 41 20
Faks 64 87 19 50

Tannlege Tove Roscher
Depotg. 20, 2000 Lillestrøm
Tlf 63 81 22 76
post@tannlegenedepotgaten.no

Periospesialist Sandra B. Tunbridge
Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-spesialistsenter.no
www.drammen-spesialistsenter.no

Tannlege Lars Walle AS
Tannlege Lars Walle, spes. Periodonti
Tannlege Trond Telje, spes. Periodonti
Periodontittbehandling
Implantatkirurgi
Lystgassbehandling
Gudes gate 1, 3. etg.
1530 Moss
Tlf. 69 20 54 00
resepsjon@tannlegewalle.no
www.tannlegewalle.no

SPESIALKOMPETANSE

IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med trygdestønad.

AGDER

Torvgården Tannhelsesenter AS
Tannlege Steinar Osmundsen sr
Agnefestveien
4580 Lyngdal
Tlf. 38 34 44 80
Faks 38 34 44 20
post@torvtann.no
Åpningestider: Man–fre 08.00–16.00
Lørdag etter avtale
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege Solveig Knobel Atkinson
Spesialkompetanse i implantatprotetikk
Knobel Atkinson Tannlegesenter
Torsbyveien 18, PB 199, 4703 Vennesla
Tlf. 38 15 54 40, Fax: 38 15 46 00
post@tennene.no, www.knobelatkinson.no

INNLANDET

Hartz Dental AS
Tannlege Einar Hartz
Storgata 7b
2408 Elverum
Tlf 62432100
www.hartzdental.no
info@hartzdental.no

Tannlege Ole Johan Hjortdal as
Kirkegt.12, 2609 Lillehammer
Tlf. 61 25 06 92
ojohjort@online.no.

Tannlege Gunnar Steinsvoll AS
Johan Nygårdsgt. 11B
2670 Otta
Tlf. 61 23 00 26
post@gsteinsvollas.nhn.no
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.
Tilgjengelighet for funksjonshemmede.

Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll
Spesialist i periodonti
Implantatkirurgi og Implantatprotetikk
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss
Tlf. 61 19 14 81
sebstein@online.no

MØRE OG ROMSDAL

Aksla Tannhelse
Tannlege Lars Lothe
Implantatprotetikk
Samarbeider med oralkirurg Vågen.
Ystenesgata 6B
6003 Ålesund
Tel: 70 12 22 94
hei@akslatannhelse.no
www.akslatannhelse.no

Colosseum Tannlege Ålesund
Tannlege Fredrik Skodje
PB 605, 6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Faks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

Tannlege Tale Flatsetø
Eidsbergvegen 27, 6490 Eide
Tlf. 71 29 63 11
taleflat@icloud.com

Tannlege Helene Herje
Tannlegene i Myrabakken
Myrabakken 5, 6413 Molde
Tlf. 71 21 55 15
post@tannlegeneimyrabakken.no
www.tannlegeneimyrabakken.no
Tilrettelagt for rullestolbrukere

Tannlege Anne-Christel Rebni
Romsdalsgata 1
6413 Molde
Tlf 71 25 18 32

NORDLAND

Tannlege Mette Bergh
Søndre Frydenlund Allé 6
8400 Sortland
Tlf: 76 12 64 02
mette@moysalen.com
www.møysalen.com

Tannlege Per Hamre
Tannboden AS
Brønnøysund tlf 924 79 700
Mo i Rana 404 60 800
perhamre@hotmail.com
www.tannboden.no

OSLO

Festningen tannklinikk
Tannlege Rune Hamborg
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhustann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Fjærvik klinikken
Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik
Samarbeider med kjevekirurg Even Mjøn

Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
Epost: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

Holmlia Tannlegekontor AS
Tannlege Henning Moen Løvaas
Holmlia sentervei 12
1255 Oslo
Tlf.: 22 61 42 08
e-post: adm@holmliatannlegene.no
hjemmeside: www.holmliatannlegene.no
Vi har tilgang for rullestolbrukere, 2 timer gratis parkering

SpesDent
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
Henrik Skjerven
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Knut Øverberg
Spesialist i oral protetikk
Implantatprotetikk
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Tlf. 22 95 51 00
Faks 21 03 09 60
post@spesdent.no
www.spesdent.no

Tanntunet AS
Tannlege Kristin W. Haugstoga
Tannlege Sevald Ytre
Samarbeider med Tannlege og Dr.odont.
Andreas Karatsaidis
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Tannlege Siv Kristin Helgheim
Tannlege Parwana Naimy
Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo
siv@rommentannhelse.no
www.tannogkjeveklinikken.no
Tlf: 22 21 42 22

Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth Aurstad Riksen
Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO
Tlf. 22 44 86 13
tannrik@online.no
www.tannlege-ar.no
Åpningstider: Man–fre 8–16

ROGALAND

Colosseum Tannlege Stavanger
Kjetil Kaland
Spesialkompetanse implantat
Haakon VIIs gate 7,
4005 Stavanger,
Tlf: 51 50 11 50
sotra@colosseum.no
www.colosseum.no

Forus Tann- & Kjeveklinikk
Tannlege Linh Bui
Tannlege Øivind Nerheim Torkelsen
Luramyrveien 12,4313 SANDNES
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

Tannlegene Hetland AS
Tannlege Trond Ole Hetland
Tannlege Pedro Franca
Implantatbehandling
Hinnasvingene 50, Postboks 6097
4088 Stavanger
Tlf. 51 88 15 80
Faks 51 58 83 27
www.tannlegenehetland.no

Waage Tannlegesenter
Tannlege Fredrik Waage
Kjøpmannsbrotet 5
4352 Kleppe
Tlf. 51 42 16 94
Mail: post@waagets.no
Web: www.waagets.no
Åpningstider: 08.00–15.30.

Tannlege Leif Berven
Pb 430
4379 Egersund
Tlf. 51 49 11 30
Faks 51 49 33 82
leif_berven@hotmail.com

Tannlege Helge Øyri
Implantatprotetikk Langgt. 41–43
Pb. 454
4304 Sandnes
Tlf. 51 66 17 30
helg-rao@online.no
Sertifisert i implantatbehandling i 2013 av EAO

TROMS OG FINNMARK

Byporten Tannklinikk
Oral kirurg Seong Hwan Jeon
Skippergt 32
9008 Tromsø
mail@byportentannklinikk.no
www.byportentannklinikk.no
Tlf. 77 67 31 00

Tromsø tannkirurgi og narkose senter as
Sjøgata 39
9008 Tromsø
Tlf. 97 53 50 00
post@abakin.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Kjell Ulsund, Kai Sandvik
Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf: 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor.no

SANDEN TANNHELSE
Tannlege Bjørn Thunold
Implantatprotetikk og lystgass
Kongens gate 60
7012 Trondheim
Tlf. 73 52 71 73
Faks 73 50 41 97
post@sandentannhelse.no
http://www.sandentannhelse.no

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15
7600 Levanger
tlf. 74 08 23 35
mea@tannlege-alstad.no
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

Tannlegene Bjørnaas & Brenne Lundh AS
Tannlege Ida B. Lundh
Godkjent for implantatprotetikk med trygdestønad
Sjøgata 2b
7600 Levanger
tanneb@online.no
74 08 43 40 (kontor)
97 10 07 32 (mobil)
www.tannlege-levanger.no

Tannlegene Øyasæter og Hageskal AS
Tannlege Kjell Øyasæter
Tannlege Kathrine Hageskal
Godkjent for implantatprotetikk med trygdestønad
Skograndveien 34
7200 Kyrksæterøra
Telefon 72 45 26 50
E-mail: tanngard@hemne.as

Tannlege Niklas Angelus
Abel Margrethe Meyersgt. 8
7800 Namsos
Tlf. 74 27 22 69

nik.angelus@gmx.net
Åpningstider mandag–fredag 8.30–16.00
Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

Tannlege Lars Rudel
Skolegata 14
7713 Steinkjer
Tlf. 74 16 14 17
lars.rudel@marsmail.de
Åpningstider 08.15–15.30 (17.30)
Tilgjenglighet for funksjonshemmede

VESTFOLD OG TELEMARK

Perio Tannklinikken AS
Tannlege, periodontist Nico H. Toosinejad
Kilgata 9, 3217 Sandefjord
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13
Faks 33 46 22 34
info@periotannklinikken.nhn.no

Tannklinikken Skeie AS
Tannlege Anne Therese Omdal
Tannlege Rune Skeie
(Oralkirurg Fredrik Lindberg)
-sedasjon/narkose om ønskelig
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

Tønsberg tannhelse Tannlege MNTF Gisle Prøsch
Grev Wedelsgt. 10
3111 Tønsberg
Tlf. 33 37 98 03
Faks 33 37 98 19
gisle.proesch@gmail.com
www.tannhelse.no

VESTLAND

Colosseum Tannlege Bergen
Tannlege Odd Helgevold-Engelsen
Spesialkompetanse implantat protetikk
Fortunen 1
5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseum.no

VIKEN

Bekkestua Tannmedisin AS
Tannlege Gyri Dingsør
Tilrettelagt for rullestolbrukere
Gamle Ringeriksvei 37
1357 Bekkestua
Tlf. 67 83 22 10
Faks 67 83 22 15
post@bekkestuatannmedisin.no

Colosseum Tannlege Fredrikstad Farmannsgate
Tannlege Finn Andrè Hammer
Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Farmannsgate 2,
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseum.no

Colosseum Tannlege Fredrikstad Nygaardsgata
Tannlege Pål Sørensen
Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Nygaardsgata 49/51
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 31 24 24
fredrikstad@colosseum.no
www.colosseum.no

Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Bjørn Even Gulsvik
Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Tannlege Trond Anderssen
Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 83 55 90
post@drammen-tannlegesenter.as
www.drammen-tannlegesenter.no

Tannlege MNTF Hans Kristian Dahl
Son Torg, Storgt. 25
1555 Son
64 95 80 00/64 95 85 85
tahk.da@online.no

Tannlege Bent Dramdal
Myntgt. 5, 3616 Kongsberg
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28
Klokkerbakkentannlegene@gmail.com

Tannlege Terje Døviken
Samarbeider med
Dr.odont, oralkirurg Gudmundur Bjørnsson
Oralkirurg Kjetil Misje
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirugi.no
www.drammenok.no

Tannlege Petter Giving
Tannlegene Giving A/S
Skjetten senteret
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10

Tannlege Sven Grov
Jessheim Tannlegesenter
Stallvegen 4
2050 Jessheim
Tlf. 63 94 76 00
Faks 63 94 76 10
E-post: svengrov@online.no

LYSTGASS

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege Ålesund
Tannlege Fredrik Skodje
Keiser Wilhelmsgt. 25
P.b. 605, 6001 ÅLESUND
Tlf: 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS
Kjell Ulsund
Nedre Bakklandet 58 c
7014 Trondheim
Tlf: 73 56 88 00
Faks 73 56 88 01
post@bakketannlegekontor.no

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger
Tlf. 74 08 23 35
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

NARKOSE/SEDASJON

AGDER

Colosseum Tannlege Kristiansand
Marvika Torv
Ved anestesioverlege Tom H. Hansen og Albrecht Brazel
Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden
4687 Kristiansand
Tlf. 38 09 54 10
Faks 38 09 04 04
nordmo@colosseum.no
www.colosseum.no

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS
Lille Strand gt. 3
2317 Hamar
Telefon: 62523696
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege Ålesund
Ved anestesilege Robert Bergseth
PB 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
Telefaks 70 10 46 71
firmapost@apollonia.no
www.apollonia.no

OSLO

Fjærvik klinikken
Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik
Narkose/sedasjon/lystgass
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo
Tlf. 21 63 16 00
www.fjaervikklinikken.no
Epost: post@fjaervikklinikken.no
Tilgjengelig for bevegelseshemmede
Kveldsåpent

SpesDent
Vi tilbyr behandling i sedasjon/narkose.
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Tlf. 22 95 51 00
Faks 21 03 09 60
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Tanntunet AS
Vi tilbyr behandling i sedasjon/narkose
Anestesilege Stefan Hauptig
Nydalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

TROMS OG FINNMARK

Tromsø tannkirurgi og narkose senter as
Sjøgata 39
9008 Tromsø
Tlf. 97 53 50 00
post@abakin.no

TRØNDELAG

SANDEN TANNHELSE AS,
Tannlege MNTF Ellen Grøntvedt
Tannlege MNTF Bjørn Thunold
Tannlege og spesialist i oral kirurgi
Thomas Klimowicz
Kongens gate 60, 7012 Trondheim
Åpningstider alle dager 0800–1530.
Kveldstid mulig etter avtale.
Telefon/faks: 73 52 71 73/73 52 71 72
post@sandentannhelse.no
Hjemmeside: www.sandentannhelse.no

VESTFOLD OG TELEMARK

Tannklinikken Skeie AS
Kons, protetikk, syst.perio.,
endo, kirurgi, implantat
i sedasjon eller narkose
Overlege Johan Peder Smedvig,
spes. i anestesiologi
Aagaards plass 1
3211 Sandefjord
Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

VIKEN

Colosseum Tannlege Fredrikstad
Farmannsgate
Tannlege Kai B. Hannestad
Spesialist i oral protetikk
Farmannsgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadtannhelsesenter@colosseum.no
www.colosseum.no

Drammen Tannlegesenter/
Drammen Spesialistsenter
i samarbeid med anestesilege Terje
Hanche-Olsen
Øvre Torggt 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
www.drammen-tannlegesenter.no

ANDRE KOLLEGIALE HENVISNINGER

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner.
Under denne overskriften kan man annonsere at man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.
For mer informasjon, henv.
Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30,
eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

OSLO

Avdeling for patologi, Rikshospitalet
Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo
Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi
Spesialkompetanse i oralpatologi
Tannlege, dr. odont. Tore Solheim
Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36
solheim@odont.uio.no
Tannlege, Phd Tine Søland
Telefon: 22 84 03 76
tinehe@odont.uio.no

Festningen tannklinikk
Lege og tannlege Steven Anandan
Festningen tannklinikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhustann.no
www.festningen-tannklinikk.no

tidende

Frister og utgivelsesplan 2021/2022

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
~~12~~	~~12. november~~	~~16. november~~	~~16. desember~~
		2022	
1	26. november '21	6. desember '21	13. januar
2	14. januar	18. januar	17. februar
3	10. februar	15. februar	17. mars
4	11. mars	15. mars	15. april
5	1. april	6. april	12. mai
6–7	5. mai	13. mai	16. juni
8	10. juni	14. juni	18. august
9	12. august	16. august	15. september
10	9. september	13. september	13. oktober
11	14. oktober	18. oktober	17. november
12	11. november	15. november	15. desember

Uteblitt magasin?

Kontakt Fagpressens kundesenter man-fre 08:00-16:00.
Telefon: 21 04 77 46. E-post: kundesenter@fagpressen.no

Vi sørger for å ettersende utgaven som er uteblitt for

tidende

som er medlem i

Fagpressen

STILLING LEDIG

SUNNMØRE: FOSNAVÅG

Vi søker tannlege til ei 100% stilling ved Herøy Tannlegesenter i Fosnavåg. Vi ser etter ein person som er engasjert, omgjengeleg og har eit godt handlag med pasientar. I tillegg må søkar ha norsk autorisasjon og beherske norsk munnleg og skriftleg. Vi har stor pasienttilgang og recalliste til den rette søkaren.
Ved spørsmål og interesse rundt stillinga send e-post til synne.ryan@gmail.com eller post@heroytann.no. Tlf. 45440307.

VIKARIAT OSLO NORD

Tannlegepraksis med 2 tannleger søker etter assistenttannlege 2 dager i uken, med muligheter for utvidelse for den rette person, og samarbeidet går bra. Du må like å jobbe selvstendig, være allsidig utøvende, og være oppdatert faglig. Stillingen passer for tannlege med erfaring. Oppstart medio januar-22.
Søknad sendes til epostelis@gmail.com

TANNLEGE SØKES TIL TANNLEGENE PÅ ULLEVÅL STADION AS

Tannlege søkes til moderne og veletablert privatpraksis på Ullevål Stadion fra januar 2022 i 80% *fast* stilling.
Kandidaten må være kvalitetsbevisst, engasjert og med gode samarbeidsevner.
Bør ha minst to års erfaring.
Norsk autorisasjon, samt flytende muntlig og skriftlig norsk kreves.
Søknad med CV sendes til: tannlegeullevaal@gmail.com

VESTLAND: FYLLINGSDALEN

Tannlege søkes til trivelig og travel praksis i Oasen senter, Fyllingsdalen. 40% fast stilling med muligheter for utvidelse. Oppstart jan 2022. For mer info kontakt på mail: abelsen@oasentannlege.no

ORIS DENTAL

Kjeveortoped søkes i heltidsstilling på Lillehammer

Ønsker du å jobbe i et av landets største kompetansemiljøer innen tannhelse?

Vi søker kjeveortoped til vår kjeveortopediske klinikk på Lillehammer. Dette er jobben for deg som ønsker faglige utfordringer og selvstendig arbeid. Klinikken er en del av Oris Dental, så her blir du en del av et stort faglig og kollegialt nettverk.

Hos oss knyttes fagmiljø fra små og store klinikker sammen, slik at alle blir en del av et utviklende og stimulerende tannhelseteam. Vi tar vare på fagfolkene så de kan ta vare på pasientene våre.

Vi tilbyr deg som behandler:

- Et veletablert miljø innen kjeveortopedi
- Trygg og god arbeidsplass
- Kontinuerlig fokus på faglig og teknologisk utvikling
- God pasienttilgang – full timebok
- Aktiv og støttende administrasjon
- Et stort og utviklende fagmiljø med eget Academy som tilbyr spennende kurs i inn- og utland
- Digitale kurs og webinarer som reduserer tapt arbeidstid
- Kasusmøter og tverrfaglig behandlings-planlegging satt i system

Høres dette ut som noe for deg?
Les mer om stillingen og søk via: **orisdental.no/ledige-stillinger**, eller ta kontakt for en uforpliktende prat.

Harald Skar | Regiondirektør | 957 84 477
Patrick Luka | Avdelingsleder | 414 03 872

orisdental.no

TANNHELSE ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.

TANNLEGE I OSLO SENTRUM VIKARIAT STILLING

Grønland tannlegesenter søker engasjert og erfaren tannlege.
Vi har et godt arbeidsmiljø, og liker å ha struktur og orden slik at arbeidsdagen går på skinner. Opplæring og faglig utvikling er sentralt for å sikre god kompetanse. Slik oppnår vi gode pasientopplevelser og en positiv arbeidshverdag.
Vi ønsker at du:
Helst er autorisert tannlege. Relevant erfaring . Gode norsk-kunnskaper muntlig og skriftlig. Er fleksibel og tilpasningsdyktig.
Kontaktperson:
Kelly Ma, E-post : kellym2000@gmail.com

BERGEN

Vi søker tannlege i 100 % stilling. Veldrevet moderne praksis, sentralt i Danmarksplass. Søkere må ha norsk autorisasjon og behersk norsk muntlig og skriftlig. For søknad eller spørsmål send e-post til Info@storotannlege.no

VIKEN: ASSISTENTTANNLEGE, SPESIALISTER OG TANNPLEIER.

Veletablert, moderne og godt utstyrt tannklinikk sentralt på Jessheim søker:

- Allmenntannlege i 40 % stilling, med mulighet for 100 % på sikt.
- Periodontist
- Endodontist
- Tannpleier

Vi søker etter deg som er kvalitetsbevisst og har gode samarbeidsevner. Du må ha norsk autorisasjon, samt beherske norsk både skriftlig og muntlig på en godt måte.
Tiltredelse snarest. Søknad/CV sendes til:
tannlegejobbjessheim@gmail.com

KJØP & SALG

GODT INNARBEIDET TANNKLINIKK I SUNNHORDALAND TIL SALGS.

Klinikken er godt utstyrt og har 2 behandlingsrom. Det foreligger et godt pasientgrunnlag og potensiale for videre vekst. Vennligst ta kontakt for mer informasjon. Henvendelse på epost: bratann1a2@gmail.com.

TIL SALGS – VELETABLERT TANNLEGE-PRAKSIS I NATURSKJØNNE NORDFJORD – MÅLØY SENTRUM.

Veletablert praksis med 2 behandlingsrom. Stor og stabil kundemasse. Praksisen drives fra egen næringsseksjon (del av salget, takst foreligger) i nyrenovert kjøpesenter i Måløy sentrum. Praksis og lokalet/klinikken selges fra enkeltmannsforetak. Ønskelig med overtakelse ila 2022/2023, om ønskelig kan selger bistå i overgangsfase.
For mer info se annonse på finn - finnkode: 239538514

MODERNE TANNKLINIKK TIL SALGS SENTRALT I OSLO.

P.g.a pensjonsalder selges etablert solo praksis sentralt i Oslo nære Stortinget/Piletredet.
Praksiseier har jobbet 3 dager i uken i 15 år, klinikken er oppusset i 2016, og det er lave driftskostnader knyttet til klinikken.
Overtagelse mellom Februar- Juni 2022

Epost: tanntilsalgs@gmail.com

- Oral kirurgi
- Oral medisin
- Implantat
- Benoppbyggning og bentransplantasjon
- Bløtvevsplastikk
- Tanntransplantasjon
- Kjeve og ansiktsradiologi
- Intravenøs sedasjon og medisinsk overvåking
- Oral protetikk

Velkommen til Oralkirurgisk Klinikk!

Oralkirurgisk Klinikk er en spesialistklinikk med mer enn 30 års erfaring. Våre spesialister tar imot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning innen vårt fagområde.

Våre spesialister

Oral kirurgi og oral medisin:
Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Oral protetikk:
Josefine Forsberg

Anestesilege:
Dr. Odd Wathne

Sentralt beliggende på Majorstua

Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A,
0369 Oslo

post@oralkirurgisk.no
23 19 61 90

Ønsker du å bli en del av teamet?

Vi søker spesialist i protetikk 2-3 dager per uke.

Kontakt:
dagfinn@oralkirurgisk.no

ORALKIRURGISK KLINIKK
En del av ORIS DENTAL

oralkirurgisk.no
orisdental.no

The game changer in piezosurgery

Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic AB, t: 32853380, office@whnordic.no, wh.com

piezomed module

Produksjon: 07 Media