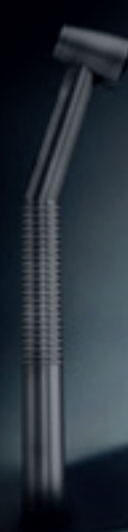


tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
133. ÅRGANG · #9 · 2023





Det rette instrumentet til et bedre arbeidsmiljø

Det er på tide å anerkjenner et av de store problemene i arbeidsmiljøet på tannklinikken. I en ny undersøkelse* sier en av tre tannleger at de opplever hørselstap. I to andre undersøkelser** rapporterte 42% om tinnitus, og over halvparten av dem som har arbeidet i støyende miljø i minst 10 år har hørselstap***. Det betyr at annenhver person i tannlegebransjen er i faresonen.

Problemene skyldes i høy grad roterende høyhastighets- og ultralydinstrumenter som brukes i flere timer om dagen. Disse gir ofte høye lyder som er på et skadelig nivå.

KaVo har derfor utviklet tannlegeinstrumenter med lavere støynivå, som gir et mer skånsomt arbeidsmiljø. I en uavhengig sammenligning foretatt av Region Jönköpings i Sverige **** fikk KaVos instrumenter de høyeste karakterene innen både ergonomi og kvalitet.

Les mer på dentalnet.no/ergonomi-roterende



*Svensk evaluering av hørselstap foretatt i Endodontikens Vårdsmåttad av Örebro Universitetshospital.

**Undersøkelse utført av Danmarks tekniske Universitet.

***Rapport fra det svenske nasjonale råd for medisin og sosial evaluering.

645–748**646** Siste nytt først**649** Leder

Vær forsiktig med hva du sier

651 Presidenten har ordet

Når sannheten eies av den som roper høyest

556 Vitenskapelige artikler

652 Emma Lindal, Helene Vo, Astrid Nilsen, Anette Thorsnes, Stein Atle Lie, Paal Methlie og Knut N. Leknes: En pilotstudie for å undersøke betydningen av fedme, metabolsk syndrom og bruk av kalsiumantagonister på periodontal helse

660 Lars Mikkelsen Resen-Fellie, Johannes Halfdan Ryen og Trond Inge Berge: Profylaktisk fjerning av visdomstenner: Fortsatt et smart trekk?

668 Kasuistikk

668 Haakon Gramstad Skeie og Inge Fristad: Taurodontisme og endodontiske vurderinger

676 Doktorgrad

676 Kristine Eidal Tanem: Orale og dentale seneffekter etter kreftbehandling i ung alder

679 Bivirkningsskjema**682** Aktuelt

682 Utreder faglig merverdi ved sammenslåing

686 Vanlige tannleger kan kurere tannbehandlingsangst

690 Tannleger reagerer mot angiverilov

692 Vil forbedre behandlingen av pasienter med blodkreft

697 Fra NTF

698 Når tannpussen går i glemmeboka. Arendalsuka 2023

701 Presidentens time

702 Husk frist for lav påmeldingsavgift på Landsmøtet

703 Program for tannhelsesekretærer

704 Velkommen til Landsmøtefest!

707 Stopptober

708 Arbeidsliv: Sykefravær som oppsigelsesgrunn

713 Spør advokaten: Røykepauser til irritasjon

715 Oversikt over kollegahjelpere

716 Snakk om etikk: Etiske dilemma ved bruk av kliniske foto i tannlegepraksis

718 Kurs- og aktivitetskalender

720 Notabene

720 Tilbakeblikk

721 Personalia

722 Invitasjon til omvisning i De odontologiske samlinger

723 Minneord

723 Audun Attramadal

725 Kollegiale henvisninger**746** Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Rollemodeller, kvotering og tidlig innsats



Det er altfor få menn som kommer inn på studier som juss, medisin, tannlege, psykolog og veterinær, og tallene fra Samordna opptak viser at andelen menn synker fra i fjor. — Dette blir en viktig oppgave å ta tak i for den nye ministeren for høyere utdanning, sier leder i Akademikerne.

– Vi kan innføre kjønnskvote, sørge for gode rollemodeller og tidlig innsats, sier leder Lise Lyngsnes Randeberg videre.

Tall fra Samordna opptak i år viser at 61,3 prosent av de som har fått studieplass er kvinner og 38,7 prosent er menn. Det er en oppgang i andelen kvinner og tilsvarende nedgang i andelen menn på 0,6 prosentpoeng fra i fjor. Det er den laveste mannsandelen på 15 år.

Og på flere profesjonsstudier er kjønnsforskjellene urovekkende store. Det gjør at vi kommer til å ha stadig færre mannlige jurister, leger, tannleger, psykologer og veterinærer.

Kjønnsfordeling menn/kvinner ved årets opptak (fjorårets tall): Juss: 33,9% / 66,1% (34,5 % / 65,5 %); Medisin: 30,5% / 69,5% (28,3% / 71,7%); Psykologi: 24,1 % / 75,9 % (25,9% / 74,1%); Odontologi: 18,5% / 81,5 % (20,3% / 79,7%); Veterinær: 7,3% / 92,7 % (8% / 92%).

Tallene viser at mannsandelen synker på alle disse utdanningene bortsett fra medisin.

– En skjev kjønnsfordeling i disse yrkene er uheldig både for arbeidsmiljøet og samfunnet. Derfor må vi ta grep nå, sier Randeberg.

Hun viser til at pasienter ofte ønsker leger eller psykologer av samme kjønn. Fortsetter trenden kan menn få utfordringer med å få mannlige fastlege eller

psykolog. Men underskuddet på menn får også andre konsekvenser.

– Mangfold er en verdi i seg selv fordi vi i større grad kan ivareta flere perspektiv. Det kan i verste fall bli et rettssikkerhetsproblem hvis vi får utelukkende kvinnelige dommere i våre rettssaler.

Randeberg påpeker at dersom man har et stort underskudd på et av kjønnene innenfor en yrkesgruppe eller fagfelt, går man glipp av mye nyttig innspill og kunnskap.

– Samtidig viser undersøkelser også at arbeidsmiljøet er bedre på arbeidsplasser der kjønnsbalansen er bedre, sier hun.

Akademikerne mener det er tre virkemidler som kan brukes for å sikre bedre kjønnsbalanse på studier: rollemodeller, kvotering og tidlig innsats.

– Mangel på rollemodeller forsterker kjønnskjevheten. Det er viktig med noen man kan se opp til og identifisere seg med. Jentedagen ved NTNU og Womens finance day ved NHH er gode eksempler på hvordan det kan gjøres, sier Randeberg.

Som et tiltak for å motvirke ubalansen mellom kjønnene foreslo Opptaksutvalget å innføre kjønnskvote, dette forslaget støtter Akademikerne.

– Kjønnspoeng har dessverre vist seg å ha liten til ingen effekt på disse studiene. Det må hardere skyts til for å sikre at dyktige gutter også kommer inn på studiene med skyhøyt snitt. Med kjønnskvote kan vi sikre at de beste søkerne innenfor sin kvote kommer inn på studiet, sier Randeberg.

Jenter gjør det gjennomgående bedre enn guttene på videregående. Dette utjevner seg imidlertid når de kommer ut i høyere utdanning.

– Det er ille hvis det blir slik at gutter ikke tør eller gidder å søke seg til for eksempel medisin eller juss. Vi må begynne tidlig i skoleløpet og jobbe med å utjevne forskjellene allerede der, fortsetter Randeberg.

Kunnskapsdepartementet er i gang med arbeidet med Profesjonsmeldingen og Akademikerne forventer at departementet går grundig inn i denne problematikken, heter det på Akademikerne.no.

Sammenheng mellom snus og kreft

Risikoen for kreft i spiserøret er over tre ganger så høy, og risikoen for bukspyttkjertelkreft er dobbelt så høy hos snusere enn hos andre, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet (FHI), Kreftregisteret og Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Faren for spiserørskreft tredobles fra 0,016 prosent til 0,055 prosent og faren for kreft i bukspyttkjertelen dobles fra 0,072 til 0,15. FHI-forsker Tord Vedøy poengterer at det er snakk om små størrelser. Om økningen er signifikant eller ikke, avhenger av hvor strenge kriterier man setter ettersom feilmarginen kan bli stor med så små tall.

– Hadde man vært litt strengere, hadde mange av sammenhengene forsvunnet, sier Vedøy til NTB.

FHI, Kreftregisteret og Statens arbeidsmiljøinstitutt har gjennomgått tidligere snusstudier og sett på 15 av dem.

– Vi ser at kreftforekomstene følger mage- og tarmkanalen, sier lege og forsker Bendik Brinchmann.

– Det vi også ser er at dødeligheten av kreften hvis du får den og snuser, den blir høyere, legger han til.

Også for dødelig kreft er tallene små. Risikoen øker fra 2,14 prosent til 2,39 prosent for snusere.

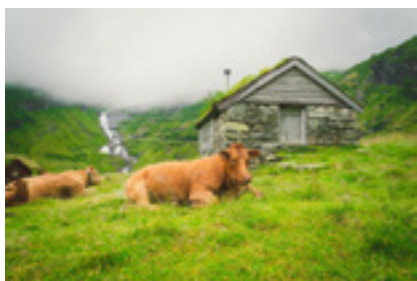
Vedøy sier snusrapporten bruker gamle tall og at tallene er små. – Men det er best å ikke snuse, sier han.

Det er to leirer i forskningen på nikotin- og tobakksprodukter. De som mener man ikke skal bruke noen ting, og de som mener man skal se på hvilke tobakksprodukter som har minst risiko. Hvis du røyker og ikke klarer å slutte er det kanskje bedre at du snuser, sier Vedøy.

Flere har tatt til orde for mer ny snusforskning. I den nye studien er det i stor grad en gruppe svenske studier fra 1980-tallet som er utgangspunkt for tallene. Vedøy sier det blant annet er et problem at snusen som er på markedet nå, ikke er den samme som var på markedet da, skriver forskning.no.

Snusprodusenten Skruf sier de så langt ikke ønsker å kommentere funnene i studien.

– Det er bare i Norge vi krangler om kostholdsrådene



– Jeg skjønner ikke hvorfor, sier Rune Blomhoff, som ledet arbeidet med de nye nordiske kostrådene.

Forslag til nye kostråd kom i slutten av juni. Da var debatten allerede godt i gang, og den har ikke stilnet siden.

– Det ble rabalder i Norge. I Sverige diskuterte de dette bare i et par uker, mens det i Finland, Danmark, Island og de baltiske landene ikke ble diskusjon i det hele tatt, sier Rune Blomhoff til forskning.no.

– Det er en særnorsk debatt, mener han.

Professoren i ernæring fra Universitetet i Oslo ledet arbeidet som flere hundre forskere var med på. Oppdraget kom fra Nordisk ministerråd, og kostrådene ble lansert samtidig i alle åtte land.

De nye anbefalingene går ut på at vi skal spise mye grønnsaker, frukt, belgfrukter, poteter og fullkorn. Vi bør også spise mer nøtter og fisk, mens inntaket av melk, yoghurt, ost og hvitt kjøtt bør være moderat.

Vi skal spise så lite som mulig av mat med mye fett, salt og sukker og minst mulig bearbeidet kjøtt, som pølser, hamburgere og kjøttkaker. Vi bør ikke drikke alkohol. Og det som har vakt mest debatt: Nå bør vi ikke spise mer enn 350 gram rødt kjøtt i uka.

Reaksjonene ble heftige her i landet. Noen oppfatter rådene som en moralsk

pekefinger, andre peker på det unorske i den anbefalte maten, mens andre igjen tviler på vitenskapen bak rådene.

På nyåret kommer Helsedirektoratet med nye, norske kostråd, basert på de nordiske.

Linda Granlund fra Helsedirektoratet understreket at kostrådene hverken er forskrift eller lov:

– Vi har 12 kostråd i dag, men de blir jo ikke fulgt av alle. Vi skulle ønske at flere spiste helt i tråd med kostrådene, for det ville vært bra for folkehelsen, samfunnskostnadene og for hver enkelt av oss. Men jeg kan ikke true noen til å følge dem.

– Dette er den beste kunnskapen om mat og helse, så får voksne folk velge selv, sa Granlund, som også avkrefter at bærekraft vil legges til grunn for de nye norske kostrådene.

At bærekraft blir diskutert i den nordiske rapporten, kan være årsaken til at debatten er blitt så heftig i Norge, mente redaktør Irene Halvorsen i Nationen på et møte under Arendalsuka, skriver forskning.no.

Snusbruk økte sjansen for røykeslutt

En studie av 1 400 norske røykere fant at snus var det hjelpemiddelet som økte sjansen mest for å slutte å røyke. Det var særlig menn og personer under 35 år som brukte snus i røykeslutt.

Røyking er den livsstilsfaktoren som bidrar mest til tapte leveår i befolkningen. I Norge røyker 15 prosent av befolkningen. For mange er det utfordrende å slutte. Resultater fra internasjonale studier tyder på at 40 prosent av røykerne prøver å slutte hvert år. Men bare en av tre blant de som prøver, klarer det.

Blant personer som deltok i en studie fra FHI publisert i Discover Social Science and Health var snus det hjelpemiddelet som

økte sjansene mest for å slutte å røyke.

Personene som brukte snus for å slutte med røyk hadde mer enn to ganger så stor sannsynlighet for å greie å slutte som de som prøvde å slutte uten hjelpemidler.

– Våre funn tyder på at snus kan være en effektiv måte å slutte å røyke på for mange røykere. Selv om det er bekymringer knyttet til snusbruk blant ungdom, kan det være et verdifullt hjelpemiddel for voksne som ønsker å slutte å røyke, sier Ingeborg Lund, forsker ved Folkehelseinstituttet.

Lund understreker at det beste for helsen er å hverken røyke eller snuse.

Funnene i studien samsvarer med tidligere norsk forskning om bruk av snus i sluttetforsøk, og forskning fra Norge og Sverige på røykeavvenningsatferd. Norge og Sverige er de eneste to landene i verden med utstrakt snusbruk.

– Relativt få røykere bruker hjelpemidler i røykeslutt-forsøkene sine. Flere hadde muligens greid å slutte hvis man hadde klart å øke interessen for å bruke hjelpemidler ved røykeslutt, sier Lund.

Hun forteller at de som bruker hjelpemidler dessuten ofte velger det samme hjelpemidlet som de har mislyktes med tidligere. Det tyder på at det er sterke preferanser som varierer fra person til person. En måte å forbedre effekten av flere sluttetthjelpemidler på, kan være å tilby folk som røyker hjelp i form av faglige råd og veiledning ved sluttetforsøk. Dette støttes også av internasjonal forskning.

Det var ikke mulig å studere kombinasjoner av hjelpemidler i denne studien på grunn av for små gruppestørrelser.

REFERANSE

1. Lund, I., Lund, M. Quit smoking: methods and outcomes for Norwegian adults. *Discov Soc Sci Health* 3, 12 (2023). <https://doi.org/10.1007/s44155-023-00043-3>

Tannlege Spesialistene

Tlf. 22 20 50 50
post@tannspes.no
www.tannspes.no



HENVISNINGSKLINIKK I OSLO

KARL IVER HANVOLD - Oral- og kjevekirurg
RAGNAR BJERING - Kjeveortoped PhD
BJØRN EINAR DAHL - Protetiker PhD
ANDERS VALNES - Kjeve- og ansiktsradiolog
BANO SINGH - Tannlege PhD, smak og lukt

ER DU LEI AV OMGJØRINGER OG JUSTERINGER?



PRØV SVENSK TANNTÉKNIKK TIL RIKTIG PRIS OG MERK FORSKJELLEN.

Dokumentert 98% kundetilfredshet av 3520 evaluerte arbeider hos Tumba Dental.



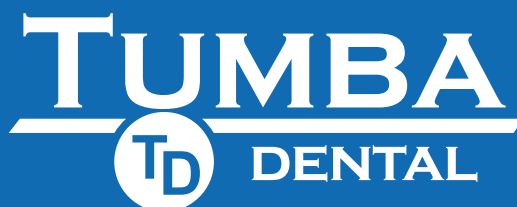
Enkel levering med DHL fra Stockholms største lab.

VI HAR ANBUDSKONTRAKTER MED ULIKE REGIONER I FOLKTANDVÅRDEN I SVERIGE:

REGION STOCKHOLM - REGION VÄRMLAND - KAROLINSKA INSTITUTET - REGION ÖREBRO
LÄN - FOLKTANDVÅRDEN SKÅNE - REGION SÖRMLAND - REGION KORNOBERG - SAMT PRIVATE TANNLEGER
AVTALEKUNDER: PRAKTIKERTJÄNST & DISTRIKTSTANDVÅRDEN.



Ønsker du å bli kontaktet av oss? Skann med mobilen.



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



**FORSIDEILLUSTRAJON**

@heiaklubben / Ingunn Dybendal

REDAKSJON**Ansvarlig redaktør:**

Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:

Asbjørn Jokstad

Dipak Sapkota

Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen,

Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Sigbjørn Løes,

Marit Øilo

Redaksjonskomité:

Malin Jonsson, Anne Rønneberg, Anders Godberg,

Kristin S. Klock, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 400,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Christiania torv 5, 0158 Oslo

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: 6 400, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: Aksell AS

Grafisk design: Aksell AS

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

PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

OPPLAGSKONTROLLERT

Vær forsiktig med hva du sier



Foto: Kristin Adley Opdan

Når vi ser etter tema til forsideillustrasjonen på Tidende velger vi som regel noe fra det vitenskapelige fagstoffet. Vi går igjennom de aktuelle vitenskapelige artiklene og kassupresentasjonene for å se om det er noe der som kan egne seg.

Er det noe her som en illustratør kan tenkes å kunne gripe tak i og få noe ut av?

En av de vitenskapelige artiklene denne gangen handler, enkelt sagt, om sammenhengen mellom fedme og periodontitt.

Det kan være noe, tenkte vi. Og sendte av gårde noen stikkord til illustratøren, inkludert noe om å behandle temaet med respekt.

Da den første skissen kom var det med følgende forklaring: «Vi har diskutert litt her om fedme, kropp, og stigma.

Vår første idé var å illustrere et ansikt, og en munn, til en person som spiser hamburger, og som mister tenner.

Altså unngå kropp og å si noe om hvor stor en kropp med fedme er, og samtidig eller heller si noe om usunn mat og tannproblemer.»

Illustratøren er inne på noe helt vesentlig. Vi skal alle være ytterst forsiktige for ikke å bidra til stigmatisering. Det er også grunner til å si at helsepersonell har et særlig ansvar. Helsepersonells holdninger og uttalelser kan ikke bare være ekstra belastende. Helsepersonell er i en unik posisjon til å kunne bidra i positiv retning dersom pasienten ønsker det.

En relativt ny studie utført ved NTNU i Trondheim ville finne ut hvorvidt samfunnets stigmatiserende holdninger til individer med fedme eller overvekt også gjenspeiles i helsevesenet. I innledningen heter det at overvekt og fedme er et økende folkehelseproblem. I tillegg til helseproblemer er de det gjelder sårbare for stigmatisering som et resultat av

avviket fra samfunnets kroppsnorm som sier hvordan et sunt individ skal se ut.

I studien er det sykepleiere som representerer helsepersonellet. Det kunne vært leger, og det kunne vært tannleger. Og resultatet kunne blitt det samme, uten at vi kan slå dette fast, naturligvis.

I sammendraget heter det at studien viser at sykepleiere og annet helsepersonell ofte henfaller til stigmatisering av individer med fedme eller overvekt. Helsepersonell preges av samfunnets ensidige vektfokus, hvilket kan medføre en devaluering av individene med bakgrunn i deres vekt. Flertallet av respondene i spørreundersøkelsen har opplevd dårlige holdninger til pasienter med fedme eller overvekt. Studierapporten etterspør mer kunnskap om tilstanden, og sier at sykepleiere og annet helsepersonell må være bevisst på utfordringene med vektstigma. Studien foreslår å møte pasientene med respekt og ydmykhet, og se hele mennesket bak diagnosen.

Konklusjonen er at vektstigma er et stort problem, som kan føre til diskriminering og skam. Dette hører ikke hjemme i det moderne helsevesenet.

Helsepersonell må søke å motvirke stigmatiseringen ved å være bevisste på at vektstigma finnes, møte pasientene med adekvat kunnskap om tematikken og se hele mennesket bak avviket fra det vi gjerne kaller det normale. Videre oppfordres det til å bidra til å gi pasientene livsmot, slik at de kan klare å mobilisere egne ressurser og få til en endring – dersom de ønsker det.

Det handler mest om hvordan vi snakker med folk. Her kan tannhelsepersonell bidra, like mye som alt annet helsepersonell.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

Smartere drift av tannklinikken

Bemanningsoversikt

Oversikt over arbeidstid, egenmelding og sykmelding, ferie og avspasering. Automatisk fraværstatistikk.



Stoffkartotek

Gjør alle sikkerhetsdatablader tilgjengelige for alle med et klikk. Automatiske forslag til risikovurderinger.



Kontroll på utstyr

Utstysregister som dekker alle lovkrav og sikrer deg ved eltilsyn. Rutiner for kontroll og vedlikehold. Dokumentasjon av utførte oppgaver.



Datasikkerhet



Avvik



Risiko



Avtaler



Ansvar



Oppgaver



Felles plan

Når du sjonglerer rollene som bedriftsleder, arbeidsgiver og helsearbeider, er det godt å ha smarte verktøy. TrinnVis hjelper deg å holde orden og oversikt, bruke arbeidskraften effektivt og ivareta et godt arbeidsmiljø. TrinnVis er et felles system for alle på tannklinikken, og gjør det enkelt å dokumentere og kommunisere ansvar, rutiner, oppgaver og planer.

 **TrinnVis**
Drift, HMS og kvalitet



TrinnVis utvikles
i samarbeid med
Tannlegeforeningen

Spør meg!

hege@trinnvis.no
485 95 393



Når sannheten eies av den som roper høyet

Det er kommune- og fylkestingsvalg i år. I Asker der jeg bor går diskusjonen åpent i mediene om bruk av dyrket mark, miljø, nærmiljø og kollektiv transport – for å nevne noe. Fylkessakene er ikke like dominerende, men noen snakker mye om tannhelsetjenester til befolkningen, andre om vei og skoler. Politikk er interessant, spennende og viktig. Det handler om deg og meg, om hvordan vi har det der vi bor og jobber. Politikere er folk som vi velger til å representere oss og stå på for det jeg som velger mener er viktig. De kan diskuteres med, og vi kan være både enige og uenige med dem, og det er lov å si fra om det. Hele vårt demokrati bygger på disse viktige prinsippene: Frie valg, flertallsstyre, retten til å være uenig med flertallet og at individets grunnleggende rettigheter ivaretas. Slik er det i samfunnet. Slik skal det også være i NTF.

God politikk fordrer at de som skal ta avgjørelsene, har det beste grunnlaget for å kunne ta de riktige valgene. Det krever også at politikerne er villige til å lytte til alle med meninger i saken, og at de evner å reflektere og bruke informasjonen konstruktivt og med et kritisk blikk.

«Lær deg å lytte uten å ha munnen full av ord.» Det var et godt råd jeg fikk en gang fra et klokt menneske. Det handler om å tørre å være helt åpen for den informasjonen du blir gitt. Det handler om å lytte aktivt for deretter å reflektere over hva du har hørt før du svarer. Det handler om å ikke tenke på hva din respons er mens den andre prater. Det er et av de beste og kanskje mest vanskelige råd jeg har fått. Som kirurg og lærer var jeg vant til å komme med løsninger og svar. Nå kan jeg oppleve at pasienter prater seg selv bedre, mens jeg får mer ro i selve lyttingen. Rådet ble ment brukt i samtaler med mine pasienter, men det har åpnet opp mange andre arenaer og anbefales på det sterkeste. Det fungerer i pasientkontakt, med kolleger, venner og ektefelle. I en verden hvor ting går stadig raskere er det en gave å bli lyttet til og å tilstedeværende lytte til andre.

Det bekymrer meg at kunnskap og faglighet synes å bli stadig lavere vurdert. Er det de som roper høyt, de som får flest «likes» og har flest følgere på sosiale medier vi stoler mest på? Er det dem som er sterke i egne overbevisninger og har svarene uten å samtidig ha vurdert saken kritisk, vi vil følge? Skal influensere definere hva som er god helse, god munnhelse og god behandling basert på egne erfaringer? Er fagfolk i ferd med å miste



Foto: Kristin Aakres.

I NTF er vi opptatt av å lytte til hva medlemmene mener og ønsker. Derfor har vi nettopp gjennomført en medlemsundersøkelse som skal gi oss oppdatert innsikt i sammensetningen av medlemsmassen, hva som opptar våre medlemmer og hva de syns om den jobben foreningen gjør.

evnen til å opplyse folket og til å opplyse byråkratiet? Har politikerne sluttet å lytte til fagfolk? Og hvis svaret på noe av dette er ja, har vi da sovet i vår egen time?

NTF har nylig i samarbeid med Geitmyra-alliansen klart å få gjennom strengere regulering av reklame for usunn mat og drikke rettet mot barn og unge. Det er en svært viktig seier, og en seier som vi ikke kunne klart å få til alene. Den er viktig fordi vi ser endring i kostholdsvaner som har ført til overvekt og diabetesøkningen blant de unge, og som kommer til å påvirke munnhelsen i befolkningen. Det krevde mye press for å få politikerne med på dette, og vi har fortsatt mye arbeid foran oss. Sukkeravgiften er fortsatt ikke tilbake. Saken illustrerer godt påvirkningskraften som ligger i de sosiale mediene. Effektivt har industrien fått de unge til å spise godteri og til å drikke sure drikker nesten daglig. På samme måte selges blekemidler, skallfasetter og korrigerende kosmetisk kirurgi. Fagfolket advarer og opplyser, men blir vi lyttet til?

I NTF er vi opptatt av å lytte til hva medlemmene mener og ønsker. Derfor har vi nettopp gjennomført en medlemsundersøkelse som skal gi oss oppdatert innsikt i sammensetningen av medlemsmassen, hva som opptar våre medlemmer og hva de syns om den jobben foreningen gjør. Dette er informasjon som er helt nødvendig for at NTF fortsatt skal være foreningen for alle tannleger i hele landet. Jeg håper veldig, veldig mange av dere har benyttet anledningen til å gi oss de tilbakemeldingene vi trenger. Takk til alle som svarte!

I november skal det avholdes representantskapsmøte i NTF. Representantskapet er foreningens høyeste myndighet, og dette er derfor den viktigste demokratiske muligheten medlemmene våre har til å påvirke NTFs kurs fremover. Det er muligheten du har til å rope høyt, være tydelig og forhåpentlig bli lyttet til. Grip den, aller først gjennom innspill til lokalforeningene som er selve grunnlaget i foreningsdemokratiet vårt. Det gir også muligheten til å bli med blant alle oss som jobber for medlemmene, for pasientene og for munnhelsen i befolkningen. Kanskje er det sånn at vi må rope høyere og rope klokere? Kanskje må vi rope mer sammen med andre? Helt sikkert må vi få frem mer kunnskap om tjenesten vår og om munnhelse. Vi skal være gode lyttere, men vi skal også lære de andre til å lytte til oss. Bli gjerne med oss på dette.

Heming Olsen-Bergem
President i NTF

HOVEDBUDSKAP

- Hos fedmepasienter synes metabolsk syndrom å være en mulig risikofaktor for utvikling av alvorlig periodontitt
- I et utvalg med få pasienter var det ikke mulig å påvise en negativ effekt ved bruk av kalsiumantagonister på periodontal status
- Tidlig diagnostisering av periodontitt synes å være særlig viktig ved behandling av fedmepasienter
- Det er viktig å jevnlig oppdatere pasientanamnesen

FORFATTERE

Emma Lindal, tannpleier. Bergen

Helene Vo, tannpleier. Trondheim

Astrid Nilsen, tannlege. Bergen

Anette Thorsnes, tannlege. Ål

Stein Atle Lie, professor. Institutt for klinisk odontologi,

Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Paal Methlie, overlege. Medisinsk avdeling, Haukeland

Universitetssykehus og førsteamanuensis, Klinisk institutt

2, Det medisinske fakultet, Universitet i Bergen

Knut N. Leknes, professor. Institutt for klinisk odontologi,

Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Knut N. Leknes, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19, N-5009 Bergen. E-post: knut.leknes@uib.no

Akseptert for publisering 03.03.2023

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:

Lindal E, Vo H, Nilsen A, Thorsnes A, Lie SA, Methlie P, Leknes KN. En pilotstudie for å undersøke betydningen av fedme, metabolsk syndrom og bruk av kalsiumantagonister på periodontal helse. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2023; 133: 652-8.

MeSH: Body Mass Index; Metabolic Syndrome; Glucose; Pilot Projects; Periodontitis

E. Lindal, H. Vo, A. Nilsen og A. Thorsnes er likeverdige bidragsytende forfattere

Manuskriptet er basert på en godkjent bacheloroppgave ved Universitetet i Bergen.

En pilotstudie for å undersøke betydningen av fedme, metabolsk syndrom og bruk av kalsiumantagonister på periodontal helse

Emma Lindal, Helene Vo, Astrid Nilsen, Anette Thorsnes, Stein Atle Lie, Paal Methlie og Knut N. Leknes

Målet med denne pilotstudien var å undersøke hvilken betydning fedme, metabolsk syndrom (MetS) og bruken av kalsiumantagonister (KA) har på periodontal helse.

Pasienter ble rekruttert fra Poliklinikk for overvekt ved Haukeland universitetssykehus, Bergen. Kriterier for inklusjon var fullført livsstilskurs og en kroppsmasseindeks (KMI) $>30 \text{ kg/m}^2$. Basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble 28 pasienter rekruttert til følgende tre grupper: Gruppe 1: ti pasienter med diagnosen fedme; Gruppe 2: ti pasienter med tilleggssdiagnosen MetS; Gruppe 3: åtte pasienter med MetS som i tillegg brukte legemiddelet KA på grunn av hypertensjon. Følgende kliniske parametere ble registrert: periodontale lommer (PD), festnivåmålinger (CAL) og blødning ved sondering (BoP). Blodprøve- og antropometriske data ble hentet fra pasientenes medisinske journal.

Den kliniske undersøkelsen viste en tendens til en mer alvorlig periodontitt i gruppe 2 og 3 sammenlignet med gruppe 1. Flere pasienter i gruppe 2 og 3 ble diagnostisert med dype lommer (PD ≥ 6 mm), større festetap (CAL ≥ 6 mm) og stadium 3 periodontitt. Blødningsprosenten var høyest i gruppe 1. Fastende serum triglyserid nivå og glukose var signifikant lavere i gruppe 1 ($p < 0,05$).

Fedmepasienter med MetS tenderte til å utvikle mer alvorlig periodontitt enn fedmepasienter uten MetS. Et større pasientmateriale bør inkluderes for å kunne trekke endelige konklusjoner om enkeltfaktorens betydning for periodontal helse.

I 2019 ble 37 % av befolkningen i Norge mellom 25 og 66 år diagnostisert med fedme og prosentandelen er økende (1). Det er kjent at fedme øker risikoen for blant annet diabetes type 2, høyt blodtrykk, hjerte-karsykdommer og metabolsk syndrom (MetS). Mindre kjent er det at fedme også assosieres med orale helseproblemer som periodontitt, tanntap, hyposalivasjon, dental erosjon og karies (2).

Ifølge Verdens Helseorganisasjon er livsstilssykdommen fedme en diagnose som definerer individer med en kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 30 kg/m² (3). Normalvektige har KMI mellom 18,5 og 24,9 kg/m². Diagnosen fedme kan graderes i tre undergrupper; grad I (KMI 30-34,9 kg/m²), grad II (KMI 35-39,9 kg/m²) og grad III (KMI ≥ 40 kg/m²) (4). Personer med KMI mellom 25-29,9 kg/m² defineres som overvektige.

Periodontitt er en kronisk infeksjons-/inflammasjonssykdom som hyppigst rammer den voksne befolkningen (5). Akkumulering av subgingivalt plakk kan trigge en dysbiotisk immunrespons i tenenes festeapparat som kan føre til festetap og eventuelt tanntap. Alvorlig periodontitt rammer omtrent 10 % av befolkningen globalt og er dermed den sjette mest hyppige kroniske tilstanden (6).

Epidemiologiske studier har vist en assosiasjon mellom fedme og periodontitt, men årsakssammenhengen er uklar. Ved vektøkning øker antall adipocytter og produksjonen av proinflammatoriske cytokiner som adipokiner. Én hypotese er at økte konsentrasjoner av adipokiner kan trigge en systemisk inflammasjon som bidrar til utvikling av periodontitt. Hos individer med fedme kan dette gi en ubalanse mellom pro-inflammatoriske og anti-inflammatoriske adipokiner som resulterer i en systemisk periodontal lavgradinflammasjon (7, 8).

MetS er en samling av forstyrrelser i kroppens metabolisme som øker risikoen for diabetes mellitus type 2, hjertesykdom og hjerne-slag. Tilstanden karakteriseres av fedme, økt midjemål, økt insulin-nivå/blodglukose, hypertensjon og/eller lave konsentrasjoner av «high-density lipoprotein (HDL) og høye konsentrasjoner av triglyserider (TG)». En kombinasjon av flere faktorer øker sannsynligheten for å utvikle livstruende sykdommer. Alder, diabetes type

Tabell 1. Variabler som inngår i vurderingen av metabolsk syndrom. For å bli diagnostisert med metabolsk syndrom må minst tre av fem kriterier være oppfylt

	Menn	Kvinner
Midjemål	>101,6 cm	>88,9 cm
Fastende glukose	$\geq 5,6$ mmol/L eller medikamentell behandling av hyperglykemi	
Triglyserid	$\geq 1,7$ mmol/L eller medikamentell behandling av dyslipidemi	
HDL-kolesterol	<1,0 mmol/L	<1,3 mmol/L
Blodtrykk	Systolisk blodtrykk >130 mmHg eller diastolisk blodtrykk >85 mmHg eller medikamentell behandling av hypertensjon	

2, hormonell ubalanse og genetikk er faktorer av betydning for økt forekomst (9). Definisjonen av MetS er omdiskutert og i litteraturen finnes det flere definisjoner. I denne studien er det brukt den reviderte versjonen av «National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III)» definisjonen fra 2005 (10). Ifølge denne definisjonen vil individer med tre eller flere av de fem kriteriene oppfylle kravene til en MetS-diagnose (tabell 1).

En komplikasjon til overvekt og fedme er høyt blodtrykk. Kalsiumantagonister (KA), også kjent som kalsiumkanalblokkere, er effektive legemidler ved behandling av hypertensjon. KA virker ved at de bindes til kalsiumkanaler og hindrer dermed kalsiumioner å bevege seg inn i hjertemuskelceller og glatte muskelceller i perifere kar. Dette fører til en utvidelse av koronare arterier og perifere arterioler og har således en blodtrykkssenkende effekt (11, 12). I 2020 brukte 125 762 personer i Norge i aldersgruppen 20-69 år KA. Ved bruk av KA kan balansen i gingiva mellom nedbrytning og produksjon av vev endres, og fibrose vil kunne oppstå. Fibrose gir en sterk økning av ekstracellulær matriks i gingivalt bindevev som kan resultere i legemiddelindusert gingival overvekst (LIGO) (11). Der-som LIGO oppstår hos et individ med en periodontal diagnose, vil sykdomsforløpet forverres. Ved LIGO dannes det pseudolommer rundt tenner og dette vil komplisere tilgjengeligheten for daglig reinhold og profesjonell instrumentering. Det er også indikasjoner på at bruk av KA vil kunne forsterke den inflammatoriske vevsreaksjonen og dermed føre til en raskere periodontal nedbrytning (12).

Formålet med denne pilotstudien er å undersøke hvilke betydning fedme, MetS og bruken av KA har på periodontal helse. Ved å definere tre grupper der gruppe 1 består av voksne fedmepasienter uten MetS, gruppe 2 voksne fedmepasienter med MetS og gruppe 3 voksne fedmepasienter med MetS som i tillegg bruker KA, ønsker vi å belyse hvilken betydning hver av disse enkeltfaktorene har med tanke på risiko og alvorlighetsgrad av periodontitt. Vår hypotese er

at fedmepasienter med MetS og de som i tillegg bruker KA har en forverret periodontal status sammenlignet med fedmepasienter uten disse tilleggsfaktorene.

Materiale og metode

Studieprotokoll og informert samtykke, basert på Helsinki erklæringen fra 1975, versjon 2008, er blitt godkjent av Norges Regionale Ethiske komite (REK nr. 152810 – 12/08/2020/REK Vest). Deltakerne i studien leste og signerte informert samtykke før inklusjon.

Rekruttering av pasienter

Deltakere i denne pilotstudien ble rekruttert fra Poliklinikk for overvekt, Haukeland universitetssjukehus, i perioden januar 2021 til september 2021. Kriterier for inklusjon var fullført livsstilskurs på 10 gruppetimer over en periode på 5 måneder og en KMI >30 kg/m². Eksklusjonskriterier var leukemi/nøytropeni, HIV/AIDS, graviditet, bruk av immunedsettende legemidler, alvorlige psykiske lidelser, Sjøgrens syndrom, endokrinologisk årsak til fedme (for eksempel hyperkortisolisme, hypotyreose o.l.), spiseforstyrrelser og kreft i hode- og halsområdet.

I rekrutteringsperioden ble et tilfeldig utvalg av egnede pasienter for hver av disse tre gruppene registrert: Gruppe 1 («Non-Mets», n = 10), gruppe 2 («MetS», n = 10) og gruppe 3 («MetS + KA», n = 8). Før oral undersøkelse ble detaljerte generellmedisinske data hentet fra medisinsk journal, Poliklinikk for overvekt (tabell 1).

Kalibrering av undersøker

Samme person (AT) blindet for pasienters gruppetilhørighet, utførte alle kliniske registreringer. Før oppstart av pilotstudien, ble det i perioden november 2020 og januar 2021 utført to separate kalibreringsøvelser. Først ble undersøker kalibrert mot en erfaren periodontist (KNL) og deretter mot seg selv for å oppnå størst grad av reproducerbare «intra-examiner» målinger for variablene PD og CAL. Intraklasse korrelasjonskoeffisienten (ICC) ble beregnet separat for hver flate. ICC for de to målingene varierte mellom 0,84 og 0,93 for PD og mellom 0,82 og 0,95 for CAL.

Periodontal undersøkelse

Før den kliniske undersøkelsen ble det tatt to intraorale bitewings (BW). Ved den kliniske undersøkelsen ble følgende parametre registrert: periodontal lomme (PD) og festnivåmålinger («Clinical Attachment Level»; CAL). PD er distansen fra gingivalranden til den sannsynlige bunnen av lommen i mm, mens CAL er distansen fra emalje-sement grensen eller fra den marginale delen av en tannrestaurering til den sannsynlige bunnen av lommen i mm. Alle tenner ble målt på seks målepunkter per tann med en lommedybde måler

(PCP, UNC 15, Hu-Friedy, Chicago, IL, USA). Blødning («Bleeding on Probing»; BoP) ble registrert dersom det oppsto blødning ved sondering (13). Registreringen ble gjort på fire flater per tann.

Periodontal diagnose

Periodontitt ble diagnostisert og klassifisert etter kriterier fra 2017 World Workshop «on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions» (14). Diagnosen periodontitt stadium I ble gitt der interdental CAL tap var på 1-2 mm målt ved største festetap, maksimum PD ≤4 mm, røntgenologisk beintap begrenset til den cervikale tredjedelen av roten (<15 %) og ingen tanntap grunnet periodontitt. Stadium II ble diagnostisert ved største interdental CAL tap på 3-4 mm, PD ≤5 mm, røntgenologisk beintap begrenset til den cervikale tredjedelen av roten 15 – 33 %), og ingen tanntap grunnet periodontitt. Stadium III ble diagnostisert ved interdental CAL tap ≥5 mm, PD ≥6 mm, røntgenologisk beintap til midtre tredjedelen av roten og ≤4 tenner mistet grunnet periodontitt. Stadium IV ble diagnostisert ved interdental CAL tap ≥5 mm, PD >6 mm, røntgenologisk beintap til apikale tredjedelen av roten og ≥5 tenner mistet grunnet periodontitt.

Siden det bare ble tatt BW av pasientene, ble klassifiseringen av periodontitt i denne pilotstudien basert på kliniske parametre.

Røyk- og snusestatus

Røykere ble gruppert som aktive, tidligere eller aldri røykere. Egenrapportert røyke-erfaring ble målt i antall pakker per år; antall sigaretter røkt daglig, multiplisert med antall år, delt på 20 (antall sigaretter i en vanlig pakke røyk) (15). Snusere ble registrert som aktive, tidligere eller aldri snusere.

Statistiske analyser

Kategoriske data ble presentert som frekvenser/antall og prosenter, mens kontinuerlige data ble presentert som gjennomsnitt (med 95 % konfidensintervall). For å sammenligne kategoriske variable ble chi-kvadrat test benyttet, mens t-test ble benyttet for kontinuerlige variabler. For utfallsvariablene lommedybde (PD) og festnivå (CAL) ble gruppevis forskjeller i pasientens maksimalverdi beregnet og testet.

Resultater

Gruppekarakteristika er vist i tabell 2. Gjennomsnittlig alder er lavest i gruppe 1 og øker ved tilstedeværelsen av MetS (gruppe 2) og MetS og KA (gruppe 3). Fordelingen av kjønn og antall deltagere er lik i gruppe 1 og 2 med en overvekt av kvinner i begge grupper. I gruppe 3 var det flere menn enn kvinner.

I totalmaterialet var det to aktive røykere og to aktive snusere samt fire tidligere røykere og to tidligere snusere. Majoriteten av individene hadde verken røykt eller snust (tabell 2).

Ved gruppevis karakterisering av pasientmaterialet basert på maksimal lommeregistrering var det i gruppe 1 ett individ med PD ≤ 3 mm, åtte med PD 4-5mm og ett med PD ≥ 6mm. For gruppe 2/ gruppe 3 var de tilsvarende tallene 0/0, 7/6 og 3/2 (p=0.580) For

Tabell 2. Karakteristika for de ulike gruppene av fedmepasienter. Gruppe 1: pasienter med diagnosen fedme; Gruppe 2: pasienter med tilleggsdiagnosen metabolsk syndrom; Gruppe 3: pasienter med metabolsk syndrom som i tillegg brukte legemiddelet kalsiumantagonister på grunn av hypertensjon

Variabler	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	p-verdi
Gjennomsnitt (95% CI)				
Alder	41,4 (33,6-49,2)	49,0 (41,4-56,6)	52,3 (44,6-59,8)	0,135
% BoP	30,0 (23,9-36,2)	21,1 (16,0-28,3)	22,8 (15,6-29,7)	0,148
Antall pasienter				
Kjønn				
Menn	4	4	6	0,247
Kvinner	6	6	2	
Røyking				
Ja	0	2	0	0,247
Nei	8	7	7	
Tidligere	2	1	1	
Snus				
Ja	1	0	1	0,733
Nei	8	9	7	
Tidligere	1	1	0	
Maks PD				
0-3 mm	1	0	0	0,580
4-5 mm	8	7	6	
≥6 mm	1	3	2	
Maks CAL				
0-3 mm	1	0	0	0,510
4-5 mm	7	6	4	
≥6 mm	2	4	4	
Stadium				
Ingen periodontitt	5	4	3	0,935
Stadium I/ Stadium II	2	2	1	
Stadium III	3	4	4	

PD: «Probing depth» (Lommedybde); CAL: «Clinical attachment level» (Festenivå); BoP: «Bleeding on probing» (Blødning ved sondering)

variabelen CAL ble det i gruppe 1 registrert ett individ med verdi ≤ 3 mm, sju 4-5mm og to ≥ 6 mm. For gruppe 2/gruppe 3 var de tilsvarende tallene 0/0, 6/4 og 4/4 ($p=0.510$).

Gjennomsnittlige blødningsprosenten for gruppe 1, gruppe 2 og gruppe 3 var 30, 21,1 og 22,8 ($p=0,148$; tabell 2).

I gruppe 1 ble fem pasienter klassifisert som periodontalt friske, to tilhørende stadium I/stadium II og tre stadium III. Tilsvarende tall for gruppe 2/gruppe 3 var 4/3, 2/1 og 4/4 ($p=0,935$; tabell 2).

Medisinske data

Tabell 3 viser den gjennomsnittlige verdien for KMI, HDL-K, TG, systolisk blodtrykk og fastende serum glukose ved første undersøkelse på Fedmeklinikken.

Gjennomsnittlige KMI for de ulike gruppene er relativt like med en marginal reduksjon av KMI fra gruppe 1 til gruppe 3. De gjennomsnittlige gruppeverdiene for HDL-K viser små forskjeller. For gruppe 1 var den gjennomsnittlige gruppeverdien for TG 1,26 mmol/L. Denne verdien er signifikant lavere ($p<0,05$) enn for gruppe 2 og 3. Målingene av systolisk blodtrykk viser at verdiene var høyere (ikke signifikant) for gruppe 3 sammenlignet med gruppe 1 og 2. Verdiene for glukose viser en jevn økning fra gruppe 1 til gruppe 3 der forskjellen mellom gruppe 1 og gruppe 3 var signifikant ($p<0,05$).

Diskusjon

I denne pilotstudien ble det i gruppe 2 og 3 diagnostisert dype lommer (≥ 6 mm) på flere pasienter enn i gruppe 1. CAL-målingene og klassifiseringen av periodontitt viser samme tendens med en mer alvorlig periodontal status i gruppe 2 og gruppe 3. Dette kan tyde på at tilstedeværelsen av MetS synes å ha en negativ effekt på alvorlighetsgraden av periodontitt hos fedmepasienter. En eventuell negativ effekt av KA var ikke målbart i dette begrensede utvalget. Det er interessant å observere at høyest blødningsprosent ble registrert i

gruppe 1. For de medisinske variablene ble det registrert en gradvis reduksjon av KMI fra gruppe 1 til gruppe 3, mens de andre variablene viste en motsatt tendens.

Det var en overvekt av kvinner i gruppe 1 og 2, mens i gruppe 3 var det flest menn. Gjennomsnittlig KMI for gruppe 1 og 2 kvalifiserer til fedme grad III, mens gruppe 3 endte i grad II. Tall fra FHI viser at det er flest menn med diagnosen fedme, men kvinner har en mer alvorlig grad (16). Vi finner også at overvektige kvinner har en høyere KMI enn menn.

Det er en uklar årsakssammenheng mellom fedme og periodontitt. For begge tilstandene er kronisk inflammasjon en fellesnevner. En balanse i produksjonen av pro- og anti-inflammatoriske cytokiner i periodontium er avgjørende for etablering av en stabil gingival tilstand uten periodontalt festetap (17). Hos fedmepasienter er det påvist en aktiv frigivelse av inflammatoriske cytokiner som IL-6 og TNF- α til blodbanen. Det er også rapport en sammenheng mellom økt mengde fettvev og økt produksjon av inflammatoriske cytokiner (18). Ved høy KMI vil det kunne oppstå en systemisk lavgrad-inflammasjon som sannsynligvis øker mottakeligheten av periodontitt (19). Denne studien med 50 % periodontitt i gruppe 1 og om lag 60 % i gruppe 2 og 3, tyder på at periodontitt er svært vanlig hos pasienter med fedme og at systemisk inflammasjon kan være en medvirkende etiologisk faktor.

I nyere studier er det ikke mulig å finne en entydig sammenheng mellom MetS og periodontitt. Siden diagnostiske kriterier brukt for kasusdefinisjon av MetS og periodontitt har vist stor variasjon mellom ulike studier, har det vært utfordrende å inkludere homogene studier i systematiske oversiktsartikler og meta-analyser. En nylig publisert meta-analyse basert på 26 enkeltstudier konkluderte med at individer med MetS hadde 38 % større sannsynlighet for å utvikle periodontitt (20). MetS og periodontitt synes å være assosiert via inflammasjon og oksidativt stress (21). Oksidativt stress kan føre til

Tabell 3: Gjennomsnittsverdier for medisinske variabler for de ulike gruppene av fedmepasienter. Gruppe 1: pasienter med diagnosen fedme; Gruppe 2: pasienter med tilleggsdiagnosen metabolsk syndrom; Gruppe 3: pasienter med metabolsk syndrom som i tillegg brukte legemiddelet kalsiumantagonister på grunn av hypertensjon

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	P-verdi
KMI	41,58	40,56	39,84	0,706
HDL-K	1,17	1,13	1,19	0,896
TG	1,26 ^a	2,69	2,66	0,033
Systolisk blodtrykk	139,0	136,6	146,6	0,471
Fastende glukose	5,65 ^b	6,28	7,38	0,063

KMI: Kroppsmasseindeks; HDL-K: «High Density Lipoprotein-kolesterol»; TG: «Triglyserid»

a: Gruppe 1 er signifikant forskjellig fra Gruppe 2 og 3 (begge $p<0,05$)

b: Gruppe 1 er signifikant forskjellig fra Gruppe 3 ($p<0,05$)

økt inflammasjon og individer med både MetS og periodontitt viser økte konsentrasjoner av inflammasjonsmarkører. En tilstand med vedvarende lavgrad-inflammasjon kan føre til utvikling av insulin-resistens som i neste omgang kan gi økt KMI og økt midjemål. En kronisk systemisk inflammasjonstilstand kan således predisponere individer med periodontitt til å utvikle MetS-komponenter eller vice versa (22). Siden gruppe 2 og gruppe 3 viste en mer alvorlig form for periodontitt enn gruppe 1, kan dette være en indikasjon på at MetS akselererer forløpet av periodontitt hos fedmepasienter. Siden målte gjennomsnittsverdier for TG og fastende glukose var signifikant høyere for gruppe 2 og gruppe 3 sammenlignet med gruppe 1, kan disse faktorene også være av betydning for å forklare forskjellene i forekomst av alvorlig periodontitt mellom gruppene.

Gingivale fibroblaster inneholder L-type kalsiumkanaler. Disse har en avgjørende betydning for virkningsmekanismen til KA i hjertemuskelceller og glatte muskelceller i perifere blodkar (23). KA kan ha direkte effekt på gingivale celler ved å hindre opptak av kalsium i fibroblastene. Endret kalsiummetabolisme i gingivale fibroblaster vil kunne gi økt vevsnydannelse og påfølgende fibrose. Det er sterke indikasjoner på at inflammasjon vil kunne øke graden av fibrose i gingiva. Makrofager i inflammet vev frigir «transforming growth factor- β » (TGF- β) som stimulerer til økt proliferasjon og aktivering av fibroblaster (24). Den kliniske effekten av langsiktig bruk av KA kan være økt tanntap (25).

I denne studien var det ikke mulig å påvise en sikker sammenheng mellom bruken av KA og økt risiko og alvorlighetsgrad av periodontitt. Mulige forklaringer kan være at den inflammasjonsfremmende effekten av fedme og MetS er svært dominerende og at studien ikke har tilstrekkelig statistisk styrke.

Denne pilotstudien har ingen kontrollgruppe av normalvektige individer med tilsvarende aldersvariasjon. Uten å kunne sammenligne funnene med en slik referansegruppe, skal en være forsiktig med å konkludere i forhold til forekomst og alvorlighetsgrad av periodontitt. Den kliniske undersøkelsen gir dessuten ingen informasjon om tidspunktet for oppstarten av den periodontale nedbrytningen og heller ikke om tidligere behandling. Jevnlige kontroller vil kunne forbedre periodontal status og således være en betydelig feilkilde. I en seinere fullskala studie bør dessuten plakkscore inkluderes som klinisk parameter på pasientnivå.

Resultatene fra denne pilotstudien indikerer at hos fedmepasienter vil tilleggsdiagnosen MetS øke sannsynligheten for å utvikle en mer alvorlig grad av periodontitt. Det var ikke mulig i dette utvalget med få pasienter å få bekreftet at medisinerings med KA hadde en negativ periodontal effekt. Enkeltfaktorers betydning for periodontal helse bør undersøkes i en større studie der også normalvektige individer inkluderes.

REFERANSER

- 06181: Levevaner (prosent), etter levevane, alder, statistikkvariabel, år og kjønn [Internet]. Statistisk sentralbyrå. 2020. Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/06181/>.
- Jacobsen N. Fedme og oral sykdom. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2020; 130: 404-9.
- World Health Organization. Obesity and overweight. World Health Organization: World Health Organization; 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight?fbclid=IwAR2FaIGJRmBC-7SL-4FmzIRKQsTHiAd-CimmPQYUfZVKOeJRf4zJGey-N7OI>].
- Hauge A, Tonstad S. Overvekt. *Store norske leksikon*; 2020 [Available from: https://snl.no/overvekt?fbclid=IwAR1_N4Vy8pRPI4gsru-1oYGuaSjg9ePf-nEVrCfKHyoCjMcLzcZWiePFUJm].
- Aleksejuniene J, Holst D. De periodontale sykdommers epidemiologi og klassifikasjon. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2004; 114: 14-9.
- Ashraf Nazir M. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci*. 2017; 1(2): 72-80.
- Brooks GC, Blaha MJ, Blumenthal RS. Relation of C-reactive protein to abdominal adiposity. *Am J Cardiol*. 2010; 106: 56-61.
- Marques-Vidal P, Bochud M, Bastardot F, Lüscher T, Ferrero F, Gaspoz J-M, et al. Association between inflammatory and obesity markers in a Swiss population-based sample (CoLaus Study). *Obes Facts*. 2012; 5(5): 734-44.
- Elling I. Metabolsk syndrom. *lhl.no: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke*; 2014 [Available from: <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/metabolsk-syndrom/>].
- Grundy SM, Cleeman JJ, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005; 112(17): 2735-52.
- Yamasaki A, Rose GG, Pinero GJ, Mahan CJ. Ultrastructure of fibroblasts in cyclosporin A-induced gingival hyperplasia. *J Oral Pathol*. 1987; 16: 129-34.
- Lygre H. Legemiddelindusert gingival overvekt (LIGO). *Nor Tannforen Tid*. 2014; 124(5): 370-5.
- Mühlemann HR, Son S. Gingival sulcus bleeding - a leading symptom in initial gingivitis. *Helv Odontol Acta*. 1971; 15(2): 107-13.
- Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol*. 2018;89(S1): 159-71.
- Bunæs DF, Lie SA, Enersen M, Aastrøm AN, Mostafa K, Leknes KN. Site-specific treatment outcome in smokers following non-surgical and surgical periodontal therapy. *J Clin Periodontol*. 2015; 42(10): 933-42.
- Meyer HE, m.fl. Overvekt og fedme i Norge. *Fhi.no: Folkehelseinstituttet*; 2017 [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>].
- Seymour G, Berglundh T, Trombelli L. Pathogenesis of Periodontitis. In: Lindhe J, Lang N, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 6th edition: Chichester: John Wiley & Sons; 2015. p. 257-89.
- Fontana L, Eagon CJ, Trujillo ME, Scherer PE, Klein S. Visceral Fat Adipokine Secretion Is Associated With Systemic Inflammation in Obese Humans. *Diabetes*. 2007;56(4): 1010-3.
- Ellulu M, Patimah I, Khaza'ai H, Rahmat A, Abed Y. Obesity and inflammation: the linking mechanism and the complication. *Arch Med Sci*. 2017;13(4):851-63.
- Daudt LD, Musskopf ML, Mendez M, Remonti LLR, Leitao CB, Gross JL, et al. Association between metabolic syndrome and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Braz Oral Res*. 2018;32(e35):1-15.
- Lamster IB, Pagan M. Periodontal disease and the metabolic syndrome. *Int Dent J*. 2017;67(2):67-77.

22. Nibali L, D'Aiuto F, Griffiths G, Patel K, Suvar J, Tonetti MS. Severe periodontitis is associated with systemic inflammation and a dysmetabolic status: a case-control study. *J Clin Periodontol.* 2007; 34(11): 931-7.
23. Jeng J-H, Lan W-H, Wang J-S, Chan C-P, Ho Y-S, Lee P-H, et al. Signaling mechanism of thrombin-induced gingival fibroblast-populated collagen gel contraction. *Br J Pharmacol.* 2006; 147(2): 188-98.
24. Kim SS, Jackson-Boeters L, Darling MR, Rieder MJ, Hamilton DW. Nifedipine Induces Periostin Expression in Gingival Fibroblasts through TGF-beta. *J Dent Res.* 2013; 92(11): 1022-8.
25. Fardal Ø, Lygre H. Management of periodontal disease in patients using calcium channel blockers - gingival overgrowth, prescribed medications, treatment responses and added treatment costs. *J Clin Periodontol.* 2015; 42(7): 640-6.

ENGLISH SUMMARY

Lindal E, Vo H, Nilsen A, Thorsnes A, Lie SA, Methlie P, Leknes KN.

A pilot study to assess the influence of obesity, metabolic syndrome, and use of calcium antagonisms on periodontal health?

Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 652-8.

The aim of this pilot study was to explore the influence of obesity, metabolic syndrome (MetS), and the use of calcium antagonists (CA) on periodontal health.

Patients were recruited from the Obesity Clinic at Haukeland University Hospital, Bergen. Inclusion criteria were completion of a lifestyle intervention course and body mass index (BMI) >30 kg/m². Based on inclusion and exclusion criteria, 28 patients were recruited to the following three groups: Group 1: 10 obese patients; Group 2: 10 obese patients with MetS; Group 3: eight obese patients with MetS and using CA. The following clinical parameter were collected: probing depth (PD), clinical attachment level (CAL), and bleeding on probing (BoP). Blood sample and anthropometric data were retrieved from patients' medical charts.

The clinical examination revealed a trend of a more severe periodontitis in group 2 and 3 compared with group 1. A higher number of patients in group 2 and 3 was diagnosed with deeper pockets (PD ≥ 6 mm), more clinical attachment loss (CAL ≥ 6 mm), and Stage 3 periodontitis. The highest percentage of bleeding was observed in group 1. Fasting serum triglyceride level and glucose were significantly lower in group 1 (p<0.05).

Obese patients with MetS might be more prone to develop severe periodontitis than Non-MetS obese patients. Final conclusions regarding the influence of individual factors on periodontal health have to be based on a larger study sample.

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

Tidende ønsker å oppmuntre til gode oversiktsartikler i tidsskriftet. Prisen på 40 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den artikkelen som vurderes som den beste publiserte oversiktsartikkelen i løpet av to årganger av Tidende.

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

å opprettholde norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2023.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.



En digital
opplevelse
som føles rett.



Priser fra **189.999 kr.**

Inkl. MVA, ekskl. datamaskin.

Vi tror du kommer til å oppleve at pasientene dine blir mer fornøyde¹
og din praksis mer vellykket med TRIOS® intraorale skannere.

Kontakt din lokale forhandler som vil sørge for at du har alt du
trenger for å komme raskt i gang og fortsette din digitale reise.

Utforsk mer på 3Shape.com

1. 80 % av studiene (4 av 5) viser at pasientene foretrekker digitale avtrykk fremfor konvensjonelle (Chandran et al. 2019).

HOVEDBUDSKAP

- Nyere forskningslitteratur bekrefter og styrker anbefalinger gitt i Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM-rapport nr. 10/2003)
- Partielt erupterte 3.-molarer med vertikal eller distal retning og eruptert i høyde med eller nær okklusalflaten til 2.-molar hadde størst risiko for å utvikle perikoronitt
- Mandibulære 3.-molarer gir økt risiko for karies på mandibulære 2.-molarer
- Tilstedeværelse av asymptomatisk 3.-molar kan forårsake periodontale problemer distalt ved 2.-molar

FORFATTERE

Lars Mikkell Resen-Fellie, tannlege. Privatpraksis, Ski.

Johannes Halfdan Ryen, tannlege. Den offentlige tannhelsetjenesten, Agder fylkeskommune, Tvedestrand og Vegårshei

Trond Inge Berge, professor. Institutt for klinisk odontologi, det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Johannes Halfdan Ryen, johannes.halfdan.ryen@outlook.com

Akseptert for publisering 18.04.2023

Artikkelen er fagfellevurdert

Siter artikkelen som:
Resen-Fellie LM, Ryen JH, Berge TI. Profylaktisk fjerning av visdomstenner: Fortsatt et smart trekk? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2023; 133: 660-6.

MeSH: Pericoronitis; Cost-Benefit Analysis; Dental Caries Susceptibility; Risk Factors; Tooth Extraction

Profylaktisk fjerning av visdomstenner: Fortsatt et smart trekk?

Lars Mikkell Resen-Fellie, Johannes Halfdan Ryen og Trond Inge Berge

Moderne odontologi blir praktisert med vekt på profylakse. Fjerning av asymptomatiske visdomstenner gjøres profylaktisk for å skåne pasienten for ulike komplikasjoner som kan oppstå. Det er vanskelig å vise gunstige helseeffekter av å fjerne asymptomatiske visdomstenner. Fjerning av disse utsetter pasienten for potensielle sekveler og ubehag. Tannleger bør ha kunnskap om risiko for fremtidig utvikling av patologi blant annet knyttet til posisjon av asymptomatiske visdomstenner.

Målet med denne artikkelen er å oppdatere kunnskapsgrunnlaget om visdomstenner som hyppigst utvikler infeksjon. Denne litteraturstudien viste at partielt erupterte visdomstenner i høyde med eller nær nabotannens okklusalflate og vertikalt eller distalt vinklet relativt til nabotannen, har størst sannsynlighet for å utvikle perikoronitt. Partielt erupterte visdomstenner kan også ha en negativ effekt på pasienters periodontale helse og kan utgjøre en risiko for utvikling av kariøse lesjoner på andre molar. Dette styrker anbefalinger fra SMM-rapport nr. 10/2003 om å profylaktisk fjerne partielt erupterte visdomstenner som har øket risiko for infeksjon.

Det finnes per i dag ingen nasjonale retningslinjer for fjerning av ikke-frembrudte 3.-molarer (3M) i Norge, men SMM rapport nr. 10/2003 har dannet grunnlaget for de norske anbefalingene for profylaktisk fjerning av partielt erupterte, asymptomatiske 3M. (1) Det kan være mange årsaker til at 3M ikke erupterer fullstendig, og selv i de tilfeller der en oppnår full erupsjon har ikke alltid 3M en funksjonell rolle i munnhulen. Hos enkelte pasienter vil 3M bli impaktet, der

frembruddet mislykkes på grunn av plassmangel, feil stilling i kjeven eller fysiske hinder i erupsjonsbanen til tannen. 3M kan bli liggende i kjeven under intakt slimhinne uten kommunikasjon til munnhulen og defineres da som retinert. I de tilfeller der 3M ikke er fullt eruptert, men deler av tannen har brutt slimhinnen eller er sonderbar gjennom en periodontal lomme eller fistel, defineres den som partielt eruptert (1). Partielt erupterte 3M assosieres med patologiske forandringer som perikoronitt, periodontal sykdom, rotresorpsjoner og karies (1).

Profylaktisk fjerning av partielt erupterte visdomstenner blir definert som fjerning av visdomstenner med fravær av lokal sykdom.

En vurdering av risiko og nytte ved fjerning av asymptomatiske 3M versus ikke-behandling, må ligge til grunn for vår anbefaling til pasienten.

Det foreligger alltid en risiko for sekveler etter operasjoner, slik som skade på nervus alveolaris inferior og/eller nervus lingualis, fraktur, smerter og alvorlig postoperativ infeksjon (2, 3, 4). Vanskelighetsgrad ved fjerning og risiko for komplikasjoner øker med økende pasientalder (1). Ved å ikke fjerne 3M øker risiko for fremtidig utvikling av sykdomstilstander knyttet til tannen (5, 6, 7).

SMM-rapporten ble publisert i 2003 og siden den tid er det kommet nyere forskning på området. For å oppdatere risikogrunnlaget ved å avvente behandling av partielt erupterte, asymptomatiske 3M, ønsket vi å kartlegge hvilke partielt erupterte, asymptomatiske 3M som har størst sannsynlighet for å utvikle sykdom om de ikke fjernes.

Målet med denne studien var å vise om grunnlaget for risikovurderingene i SMM-rapporten er endret, og vurdere om det er nødvendig å oppdatere anbefalingene om profylaktisk fjerning av partielt erupterte 3M.

Metode

Vi valgte å foreta en litteraturstudie da en oppdatert gjennomgang av nyere forskningslitteratur er den mest egnede metoden for å besvare spørsmålet vi har stilt. Det er tatt utgangspunkt i samme søkestrategi som ved SMM-rapport 2003. Svært sjeldne lidelser forbundet med 3M er ekskludert.

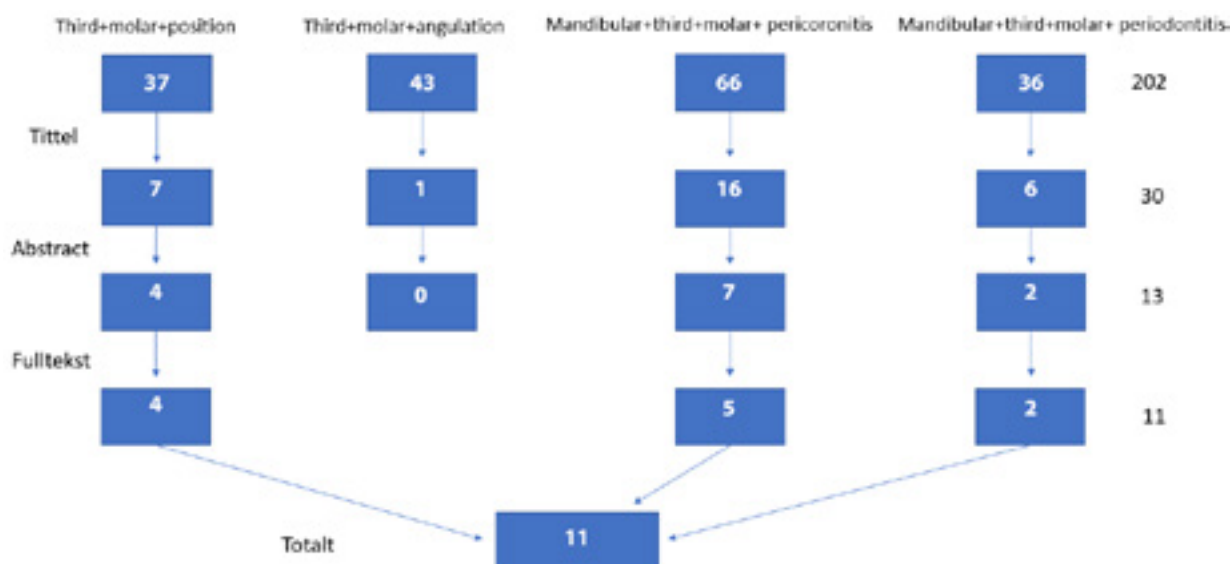
Det er tatt med bifunn fra søk, som «karies» og «resorpsjoner». Vi har ikke foretatt eksklusive søk på disse søkeordene (tabell 1).

Det ble foretatt litteratursøk i PubMed med følgende søkeord

1. Third+molar+position
2. Third+molar+angulation
3. Mandibular+third+molar+ pericoronitis
4. Mandibular+third+molar+ periodontitis

Tabell 1. Oppsummering av inklusjon- og eksklusjonskriterier for seleksjonsprosessen

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
i. Profylaktisk fjerning av retinerte eller delvis erupterte 3M	i. Pasienter med alvorlige sykdommer
ii. Sammenheng mellom posisjon av 3M og tilstedeværelse/ tilfeller av perikoronitt	ii. Case-reports
iii. Sammenheng mellom 3M og periodontitt	iii. Dyrestudier
iv. Studier fra år 2000 og nyere	iv. Studier på andre språk enn engelsk og skandinaviske språk
	v. Studier før år 2000



Figur 1. Grafisk fremstilling av antall artikler i seleksjonsprosessen.

Seleksjon ble gjort ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene til først å vurdere artikler ut fra tittel, deretter sammendrag i PubMed og så fulltekstversjonene. Doubletetter ble ekskludert etter gjennomgang av sammendrag. Se figur 1.

Resultater

Det ble totalt inkludert 11 artikler fra 2001 til og med 2019. Åtte av 11 (73 %) artikler er fra de siste åtte år.

Posisjon av 3M og forekomst av perikoronitt (tabell 2)

3M med delvis bløtvevsdekke og vertikal eller distoangulær posisjon, der okklusalfaten av 3M flukter med okklusalfaten av 2.-molar (2M) eller ligger mellom okklusalfaten av 2M og cervikalområdet, er forbundet med økt forekomst av perikoronitt (8, 9, 10). Det ser ut til at perikoronitt forekommer hyppigst i aldersgruppen 26-35 år og opptrer oftere hos kvinner (9).

3M og periodontitt (tabell 3)

Tilstedeværelse av 3M har en påvirkning på periodontal helse og status til motstående 2M og er forbundet med høyere risiko for pa-

tologi, dypere lommer og mer blødning ved sondering (11, 12, 13, 14, 15, 16). Kirurgisk fjerning av 3M viser betydelig reduksjon i antall lommer på 4 mm eller mer på distale flate av 2M (12). Dype lommer, residiverende perikoronitt og høy alder gir dårligere sårtilheling og restlommer etter ekstraksjon av 3M (16). Etter 1 års tilheling ble det observert bedring i både gingival indeks, plakk-ansamling og lommedybde ved 2M etter ekstraksjon av 3M (14).

3M, karies og resorpsjoner (tabell 4)

Det er størst risiko for karies på M2M når M3M har okklusalplan i nivå med okklusalplanet til mandibulær 2M (M2M) og i mandibulær 3M (M3M) med mesial vinkel mellom 43 og 73 grader (17). Insidensen av ekstern rotresorpsjon (ERR) på 2M ved mesiale og horisontale impakterte 3M var 20,17 % (18). Multivariable regresjonsanalyser viste at alder over 35 er en uavhengig risikofaktor for ERR (18).

Diskusjon

Det er bred enighet, nasjonalt og internasjonalt om at alle 3M med symptomer eller tegn til patologiske forandringer bør fjernes (19,

Tabell 2. Oppsummering av hovedinnhold i artikler om posisjon/angulering av 3M og perikoronitt *M3M = Mandibulær 3.-molar

Tittel	Forfatter	Antall pasienter	Resultatmål	Resultat	Konklusjon
Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic review and meta-analysis	Galvão et al. 2019	6895	Posisjon til 3M og forekomst av perikoronitt	Vertikal posisjon av 3M, hvor okklusalplanet er i samme nivå som nabotann har høyest forekomst av perikoronitt	3M i vertikal posisjon høyest sannsynlighet for å utvikle perikoronitt
The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis: A prospective study	Singh P et al. 2018	120	Beskrive karakteristika til M3M* som har størst risiko for å utvikle perikoronitt, ved bruk av klinisk og radiografisk analyse	Perikoronitt mest prevalent blant pas i aldersgruppen 26-35 og hos kvinner. Distoverterte, partielt impakterte, M3M der plass mellom ramus og 2M er mindre enn bredden av 3M og 3M okklusalplan er mellom okklusalplanet og cervikale linjen til 2M har tilsynelatende størst risiko for å utvikle perikoronitt	Kvinner mellom i aldersgruppen 26-35 og distoverterte, partielt impakterte, M3M med plassmangel og ikke full erupsjon har størst risiko for å utvikle perikoronitt
The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis	Yamalik et al. 2007	102	Beskrive karakteristika for 3M som ved besøk hadde påvist perikoronitt	Vertikal posisjon av M3M sammen med ca 75% dekke av slimhinne representert oftest blant pasientene i studien	Tilfeller av perikoronitt mest sannsynlig når en M3M har en vertikal retning og er i samme eller nær nivået av tannbuens okklusale plan

* M3M = Mandibulær 3.-molar

20). Studier inkludert i SMM-rapporten viste relativt høy forekomst av perikoronitt og karies ved 3M. Det ble funnet høyere forekomst av perikoronitt ved delvis frembrudte visdomstenner sammenliknet med retinerte tenner. Det ble ikke funnet vesentlig forekomst av rotresorpsjon på 2. molar, cyster eller tumorer tilknyttet 3M.

Det ble funnet økt forekomst og dybde av periodontale tilhelsingsdefekter på 2. molar hos pasienter over 25 år som røykte og hadde infeksjon ved visdomstannen preoperativt (21)

Tabell 3. Oppsummering av hovedinnhold i artikler om 3M og periodontitt

Tittel	Forfatter	Antall pasienter	Resultatmål	Resultat	Konklusjon
Nonimpacted Third Molars Affect the Periodontal Status of Adjacent Teeth: A Cross-Sectional Study	Li et al. 2017	135	Utgjør ikke-impakterte 3M en risiko for utvikling av periodontitt ved 2M?	Lommedybder på 2M betydelig større ved tilstedeværelse av ikke-impaktert 3M	Tilstedeværelse av 3M utgjør en risiko for utvikling av periodontal lomme på 2M
Influence of mandibular third molar surgical extraction on the periodontal status of the adjacent second molars	Passarelli et al. 2019	89	Tilheling og periodontal status på M2M* etter kirurgisk fjerning av 3M	1,9-2mm gjennomsnittlig tilheling av lommedybder etter 2 mnd distalt på M2M	Ekstraksjon av M3M ser ut til å forbedre periodontale helse distalt for M2M
Impact of Removal of Asymptomatic Third Molars on Periodontal Pathology	Blakey et al. 2009	69	Effekten av fjerning av 3M på periodontal status i tannsettet hos pasienter med asymptomatiske 3M	Færre lommedybder på 4mm eller mer i mandibula etter ekstraksjon av samtlige 3M sammenlignet med pasientene med minst en gjenværende M3M	Fjerning av samtlige M3M gir signifikant bedring i periodontal status på M2M og generell bedring i periodontal status i hele munnhulen
Effect of removing an impacted mandibular third molar on the periodontal status on the mandibular second molar	Montero J., Mazzaglia G. 2001	48	Evaluerer periodontal helse til 2M etter kirurgisk ekstraksjon av impaktert, nabo M3M	Gradvis forbedring i periodontale helse til 2M etter alle kliniske parametre etter kirurgisk fjerning av 3M	Begynnende beinendbrytning på distale flater av 2M og den periodontale helsen i de 4 posteriore sekstant kan forbedres betraktelig et år etter kirurgisk fjerning av ipsilaterale M3M
Association between the eruption of the third molar and caries and periodontitis distal to the second molars in elderly patients	Chou et al. 2017	70	Er tilstedeværelse av karies og periodontal sykdom på distalflaten av 2M forbundet med erupsjonen av 3M?	Tilstedeværelse av 3M forringer forholdene for 2M med hensyn på periodontal helse og karies	Fjerning av 3M vil bedre en rekke parametre på 2M, som karies, periodontal og gingival helse
Retained asymptomatic third molars and risk for second molar pathology	Nunn et al. 2013	416	Evaluerer forbindelsen mellom retinerte, asymptomatiske 3M med risiko for patologi på motstående 2M (karies og/eller periodontitt), basert på 3M status (manglende, ikke-eruptert, eruptert)	Lav risiko for patologi på 2M i tilfeller der 3M var manglende	Tilstedeværelsen av 3M er forbundet med økt risiko for patologi på motstående 2M. 3M med bendekke og **bløtvevssdekke øker risiko for patologi på 2M med henholdsvis 1,74 og 4,88 ganger

*M2M = mandibulær 2.molar

**Bløtvevssdekke uten beindekke

Tabell 4. Oppsummering av hovedinnhold i artikler om karies og resorpsjoner i 3M

Tittel	Forfatter	Antall pasienter	Resultatmål	Resultat	Konklusjon
Effect of Eruption Status of the Mandibular Third Molar on Distal Caries in the Adjacent Second Molar	Kang et al. 2016	469	Analyserer effekten av erupsjonsstatus i antall grader til M3M på prevalens av distal karies hos M2M ved hjelp av CBCT	52% av M2M hadde karies når M3M var til stede. 3M okklusalplan i nivå med M2M okklusalplan og mesial vinkel mellom 43 og 73 grader største prevalens av karies	Vinkel til M3M mer pålitelig prediktor enn avstand mellom emalje-sementgrense mellom distal M2M og mesial M3M for å anslå risikofaktorer forbundet med M3M
External root resorption of the second molar associated with mesially and horizontally impacted mandibular third molar: evidence from cone beam computed tomography	Wang et al. 2016	216	Prevalens og risikofaktorer for ERR* på 2M ved mesial- og horizontal impakterte 3M	Insidens av ERR på 2M var 20,17 %. Signifikant sammenheng mellom tilstedeværelse av ERR og pasientens alder over 35 og impaksjonsdybde av 3M. Ikke signifikante sammenhenger mellom alvorsgraden av ERR på 2M og dybde på impaktert/retinert 3M eller lokalisasjon av ERR	Insidens av ERR på 2M ved mesiale og horisontale impakterte 3M var 20,17% og noe som peker på at ERR i slike tilfeller ikke er uvanlig, og kan pålitelig oppdages med CBCT

*ERR = ekstern roteresorpsjon

Angulering og perikoronitt

To av studiene konkluderer med at partielt erupterte, vertikale 3M er mest utsatt for å utvikle perikoronitt (8, 10). Singh et al. konkluderer med at distoangulære 3M er mest utsatt, men påpeker at flere av 3M i studien var i grenseområdet for vertikal og distoangulær posisjon (9) og foreslår at årsaken til at funnene er forskjellige fra Yamalik et al., kan være ulik klassifisering av 3M posisjon. Dersom 3M er partielt eruptert, ser det ut til at enten vertikal eller distoangulær posisjon, øker risiko for perikoronitt. Se figur 2 (pasient har gitt samtykke til publisering av bildet).

De partielt erupterte 3M med vertikal retning og okklusalplan mellom emalje-sementgrense og okklusalplan på 2M var hyppigst blant 3M som utviklet perikoronitt (8, 12). Det kan indikere at disse har høyere risiko for å utvikle perikoronitt.

Fordelingen av forekomsten av perikoronitt må sammenholdes med fordelingen av de ulike typer posisjoner av samtlige, ikke fullt erupterte 3M. Celikoglu, Miloglu og Kazanci (24) har kartlagt fordelingen av posisjon og retning til asymptotiske, impakterte 3M. Perikoronitt ved vertikale og distoverterte 3M er overrepresentert i forhold til denne fordelingen. Det tyder derfor på at disse har høyere risiko for å utvikle perikoronitt enn 3M med andre vinklinger.

Ekstern roteresorpsjon

Wang et al. fant en insidens av ERR på 2M på 20,17 % og konkluderer med at ERR ikke er uvanlig (18). Dette er ikke helt i tråd med andre studier (25, 26), men kan henge sammen med at Wang et al. inkluderte eldre pasienter over 35 år og bruk av CBCT-undersøkelser. Sammen med Nunn et al. og Chou et al. kan en si noe om risiko for å utvikle patologi over et helt livsløp som følge av impakterte, asymptotiske 3M, og kan tale for anbefaling av profylaktisk fjerning.

Endring i posisjon

Ifølge Nance et al er det vanlig med endring i retning og posisjon til 3M også når pasient er over 20 år. Hos 237 pasienter, med median-alder 25,9 år med median-oppfølgingstid 2,2 år, endret 44 % av impakterte maxillære 3M og 26 % av mandibulære 3M retning eller posisjon i løpet av oppfølgingsperioden (27). Nesten en tredjedel av vertikalt/distalt impakterte 3M erupterte til nivå med okklusalplanet på 2M i løpet av oppfølgingsperioden. 11 % av mesialt/horisontalt impakterte 3M i underkjeven erupterte til samme nivå. Dersom 3M hadde en mesial vinkling på minst 35 grader, erupterte kun 3 % til samme nivå i løpet av perioden (27).



Figur 2. Partielt eruptert, distovertert 3M med synlig inngang til perikoronarrommet som gir tilgang til oral mikroflora og dermed økt risiko for perikoronitt.

Det ser ut til at 3M med vertikal og distal retning har større sannsynlighet for å eruptere enn mesiale og horisontale 3M. 57 % av pasientene i studien var minst 25 år, som viser at 3M kan endre retning selv sent i 20-årene (27). Det kan styrke en vente-og-se strategi med mindre 3M har en betydelig mesial vinkling eller det er tegn til patologi.

Kirurgisk fjerning 3M og periodontitt

Mye tyder på at tilstedeværelse av asymptomatisk 3M kan forårsake periodontale problemer distalt ved nabo 2M (15). Blakey et al. har foreslått at pasientenes generelle periodontale helse blir bedret etter ekstraksjon av 3M, da det ble registrert en reduksjon av antall periodontale lommer på 4 mm etter ekstraksjon, men det er knyttet usikkerhet til dette resultatet pga. lite datagrunnlag (11).

Ingen av de fem studiene som observerer effekten av ekstraksjon av 3M i forbindelse med periodontitt (11, 12, 14, 16, 21) har inkludert en kontrollgruppe og dette svekker resultatene. Studiene brukte lommedybder, PD (probing depth), som mål for tilheling. Det kunne vært interessant å heller brukt klinisk festetap, CAL (clinical attachment loss), for å gi et bilde av den reelle festegevinsten. SMM rapport viste til at pasienter over 25 år som røykte og hadde infeksjon ved 3M preoperativt hadde økt forekomst og dybde av tilhelingsdefekter på 2M etter fjerning. Dette kan styrke anbefaling av profylaktisk fjerning før infeksjon oppstår.

Klassifikasjon

Et viktig poeng som går igjen i flere av artiklene er at det ikke er en standardisert klassifikasjon av erupsjonsstatus til 3M. Det skilles ofte ikke mellom partielt erupterte, retinerte og impakterte tenner, og det er ikke alltid redegjort for hvordan artiklene definerer de

ulike klassifiseringene. Det er f.eks. uklart om kommunikasjon gjennom lomme regnes som partielt eruptert eller retinert. Risikoprofilen til 3M er avhengig av inklinasjon, høyde i okklusalplanet, grad av erupsjon og helt eller delvis dekke av slimhinne. Disse karakteristika bør alle tas i betraktning ved risikovurderinger. Dette vanskeliggjør sammenlikning av tall og resultater fra ulike studier, da de baserer seg på ulike inndelinger av 3M. Dette er også en av forskjellene mellom de norske anbefalingene og de engelske retningslinjene (1). Infeksjonspotensialet ved 3M er avhengig av om tannen er tilgjengelig for den orale mikroflora eller ikke (22). Kommunikasjon til munnhule er nødvendig for at en infeksjon i perikoronar slimhinne skal skje. For en kliniker har 3M som kan sonderes, et infeksjonspotensiale. Alle partielt erupterte 3M har et infeksjonspotensiale, også de som ikke er synlige, men kan sonderes.

Studieutforming

Det er utfordrende å utføre studier med langvarig observasjon av av asymptomatiske 3M. Krav om lang observasjonstid vil øke faren for bortfall. Studiene som ser på karakteristika ved 3M som utvikler perikoronitt, baserer seg i hovedsak på pas som har oppsøkt hjelp både hos allmennpraktikere og spesialister på grunn av symptomer. Hawthorne-effekten, et psykologisk fenomen som beskriver hvordan forsøkspersoner som deltar i en studie vil endre atferd når de vet at de observeres, gjør utvalget at forsøkspersoner mindre representativt for befolkningen generelt. Det er mulig at pasientene modifierer atferd ved å være under observasjon (23) og følgelig renngjør tenner bedre, noe som vil gi mindre bakteriebelastning på retinerte tenner. Hawthorne-effekten, sammen med åpenbare etiske utfordringer, gjør det vanskelig å gjennomføre randomiserte kliniske studier om utvikling av patologi ved partielt erupterte 3M.

Konklusjon

Forskningslitteraturen inkludert i denne studien bekrefter og styrker anbefalinger gitt av SMM-rapport nr 10/2003, der partielt erupterte visdomstenner med forøket risiko for patologi bør anbefales fjernet. Partielt erupterte 3M med vertikal eller distal retning og eruptert i høyde med eller nær okklusalflaten til 2M, er forbundet med økt risiko for å utvikle perikoronitt. Disse kan potensielt skilles ut som en egen undergruppe ved revisjon av anbefalingene.

REFERANSER

- Berge TI, Klock K. Profylaktisk fjerning av visdomstenner - Den norske tannlegeforenings Tidende [Internet]. [cited 2019 Nov 17]. Available from: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/smm-rapporter/smm-rapport_03-10_profylaktisk_fjerning_av_visdomstenner.pdf
- Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: a prospective study of 1117 surgical extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 92(4): 377–83.
- Yoshii T, Hamamoto Y, Muraoka S, Kohjitani A, Teranobu O, Furudoi S, et al. Incidence of deep fascial space infection after surgical removal of the mandibular third molars. *J Infect Chemother.* 2001; 7(1): 55–7.
- Ma'aita J, Alwrikat A. Is the mandibular third molar a risk factor for mandibular angle fracture? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000; 89(2): 143–6.
- Blakey GH, Marciani RD, Haug RH, Phillips C, Offenbacher S, Pabla T, et al. Periodontal pathology associated with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60(11): 1227–33.
- White RP, Madianos PN, Offenbacher S, Phillips C, Blakey GH, Haug RH, et al. Microbial complexes detected in the second/third molar region in patients with asymptomatic third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* november 2002; 60(11): 1234–40.
- Rakprasitkul S. Pathologic changes in the pericoronal tissues of unerupted third molars. *Quintessence Int.* september 2001; 32(8): 633–8.
- Flecha OD, Falci SGM, et al. Association between mandibular third molar position and the occurrence of pericoronitis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Oral Biology.* 2019 1; 107: 104486.
- Singh P, Nath P, Bindra S, Rao SS, Reddy KVR. The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis: A prospective study. *Natl J Maxillofac Surg.* 2018; 9(2): 215–21.
- Yamalík K, Bozkaya S. The predictivity of mandibular third molar position as a risk indicator for pericoronitis. *Clin Oral Investig.* 2008 Mar; 12(1): 9–14.
- Blakey GH, Parker DW, Hull DJ, White RP, Offenbacher S, Phillips C, et al. Impact of Removal of Asymptomatic Third Molars on Periodontal Pathology. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 67(2): 245–50.
- Chou Y-H, Ho P-S, Ho K-Y, Wang W-C, Hu K-F. Association between the eruption of the third molar and caries and periodontitis distal to the second molars in elderly patients. *Kaohsiung J Med Sci.* 2017; 33(5):246–51.
- Li Z-B, Qu H-L, Zhou L-N, Tian B-M, Gao L-N, Chen F-M. Nonimpacted Third Molars Affect the Periodontal Status of Adjacent Teeth: A Cross-Sectional Study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 75(7): 1344–50.
- Montero J, Mazzaglia G. Effect of removing an impacted mandibular third molar on the periodontal status of the mandibular second molar. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Nov; 69(11):2691–7.
- Nunn ME, Fish MD, García RI, Kaye EK, Figueroa R, Gohel A, et al. Retained asymptomatic third molars and risk for second molar pathology. *J Dent Res.* 2013 Dec;92(12):1095–9.
- Passarelli PC, Lajolo C, Pasquantonio G, D'Amato G, Docimo R, Verdugo F, et al. Influence of mandibular third molar surgical extraction on the periodontal status of adjacent second molars. *J Periodontol.* 2019; 90(8): 847–55.
- Kang F, Huang C, Sah MK, Jiang B. Effect of Eruption Status of the Mandibular Third Molar on Distal Caries in the Adjacent Second Molar. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 74(4): 684–92.
- Wang D, He X, Wang Y, Li Z, Zhu Y, Sun C, et al. External root resorption of the second molar associated with mesially and horizontally impacted mandibular third molar: evidence from cone beam computed tomography. *Clin Oral Investig.* 2017; 21(4): 1335–42.
- National Institute of Health consensus development conference for removal of third molars. *J Oral Surg* 1980; 38: 235-6.
- American Association of oral Maxillofacial Surgeons: Report of a workshop on the management of patients with third molar teeth. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52:1102.
- Kugelberg CF, Ahlström U, Ericson S, Hugoson A and Kvint S. Periodontal healing after impacted lower third molar surgery in adolescents and adults. A prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1991; 20:18-24.
- Knutsson K, Brehmer B, Lysell L, Rohlin M. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996; 82(1): 10–7.
- McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol.* 2007 Jul 3;7:30.
- Celikoglu M, Miloglu O, Kazanci F. Frequency of Agensis, Impaction, Angulation, and Related Pathologic Changes of Third Molar Teeth in Orthodontic Patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(5): 990–5.
- Stanley HR, Alattar M, Collett WK, Stringfellow HR, Spiegel EH. Pathological sequelae of «neglected» impacted third molars. *J Oral Pathol. mars* 1988;17(3):113–7.
- Yamaoka M, Furusawa K, Ikeda M, Hasegawa T. Root resorption of mandibular second molar teeth associated with the presence of the third molars. *Aust Dent J.* 1999; 44(2): 112–6.
- Nance PE, White RP, Offenbacher S, Phillips C, Blakey GH, Haug RH. Change in Third Molar Angulation and Position in Young Adults and Follow-Up Periodontal Pathology. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 64(3): 424–8.

ENGLISH SUMMARY

Resen-Fellie LM, Ryen JH, Berge TI.

Prophylactic removal of wisdom teeth; still a smart move?

Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 660-6.

Modern dentistry is practiced with an emphasis on preventive care. Prophylactic removal of asymptomatic wisdom teeth is performed in order to prevent future development of infection related conditions especially pericoronitis and caries. Due to methodological difficulties little is known about a possible positive health effect by removing asymptomatic wisdom teeth.

Removal of partially erupted, asymptomatic wisdom teeth comes with a cost including postoperative discomfort and a risk of complications. To balance benefits and costs associated with prophylactic removal, dentists need knowledge of risks of wisdom teeth developing infection in the long term.

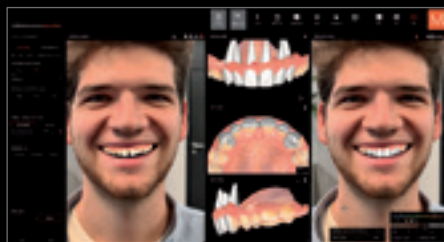
The goal of this study was to update existing knowledge of wisdom teeth with the highest risk of developing infection. The literature study showed that partially erupted wisdom teeth at or near the level of the second molar's occlusal plane with vertical or distal angulation relative to the second molar, were at the greatest risk of developing pericoronitis. Partially erupted wisdom teeth may also have a negative effect on patient's periodontal health and is a risk factor for the development of carious lesions distally on the second molar. This confirms and strengthens the recommendations made in the SMM-report nr 10/2003 of prophylactically removing partially erupted wisdom teeth at a higher risk of developing infection.



INDIVIDUELL MOCK-UP

EN KOSTNADSEFFEKTIV, NON-INVASIV OG EFFEKTIV MÅTE Å FORHÅNDSVISE DEN ENDELIGE RESTAURERINGEN. FREMSTILT I MULTISTRATUM® FLEXIBLE.

Ultratynn mock-up fremstilt 100 % digitalt, med Zirkonzahns arbeidsflyt. Produsert med Multistratum® Flexible, en spesielt fleksibel resin med naturlig fargegradient og høy holdbarhet. Ideell for langsiktige provisorer og prototyper. Fra enkeltkroner til helkjeper. Materialets optimale fleksibilitet reduserer risikoen for brudd maksimalt. Produksjonsunøyaktigheter og litt divergerende innføringsretninger kompenseres.



HOVEDBUDSKAP

- Taurodonti forekommer i de fleste populasjoner, og kan beskrives som en anatomisk variasjon av tenner.
- Taurodontisme oppstår ved at den Hertwigs epitelliale rotskjede (HERS) ikke folder seg på vanlig horisontalt nivå. Utløsende faktorer kan være eksterne og interne.
- Taurodonte tenner graderes i gruppene hypo-, meso- og hypertaurodont.
- Tenner med større anatomiske avvik krever spesielle endodontiske hensyn.

FORFATTERE

Haakon Gramstad Skeie, instruktørtannlege, spesialistkandidat i endodonti. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Inge Fristad, professor, spesialist i endodonti. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Korresponderende forfatter: Inge Fristad, e-post: inge.fristad@uib.no

Akseptert for publisering 03.03.2023

Artikkelen er fagfellevurdert

Artikkelen siteres som:

Skeie HG, Fristad I. Taurodontisme og endodontiske vurderinger. Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 668-74.

MeSH: Taurodontism; Dental Pulp Cavity; Constriction; Tooth Abnormalities; Dental Enamel

Taurodontisme og endodontiske vurderinger

Haakon Gramstad Skeie og Inge Fristad

Taurodontisme kan beskrives som en tannanatomisk variasjon. Det finnes flere indekser for klassifisering av taurodontisme, men typisk for slike tenner er et apikalt forskjøvet pulpagulv, vertikalt forlenget pulpakammer og korte postfurkale røtter. Taurodontisme finnes i de fleste populasjoner. Enkelte syndromer eller sykdomstilstander er forbundet med høyere forekomst av taurodontisme. Taurodonte tenner klassifiseres som hypo-, meso- og hypertaurodont. Endodontisk behandling av taurodonte tenner kan være komplisert og ofte kreve spesiell tilpasning. Tidlig diagnostikk og preventive tiltak for å unngå fremtidig endodontisk terapi vil være viktig.

Taurodonti kommer av de greske ordene 'tauros' (okse) og 'odous' (tann). Begrepet ble introdusert for å beskrive denne uvanlige tannformen (1). Taurodontisme oppstår ved forstyrret organisering av Hertwigs epitelliale rotskjede (HERS) i horisontalplanet. Dette gir et karakteristisk utseende med et apikalt forskjøvet pulpagulv, vertikalt forlenget pulpakammer og korte postfurkale røtter (2). Taurodontisme kan forekomme i alle tenner, men oppdages lettere i flerrotige tenner med bi- eller trifurkasjon. Énrotige tenner kan være vanskeligere å diagnostisere (3).

Cynodonti er en benevnelse på tenner i det moderne menneskets tannsett. Dette er tenner med små pulpakammer plassert lavt i tannkronen med en konstriksjon omtrent i nivå med emalje-sementgrensen. Begrepet er satt sammen av de greske ordene 'kyon' (hund) og 'odous' (tann), altså «hunde-tann» (1). Interessen for taurodontiske tenner økte etter arkeologiske utgravninger av neandertalere i Krapina, Kroatia i 1899. På starten av 1900-tallet ble de første vitenskapelige artiklene som beskrev taurodontisme publisert. Taurodontisme ble ansett som et særegent trekk for neandertalere, og at det moderne

menneskets tannsett ikke kunne stamme fra tannsett med taurodontiske trekk (1). Epidemiologiske studier viser imidlertid at taurodontisme forekommer i de fleste populasjoner (3). Dette har medført at den vitenskapelige interessen for taurodontisme har beveget seg mot å kartlegge etiologi, diagnose og behandlingsmessige forhold.

Klinisk vil det være vanskelig å skille mellom taurodontiske og ikke-taurodontiske tenner, siden ytre kronedimensjon og anatomiske trekk ikke avviker i særlig grad. Avviket befinner seg i området mellom emalje-sementgrensen og apeks. Røntgenologisk vil man kunne identifisere og gradere taurodontiske variasjoner. Det er ingen differensialdiagnoser som er direkte knyttet til taurodontisme (4, 5). Enkelte tilstander kan føre til at tenner får dannet et forstørret pulpakavum uten et apikalt forskjøvet pulpagulv. Slike tilstander er pseudohypoparatyreodisme, hypofosfataxi, hypokalsemi og rakitt (4, 6). Tidlige stadier av dentinogenesis imperfekta og molarer i tidlig stadium av tanndannelsen kan også ha forstørret pulpakavum uten et apikal forskjøvet pulpagulv (5).

Diagnosen taurodontisme er ikke behandlingskrevende, men om det oppstår endodontiske behandlingsbehov kan taurodontisme være en kompliserende faktor (7, 8).

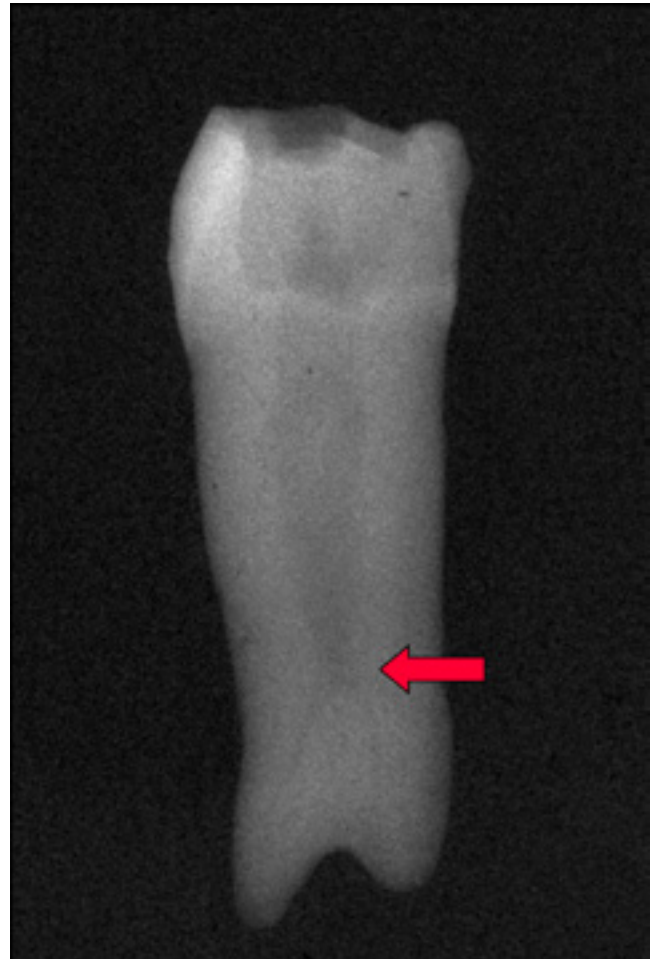
Epidemiologi

En oversiktstudie viser at taurodontisme forekommer i de fleste populasjoner med en prevalens fra 0,1 til 48 %, og antyder at forskjellig diagnostiske kriterier og etniske variasjoner gir stor usikkerhet (3). En annen studie har rapportert en prevalens av taurodont premolarer og molarer fra 0,25 til 11,3 % (9). Inklusjonen av premolarer i epidemiologiske studier kompliserer registreringene siden det er vanskelig å diagnostisere premolarer *in vivo* (10). Taurodontisme kan forekomme både i det primære og permanente tannsett, med vilkårlig kombinasjon av tenner og kvadranter. Permanente molarer i underkjeven er oftest beskrevet å ha taurodontisk form (5). Å påvise taurodonti i enroterte tenner vil være vanskelig på et todimensjonalt røntgenbilde, siden den økte bredden på rotkanalen er motsatt av stråleretningen. Figur 1 viser en underkjeve premolar med taurodontiske trekk hvor diagnostikk vil være vanskelig ved et ortoradielt røntgenopptak. Enkelte forfattere har argumentert for at taurodontisme er en variasjon av det normale, og ikke en patologisk anomali (2).

Etiologi

Interne faktorer

Studier tyder på at genetiske faktorer kan disponere for taurodontisme (11-13). Forstyrrelser under fosterutviklingen, kalt den epitelial-mesenchymale transisjonen, kan gi opphav til taurodontisme (14). Det er gjort observasjoner av autosomalt overførte taurodontiske trekk i tannsett (15). Biometriske studier indikerer at taurodontisme kan knyttes



Figur 1. Lateral røntgenopptak av en underkjeve premolar med taurodontiske trekk. Rød pil indikerer apikalt forskjøvet pulpagulv.

opp mot to eller flere gener som kan kode for tannformen, men samtidig er taurodontisme et kontinuerlig trekk uten et fast mønster (16).

Det er hevdet at antall X-kromosomer kan sees i sammenheng med utvikling av taurodontisme (17-20). Det er sett økt forekomst av alvorligere former for taurodontisme blant pasienter med X-kromosomal aneuploidi (21, 22). Aneuploidi er en betegnelse på et individ eller celle som har et avvikende kromosomtall. Mot normalt 46 kromosomer, har en ved aneuploidi 45 eller 47 kromosomer. Det vanligste avviket finner en i kromosom 21, 18 eller 13. Trisomi 21 (Down syndrom), trisomi 18 (Edwards syndrom), og trisomi 13 (Patau syndrom) er eksempler på syndromer med kromosomale avvik (23). Her kan en forvente høyere forekomst av taurodontisme. Selv om kromosomale endringer kan påvirke utviklingen av tannens form, er det ikke funnet en spesifikk genetisk komponent som tilskrives taurodontisme (2).

Eksterne faktorer

Det er også forsøkt å finne sammenhenger mellom taurodontisme og eksterne faktorer. Tenner med taurodontiske trekk er observert i populasjoner med kraftige tyggevaner (24), og i populasjoner hvor tenner er brukt som redskap (6). Taurodontisme ble ansett som et fordelaktig genetisk trekk, gitt livstilen til populasjonen. Imidlertid er det ikke funnet en økt prevalens av taurodontisme blant prehistoriske amerikanske indianere, en populasjon som trolig brukte tennene sine hyppig som et redskap (25). Andre eksterne faktorer som er satt i sammenheng med taurodontisme er infeksjon i kjevene (26), forstyrrelse av homeostasen under utvikling (27) og medisinsk behandling med beinmargstransplantat (28).

Klassifisering

Det er uenighet om hvor stort det anatomiske avviket skal være før en tann defineres som taurodontisk. Til tross for eksisterende indekser, blir ofte en subjektiv diagnose presentert for kasuistikker som omhandler taurodontisme (3). En klassifisering basert på kategoriene hypo-, meso- og hypertaurodont (figur 2) og pyramidal- eller kileform ble foreslått i 1928 (29).

I 1978 kom en ny utgave av «Taurodont index» (TI) (30). Her er anatomiske målepunkt plassert i områder hvor tannen er mindre utsatt for endring over tid (figur 3). Indeksen illustrerer hvordan taurodontiske tenner kan graderes i kategoriene hypo-, meso- og hypertaurodont. For at tannen skal klassifiseres som taurodontisk må avstanden mellom emalje-sementgrensen (CEJ) og punkt «B» være minimum 2,5 mm, og forholdstallet mellom pulpakammerhøyde (A-B) og lengden fra A til apeks må være minimum 0,2

(20 %). Hvis ikke er tannen å regne som cynodont. Utregning av forholdstall følger formelen oppgitt i figur 3.

Gradering av taurodontisme, basert på anatomiske forholdstall, vil gjøre klassifiseringen objektiv og reproducerbar. Måling av tannen utføres på apikalrøntgen eller OPG (ortopantomografi/panoramarøntgen). Digitale røntgenbilder og programvarer vil forenkle prosessen sammenlignet med analoge røntgenbilder. Siden tenner er tredimensjonale bør CBCT (Cone Beam Computed Tomography) være førstevalg når en skal studere variasjoner i rotkanalanatomi (31). Gradering av taurodontisme på individnivå kan være komplisert, siden tenner i samme tannsett kan være ulikt påvirket. Det er observert at grad av taurodontisme øker fra første til tredje molar i samme tannsett (2, 32).

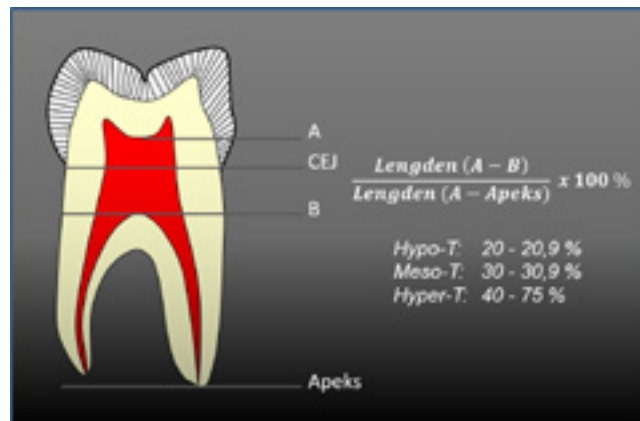
Formålet med standardiserte indekser har vært å kunne sammenligne taurodontisme i epidemiologiske studier. Siden indeksene baserer seg på anatomiske landemerker, kan det være problematisk at de anatomiske strukturene endres i tannens levetid. En annen ulempe er at de fleste indeksene er basert på én populasjon. Dette kan gi en redusert bruksverdi om indeksene anvendes på andre populasjoner. Eksempelvis har indekser basert på molarer blitt forsøkt anvendt på premolarer, hvor den er vanskeligere å benytte (14, 33).

Diagnostikk

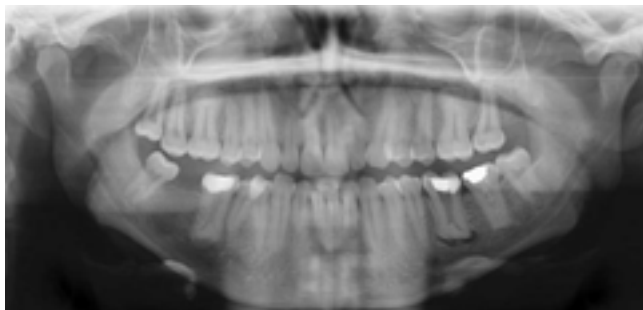
Taurodontiske tenner har et kvadratisk, voluminøst og forlenget pulpakavum. Pulpagulvet er plassert merkbart lengre apikalt enn emalje-sementgrensen. I flerrotige tenner vil bi- eller tri-furkasjonen være apikalt forskjøvet, med korte postfurkale røtter og rotkanaler som resultat. Konstriksjonen ved emalje-sementgrensen



Figur 2. Illustrasjon viser forskjeller mellom en cynodontisk tann og ulike grader av taurodontisme.



Figur 3. Illustrasjon av Shifman & Chanannel's indeks for klassifisering av taurodontisme. (A) Laveste punkt i okklusale del av pulpakammeret; (B) Høyeste punkt av apikale del av pulpakammeret; (CEJ) Emalje-sementgrensen og Apeks som er det røntgenologisk mest apikale punkt på tannens lengste rot. Til høyre vises matematisk formel for indeks og kategorier.



Figur 4. OPG som illustrerer taurodonte tenner. Hypertaurodonte tenner 16, 26, 37, 36 og 46. Mesotaurodonte tenner 48 og 38. Tenner 18, 17 og 27 har kileform.

er mindre markert, noe som gir tannen et firkantet utseende på røntgen. Kronedimensjonen er vanligvis uten anmerkning (2, 4, 5). Figur 4 illustrerer taurodonte molarer på et OPG.

Diagnostisering av molarer vil vanligvis være uproblematisk, selv om dannelse av sekundærdentin i forbindelse med tannslitasje og aldning kan maskere taurodontisme (34).

Premolarer vil være vanskeligere å diagnostisere, og eksentriske røntgenopptak vil være nødvendig (3). Nyere røntgenmuligheter som CBCT vil kunne gi en tredimensjonal fremstilling av pulpa og dermed være et egnet diagnoseverktøy (31).

Endodontiske vurderinger

Preoperative hensyn

Anatomiske variasjoner i taurodonte tenner vil kunne komplisere endodontisk behandling, særlig meso- og hypertaurodonte tenner. Pre-

operative intraorale røntgenbilder gir oss begrenset informasjon om rotkanalkonfigurering i taurodonte tenner (35) (figur 5). I enkelte tilfeller kan det være indikasjon for preoperativt CBCT opptak. Det er ikke vist at et forstørret pulpakavum gir en mer forutsigbar sensitivitetstest (8). Preoperativ endodontisk vanskelighetsvurdering etter American Association of Endodontists (AAE) sitt «Endodontic Case Difficulty Assessment Form» klassifiserer taurodonte tenner på høyeste vanskelighetsnivå (36).

Kavumpreparering og instrumentering

En studie antyder at kavumpreparering og tilkomst til rotkanalåpningene vil være ukomplisert (37). Grunnen er at kalsifisering forekommer hyppigst i den koronale delen av pulpa, og at dette sjeldent påvirker tenner med et apikalt forskjøvet pulpagulv. Andre studier hevder derimot at den anatomiske variasjonen vil komplisere alle prosedyrer under endodontisk behandling (8). Et forlenget pulpakavum kan gjøre fysisk og visuell inspeksjon av pulpagulvet vanskelig. Det er observert og beskrevet taurodonte underkjevemolarer med opptil fem kanaler (38). Slike funn viser at taurodonte tenner kan ha komplisert rotkanalanatomi i likhet med cynodonte tenner. Inspeksjon av pulpagulvet bør utføres ved hjelp av mikroskop eller annen optisk forstørrelse med koaksial belysning (7). Kanalinstrumentering av taurodonte tenner følger samme prinsipper som for cynodonte tenner.

Irrigasjon

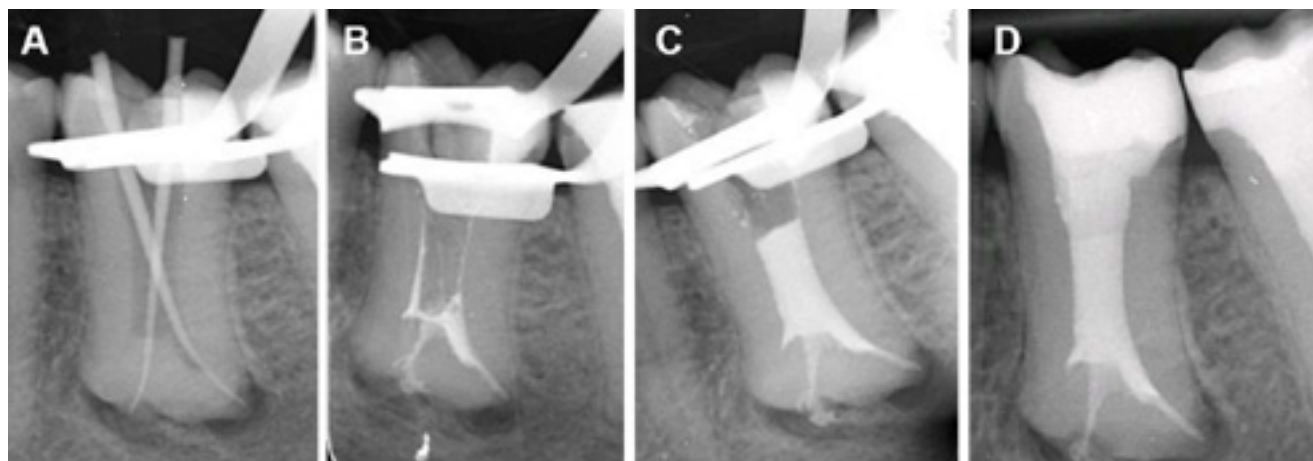
Taurodonte tenner har større pulpavolum enn cynodonte tenner. Førstevalg av irrigasjonsvæske er natriumhypokloritt, særlig med tanke på den vevsoppløsende effekten. Enkelte anbefaler 2,5 % na-



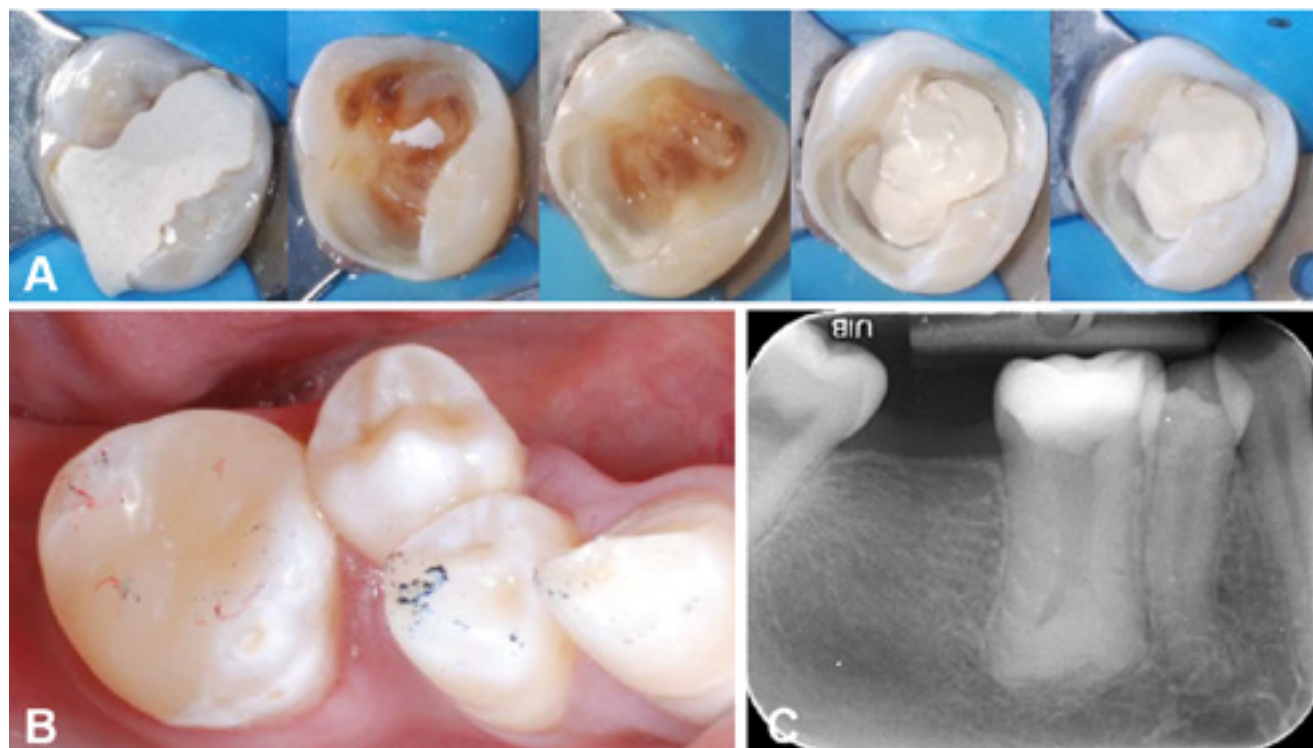
Figur 5. Preoperative periapikale røntgenbilder fra 3. og 4. kvadrant hos pasient med OPG i figur 4. A) Hypertaurodonte tann 46. B) Tidligere rotbehandlete, hypertaurodonte tann 36 og mesotaurodonte tann 38. De periapikale røntgenbildene gir begrenset informasjon om rotkanalkonfigureringen i nevnte tenner.

triumhypokloritt (39), mens andre finner at konsentrasjoner på 5,25 % og 1,0 % er likeverdige (40). For å øke irrigasjonsvæskens vevsoppløsende effekt kreves det en kontinuerlig bevegelse av væsken (41-43). Ultralydaktivering vil skape en slik bevegelse, og er

derfor anbefalt ved behandling av taurodonte tenner. EDTA brukes som vanlig. Bruk av klorheksidin eller jod-kalium-jodid kan være fordelaktig i infiserte rotkanaler, siden dette kan øke den antibakterielle effekten (44).



Figur 6. Obturerings av tann 36. En kombinasjon av kald lateral kondensering og varm vertikal kondensering ble benyttet. A) Masterpoint røntgen. B) Kald lateral kondensering kombinert med vertikal kondensering til nivå av pulpagulvet. C) Varm vertikal kondensering av guttaperka ble benyttet for å fylle resterende del av kavum. D) Temporært fyllingsmateriale dekker guttaperka som igjen er forseglet med en topprestauring i kompositt.



Figur 7. Tann 46 var henvist for endodontisk behandling. Etter en preoperativ vurdering ble konservativ behandling valgt. Målet med behandlingen var å bevare pulpavitalitet. A) Bildeserien illustrerer kofferdamisolasjon, mekanisk og kjemisk rengjøring av tannsubstans, kusereduksjon og plassering av Biodentine™. B) Topprestauring i kompositt kontrollert i bitt. Merk at hypertaurodont tann 46 har et upåfallende klinisk utseende. C) Periapikalt røntgenbilde av tann 46 viste en tett topprestauring. De apikale forholdene var uten anmerking.

Obturering

Ved obturering av taurodonte tenner vil utfordringen være et stort tverrsnitt og volum. I slike tilfeller må ofte flere rotfyllingsteknikker kombineres. En studie har foreslått en teknikk der kald lateral kondensering brukes for å obturere rotkanalene opp til kanalåpningene. Deretter benyttes varm vertikal kondensering av guttaperka for å fylle den resterende vide delen av pulpakavum opp til beinnivå (7) (figur 6). De øverste delene av rotkanalen kan også fylles med eugenol-, eugenolfrie- eller glassionomer-sementer, siden lagvis kombinasjon av forskjellige materialer er vist å gi mindre lekkasje (45). Valg av topprestauring bør gjøres på bakgrunn av kliniske funn på tann-nivå. Protetiske stifter i taurodonte tenner bør unngås på grunn av tenneses spesielle anatomi.

Andre endodontiske hensyn

Tidlig diagnostisering av taurodonte tenner bør lede til profylaktiske tiltak med formål å unngå framtidig endodontisk behandling (figur 7). Ved behov for vitalbehandling, særlig på tenner som blir klassifisert som hypertaurodonte, er pulpotomi førstevalg på grunn av økt vanskelighetsgrad og risiko for iatrogen skade (37). Ved persisterende

infeksjon etter rotbehandling kan tiltenkt replantasjon være aktuelt. Taurodonte tenner med konisk form og et mindre rotareal kan gjøre ekstraksjonsprosedyren mindre komplisert (8). Andre påpeker derimot at taurodonte tenner ofte har komplisert anatomi med små, grase røtter som gjør dem uegnet for tiltenkt replantasjon (35).

Konklusjoner

Taurodontisme oppstår under tanndannelsen, og skyldes forstyrret horisontal organisering av Hertwigs epiteliale rotskjede (HERS). Taurodontisme observeres i varierende grad i de fleste populasjoner. Taurodonti kan beskrives som en variasjon av det normale, og ikke en patologisk anomali. Taurodonte tenner graderes i gruppene hypo-, meso- og hypertaurodont. Tidlig diagnose og gradering av taurodonte tenner vil være fordelaktig med tanke på profylakse og operativ behandling. Endodontisk behandling av taurodonte tenner kan være komplisert og vil ofte kreve spesiell tilpasning.

Takk

Forfatterne vil takke spesialist i endodonti Dan Grigorescu for kliniske og røntgenologiske bilder brukt i artikkelen.

REFERANSER

1. Keith A. Problems relating to the Teeth of the Earlier Forms of Prehistoric Man. *Proc R Soc Med*. 1913;6(Odontol Sect): 103-24.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. St. Louis, USA: Elsevier; 2015. p 86-87.
3. Jafarzadeh H, Azarpazhooh A, Mayhall JT. Taurodontism: a review of the condition and endodontic treatment challenges. *Int Endod J*. 2008; 41: 375-88.
4. Terezhalmay GT, Riley CK, Moore WS. Clinical images in oral medicine and maxillofacial radiology. *Taurodontism*. Quintessence Int. 2001; 32: 254-5.
5. White SC, Pharoa MJ. *Oral Radiology: principles and interpretation*. 6th ed. St. Louis, USA: Mosby Elsevier; 2008. p 302-3.
6. Witkop CJ. Clinical aspects of dental anomalies. *Int Dent J*. 1976; 26: 378-90.
7. Tsesis I, Shifman A, Kaufman AY. Taurodontism: an endodontic challenge. Report of a case. *J Endod*. 2003; 29: 353-5.
8. Durr DP, Campos CA, Ayers CS. Clinical significance of taurodontism. *J Am Dent Assoc*. 1980; 100: 378-81.
9. Haskova JE, Gill DS, Figueiredo JA, Tredwin CJ, Naini FB. Taurodontism—a review. *Dent Update*. 2009; 36: 235-6, 239-40, 243.
10. Ruprecht A, Batniji S, el-Newehi E. The incidence of taurodontism in dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987; 63: 743-7.
11. Fischer H. Recent examples of anomalous molars of the Krapina type. *International Dental Journal*. 1963; 13: 506-9.
12. Witkop CJ, Jr. Manifestations of genetic diseases in the human pulp. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1971; 32: 278-316.
13. Goldstein E, Gottlieb MA. Taurodontism: familial tendencies demonstrated in eleven of fourteen case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1973; 36: 131-44.
14. Llamas R, Jimenez-Planas A. Taurodontism in premolars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993; 75: 501-5.
15. Mangion JJ. Two cases of taurodontism in modern human jaws. *Br Dent J*. 1962; 113: 309-12.
16. Blumberg JE, Hylander WL, Goepf RA. Taurodontism: a biometric study. *Am J Phys Anthropol*. 1971; 34: 243-55.
17. Gage JP. Taurodontism and enamel hypomaturation associated with X-linked abnormalities. *Clin Genet*. 1978; 14: 159-64.
18. Varrel J, Alvesalo L. Taurodontism in females with extra X chromosomes. *J Craniofac Genet Dev Biol*. 1989; 9: 129-33.
19. Alvesalo L, Varrel J. Taurodontism and the presence of an extra Y chromosome: study of 47,XY males and analytical review. *Hum Biol*. 1991; 63: 31-8.
20. Varrel J, Alvesalo L. Taurodontism in 47,XXY males: an effect of the extra X chromosome on root development. *J Dent Res*. 1988; 67: 501-2.
21. Farge P, Dallaire L, Albert G, Melançon SB, Potier M, Leboeuf G. Oral and dental development in X chromosome aneuploidy. *Clin Genet*. 1985; 27: 122-6.
22. Jaspers MT, Witkop CJ, Jr. Taurodontism, an isolated trait associated with syndromes and X-chromosomal aneuploidy. *Am J Hum Genet*. 1980; 32: 396-413.
23. UiO. Aneuploid Internet: Universitetet i Oslo, Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet, Institutt for biovitenskap; 2021 [updated 17.08.2021]. Available from: <https://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/leksikon/a/aneuploid.html> (lest 02.03.2023).
24. Coon CS. Origin of races. *Science*. 1963; 140: 208.
25. Scullion PW. A descriptive and comparative study of the deciduous dentition of prehistoric Ohio Valley Amerindians. *Am J Phys Anthropol*. 1977; 47: 71-80.
26. Reichart P, Quast U. Mandibular infection as a possible aetiological factor in taurodontism. *J Dent*. 1975; 3: 198-202.
27. Witkop CJ, Jr., Keenan KM, Cervenka J, Jaspers MT. Taurodontism: an anomaly of teeth reflecting disruptive developmental homeostasis. *Am J Med Genet Suppl*. 1988; 4: 85-97.
28. Vaughan MD, Rowland CC, Tong X, Srivastava DK, Hale GA, Rochester R, et al. Dental abnormalities in children preparing for pediatric bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2005; 36: 863-6.
29. Shaw JC. Taurodont Teeth in South African Races. *J Anat*. 1928; 62: 476-98.
30. Shifman A, Channell I. Prevalence of taurodontism found in radiographic dental examination of 1,200 young adult Israeli patients. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1978; 6: 200-3.
31. Aydin H, Mobaraki S. Comparison of root and canal anatomy of taurodont and normal molar teeth: A retrospective cone-beam computed tomography study. *Arch Oral Biol*. 2021; 130: 105242.
32. Mena CA. Taurodontism. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1971; 32: 812-23.
33. Madeira MC, Leite HF, Niccoli Filho WD, Simões S. Prevalence of taurodontism in premolars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986; 61: 158-62.
34. Constant DA, Grine FE. A review of taurodontism with new data on indigenous southern African populations. *Arch Oral Biol*. 2001; 46: 1021-9.
35. Yeh SC, Hsu TY. Endodontic treatment in taurodontism with Klinefelter's syndrome: A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88: 612-5.

36. AAE. American Association of Endodontist - Endodontic Case Difficulty Assessment Form and Guidelines Internet: American Association of Endodontists; 2005. Available from: https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2019/02/19AAE_CaseDifficultyAssessment-Form.pdf (lest 02.03.2023).
37. Shifman A, Buchner A. Taurodontism. Report of sixteen cases in Israel. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976; 41: 400-5.
38. Hayashi Y. Endodontic treatment in taurodontism. J Endod. 1994; 20: 357-8.
39. Parolia A, Khosla M, Kundabala M. Endodontic management of hypo-, meso- and hypertaurodontism: case reports. Aust Endod J. 2012; 38: 36-41.
40. Baumgartner JC, Cuenin PR. Efficacy of several concentrations of sodium hypochlorite for root canal irrigation. J Endod. 1992; 18: 605-12.
41. Ahmad M, Pitt Ford TJ, Crum LA. Ultrasonic debridement of root canals: acoustic streaming and its possible role. J Endod. 1987; 13: 490-9.
42. Ahmad M, Pitt Ford TR, Crum LA. Ultrasonic debridement of root canals: an insight into the mechanisms involved. J Endod. 1987; 13: 93-101.
43. Gutarts R, Nusstein J, Reader A, Beck M. In vivo debridement efficacy of ultrasonic irrigation following hand-rotary instrumentation in human mandibular molars. J Endod. 2005; 31: 166-70.
44. Haapasalo M, Endal U, Zandi H, Coil JM. Eradication of endodontic infection by instrumentation and irrigation solutions. Endod Top. 2005; 10: 77-102.
45. Iden O, Bårdsen A, Fristad I. Temporære materialer og lekkasje i forbindelse med endodontisk behandling. Nor Tannlegeforen Tid. 2009; 119: 988-94.

ENGLISH SUMMARY

Skeie HG, Fristad I.

Taurodontism and endodontic considerations

Nor Tannlegeforen Tid. 2023; 133: 668-74.

Taurodontism can be described as a variation in dental morphology. Taurodontic teeth are characterized by an elongated pulp chamber, a constriction located within alveolar bone below the enamel-cement-junction, and shorter postfurcal roots. These teeth are traditionally classified as hypo-, meso- or hypertaurodont. Taurodontism is prevalent in most populations. However, some syndromes and diseases are associated with higher prevalence and severity of taurodontism. Endodontic treatment of taurodontic teeth is as-

sociated with high level of difficulty. Successful endodontic treatment of taurodontic teeth requires advanced skills, equipment, and experience. Early diagnosis of taurodontic teeth is important to promote prophylactic measure and avoid endodontic complications. The aim of the present review is to describe characteristics of taurodontic teeth and highlight features which may impact endodontic treatment.

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2024.

Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene i

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

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

En ny generasjon

lupebrille fra ExamVision

– Galilean Essential

EXAMVISION



TECHNOMEDICS

post@technomedics.no
Tlf. 69887920

Orale og dentale seneffekter etter kreftbehandling i ung alder



Foto: Privat.

KRISTINE EIDAL TANEM

Kristine Eidal Tanem er utdannet tannlege (2013) ved Universitet i Oslo (UiO). Doktorgradsarbeidet er utført som en del av den integrerte dobbeltkompetanseutdanningen ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, UiO. Veiledere har vært professor Bente Brokstad Herlofson, professor Anne B. Skaare, ph.d. og spesialist Petter Wilberg og ph.d. og overlege Einar Stensvold.

Kristine Eidal Tanem disputerte ved Det odontologiske fakultet i Oslo den 5. mai 2023 med avhandlingen «Oral and dental late effects after treatment of cancer at a young age».

Kreft i ung alder (under 19 år) rammer om lag 400 000 personer globalt hvert år. Forbedret behandling har ført til at femårs overlevelse for enkelte kreftformer er over 80 %. Kreft hos barn og unge skiller seg fra kreft hos voksne, da kreftsykdom hos disse forekommer i vev og organer som er i vekst. Disse pasientene har ofte en høy risiko for seneffekter, på grunn av kreftens store vekstpotensialet og påvirkning behandling kan ha på en kropp som er under utvikling.

Seneffekter etter kreft defineres som senskader relatert til sykdommen og/eller behandlingen som oppstår eller vedvarer mer enn tre måneder etter avsluttet behandling. At flere overlever kreft i ung alder, fører til en større gruppe pasienter som skal leve et langt liv etter behandling og som vil kunne oppleve seneffekter som kan påvirke funksjon og livskvalitet. Seneffekter vil og kunne oppstå i munnen og omliggende vev.

Målet med denne avhandlingen var å studere forekomsten av seneffekter i munnhule og omliggende vev hos langtidsoverlevende etter kreft i ung alder. Arbeidet er basert på to tverrfaglige studier i samarbeid med Oslo Universitetssykehus, der fokusgruppene var overlevende etter krefttyper utenfor hode-halsområdet.

Den første studien omhandlet langtidsoverlevende etter alloge stamcelletransplantasjon (allo-SCT) før fylte 30 år. Studien viste at 28 % av deltagerne hadde kronisk Graft versus Host Disease (GVHD), såkalt «transplantat-mot-vert-sykdom», i munnhulen, noe som er en fryktet seneffekt etter allo-SCT. Det ble påvist at funn av kronisk GVHD i munnhulen var assosiert med funn av GVHD i andre organer. Den andre studien inkluderte langtidsoverlevende etter behandling av hjernesvulster før fylte 20 år. I denne studien ble det vist at over en tredjedel hadde redusert gapehøyde, og nesten like mange hadde minst en tannutviklingsforstyrrelse. Begge disse funnene ble hyppigst sett hos dem som ble behandlet før fylte fem år. Ved test av smak- og luktfunksjon, hadde nesten en tredjedel redusert smakssaks og over 50 % redusert luktesans. De fleste av disse deltagerne hadde selv ikke oppfattet at funksjonene var redusert.

Avhandlingen viser at mange langtidsoverlevende etter kreftbehandling i ung alder har seneffekter i munnhulen og omliggende vev. Risikoen for flere av seneffektene er kreftbehandlingens dekk i svært ung alder. I tillegg ble det sett at funn i munnhulen kan være signifikant assosiert med seneffekter i andre organer. Avhandlingen har vist at seneffekter kan være til stede, til tross for at individet selv ikke oppfatter det. Funnene understreker viktigheten av at overlevende etter kreft i ung alder bør følges regelmessig og nøye opp av tannhelsepersonell. I tillegg er det viktig med et tverrfaglig samarbeid om disse pasientene.

Take FIVE to match them all!



Admira Fusion 5 – Rett og slett raskere. Bare estetisk.

Dekker alle 16 VITA® klassiske farger med kun 5 Cluster-Farger

- Universal: For de høyeste krav i anterior og posterior områder
- Rask: 10 sek lysherdings for alle farger
- Utmerket biokompatibel: Ingen klassiske monomerer
- Førsteklasses: Med god margin den minste krymping (1,25 % v/v)





VISSTE DU AT FISK KAN ERSTATTE KJØTT I MANGE RETTER?

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet

BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege. Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer. Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt at skjemaet blir fylt ut og returnert. Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er). Data (inkludert rapportørens navn) blir lagret i en database ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer/NORCE for statistiske analyser. Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkessammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat

Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

☐ Lege, sykehus ☐ Lege, primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(er)?

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

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Svie/brennende følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Smakstørstyrrelser
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Tørthet
- ☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

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

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn

☐ Ingen

Intraoralt:

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

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

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

Annet:

Øvrige funn:

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

Annet:

Angi lokalisasjon:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)? ☐ Fyllinger (direkte teknikk) ☐ Innlegg, fasader ☐ Faste protetiske erstattninger ☐ Avtakbare protetiske erstattninger ☐ Bitrusologisk behandling ☐ Midlertidig behandling ☐ Rotbehandling (rotfylling) ☐ Tannkjøttbehandling ☐ Oral kirurgi ☐ Tannregulering ☐ Forebyggende behandling ☐ kjemisk ☐ lysherdende ☐ Bindefningsmaterialer ("primer/bonding") ☐ Isolerings-/foringsmaterialer ☐ Fissurslusematerialer ☐ Beskyttende filmer (f.eks. vernis, f.eks. fluorlakk) ☐ Pulpaoverkappingsmaterialer ☐ Endodontiske materialer ☐ Sementeringsmaterialer ☐ vannbasert ☐ plastbasert ☐ Metall-keram (MK, PG) ☐ Metall/legering ☐ keram Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)? ☐ Amalgam ☐ Komposit ☐ Kompomer ☐ Glassionomer ☐ kjemisk ☐ lysherdende ☐ Bindefningsmaterialer ("primer/bonding") ☐ Isolerings-/foringsmaterialer ☐ Fissurslusematerialer ☐ Beskyttende filmer (f.eks. vernis, f.eks. fluorlakk) ☐ Pulpaoverkappingsmaterialer ☐ Endodontiske materialer ☐ Sementeringsmaterialer ☐ vannbasert ☐ plastbasert ☐ Metall-keram (MK, PG) ☐ Metall/legering ☐ keram ☐ Materialer for kroner/broer/innlegg ☐ Metall/legering ☐ plastbasert ☐ keramisk ☐ Materialer for avtakbare proteser ☐ Metall/legering ☐ plastbasert ☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ Metall/legering ☐ plastbasert ☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ Metall/legering ☐ plastbasert ☐ Materialer for bitrusologisk apparatur ☐ Materialer for implantater ☐ Avvikksmaterialer ☐ hydrokollid ☐ elastomer ☐ Midlertidige materialer – faste proteser ☐ Midlertidige materialer – avtakbare proteser ☐ Andre midlertidige materialer ☐ Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam) ☐ Andre materialer Annet: _____	Produktnavn og produsent av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e): Legg gjerne ved HMS-datablad. Bivirkningsregisterets notater Mottatt: _____ Besvart: _____ Registrert: _____ Klassifisert: _____ Sign: _____ ☐ Yrkesreaksjoner Reaksjonen(e) gjelder tannhelsepersonell i yrkessammenheng (dette er et forhold som sorterer under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter). ☐ Ønsker flere skjema tilsendt Antall: _____ Ansvarlig: Bivirkningsgruppen Arstadeveien 19 5009 Bergen Telefon: 56 10 73 10 E-post: Bivirkningsgruppen@norce.no web: www.bivirkningsgruppen.no Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer. NORCE NORCE Norwegian Research Centre AS www.norceresearch.no
--	--

Vakre, anatomisk utformede komposittrestaureringer på kortere tid

MØT DET NYE HALO™ SEKSJONSMATRISESYSTEMET

Ultradent Products har gleden av å presentere det nye Halo™ systemet. Det brukervennlige seksjonsmatrise-systemet gjør det mulig å lage forutsigbare, vakre og anatomisk konturerte komposittrestaureringer på kortere tid.

Ved å opprette forutsigbare, stramme kontakter, oppfyller Halo brukernes og pasientenes forventninger med tanke på restaureringenes levetid, ved å opprette ekstremt anatomisk nøyaktige approksimale kontakter. Nitinolringenes fremragende kraft og den aktive kilingen som de stive plastkilene sørger for, gir bedre separasjon av tennene. Dermed kan enkelttann- eller „back-to-back“-restaureringer legges på en enkel måte.

Halo-ringenes unike nebbdesign gir mulighet for bedre tredimensjonal tilpasning, dyrebart tidsbesparelse og mindre arbeid med okklusale og proksimale justeringer pluss pussing og polering. Båndet kan tilpasses helt til prepareringen, fra den gingivale kanten til den marginale kanten, og bidrar til at formen opprettholdes selv i tilfeller med store restaureringer. Håndteringen er enkel i alle områder av munnen, ettersom ringene er smale og kan settes over hverandre. Ringene som er laget av en spesielt elastisk nitinollegering, opprettholder sin kraft under behandlingene og reduserer enhver form for metalltretthet.

Halo-matrisebåndene viser en forbedret minimalistisk design for randcrista. De er anatomisk formet, gjengir anatomien til det angitte behandlingsområdet, og gir dermed tidsbesparelse ved okklusale justeringer. Matrisebåndene kan enkelt tilpasses og oppretter enda tettere kontaktpunkter. De er tilgjengelige i to ulike stivhetsgrader, hver med samme tykkelse. Originalbåndene er herdet, ekstra myke og kan formes til (kontureres). De faste båndene er ideelle for trange approksimale mellomrom og krever ikke noen konturering.

Halo-kilene garanterer egnet og skånsom anatomisk tilpasning, men utøver samtidig et fast trykk for aktiv kiling. Samtidig er behandlingen mindre traumatisk for papilla. Takket være den hule konstruksjonen, er applisering og fjerning av kilene enkel og komfortabel. Dersom det kreves flere kiler, kan de settes over hverandre etter behov. Brukeren nyter godt av de ulike fargene, etter som de gjør det lettere å identifisere korrekt kile.

Sist, men ikke minst er organiseringen av Halo-systemet gjort enkel med den unike karuselldispenseren, som innebærer en fantastisk måte å ordne og oppbevare alle komponenter sikkert, synlig og hygienisk.

HALO™

SECTIONAL MATRIX SYSTEM



Vakre resultater på kortere tid

Det brukervennlige Halo seksjonsmatriser-systemet gjør deg i stand til å lage vakre, anatomisk konturerte komposittrestaureringer på kortere tid.



Skann QR-koden for å
finne ut mer om Halo

Følg oss!



eu.ultradent.blog

ULTRADENT.EU

© 2023 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.

Utreder faglig merverdi ved sammenslåing

Vil en sammenslåing av det medisinske og det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) gi faglig merverdi? En arbeidsgruppe nedsatt av universitetsstyret skal se på fordeler og ulemper.

 **TONE ELISE ENG GALÅEN**

– Jeg er mer opptatt av samarbeid enn av samorganisering, sier dekan ved Det odontologisk fakultet, Tiril Willumsen.

For tre år siden ble det konkludert med at en sammenslåing av de to fakultetsadministrasjonene var lite formålstjenlig. Nå har UiO-ledelsen vedtatt at en arbeidsgruppe skal utrede om en sammenslåing av de to

fakultetene vil gi faglig merverdi for forskning, utdanning og innovasjon.

– Dette kom veldig brått på oss da det ble kommunisert fra ledelsen i vår. Som dekanat hadde vi gått til valg på at vi mente vi var best tjent med å forbli et eget fakultet, og det mener vi fortsatt. Fakultetsstyret vårt foreslo for universitetsstyret å stanse pågående prosess og heller utrede mulighetene for et helsefaglig fakultet. Men universitetsstyret bestemte å følge UiO-ledelsens ønske om å utrede faglig merverdi for forskning, utdanning og innovasjon ved en eventuell sammenslåing.

Dette forholder vi oss til, og er nå mest opptatt av at vi skal ha en god og ryddig prosess der det odontologiske perspektivet kommer godt nok frem, sier Willumsen.

– Det er lett å tenke at en sammenslåing vil føre til et tettere tverrfaglig samarbeid mellom fakultetene?

– Fremtiden er tverrfaglig både når det gjelder forskning og undervisning, men jeg er, som sagt, mer opptatt av samarbeid enn av samorganisering. Med tanke på hva som bør inngå i en tannleges curriculum i årene som kommer må vi samarbeide bredt. Pasientene kommer med stadig mer sammensatte problemstillinger, og tannlegens kompetanse vil i økende grad utfordres innenfor flere fagområder. Vi må derfor samarbeide med flere fagområder i fremtiden, men dette er ikke avhengig av samorganisering, sier Willumsen.



– Jeg er mer opptatt av samarbeid enn av samorganisering, sier dekan ved Det odontologiske fakultet ved UiO, Tiril Willumsen.
Foto: Ingar Storfjell OD/UiO.



– Det odontologiske perspektivet vil bli godt ivaretatt, sier universitetsdirektør Arne Benjaminsen ved UiO. Foto: Morten Kanne-Hansen/UiO.

Må fremme det odontologiske perspektivet

– Hvordan har beskjeden om at en sammenslåing nå skal utredes blitt mottatt blant de ansatte ved Det odontologiske fakultet?

– Det at denne prosessen ble satt i gang så plutselig, og med lite informasjon, har utløst mange spekulasjoner og stor uro ved odontologisk fakultet. Muligheten for at det vil komme en omfattende organisasjonsendring vil naturlig nok føre til at ansatte frykter for arbeidsplassen og/eller arbeidsoppgavene sine. Min opplevelse er at ledelsen ved universitet tar disse bekymringene på alvor. Sentralt Arbeidsmiljøutvalg ved UiO har besluttet at det skal gjøres en risikovurdering for arbeidsmiljøet i forbindelse med denne utredningsprosessen ved begge fakultetene. Det er viktig å huske på at det neste som nå skal skje ikke er en sammenslåing, men en utredning av mulig faglig merverdi ved en eventuell sammenslåing, sier Willumsen.

– Hvilke fordeler og ulemper ser du ved en eventuell sammenslåing?

– Det ønsker jeg ikke å uttale meg om nå, annet enn at det er viktig at både fordeler og ulemper blir belyst i utredningen. Tilsvarende sammenslåinger er gjort mange andre steder, i de fleste tilfellene i form av helsefaglige fakulteter. Vi har fått mange tilbakemeldinger på at dette ikke har vært fordelaktig for de odontologiske miljøene. For

oss er det nå viktig å få med riktig kompetanse inn i arbeidsgruppa, og sikre at mandatet gir reelle mål for å kunne evaluere mereffekter av en sammenslåing, sier Willumsen.

Lik representasjon

Universitetsdirektør ved UiO, Arne Benjaminsen, sier det odontologiske perspektivet vil bli godt ivaretatt.

– Begge fakultetene vil være likt representert i arbeidsgruppa, uavhengig av størrelse. Det blir ingen forholdsmessig representasjon, begge forskningsfeltene skal være representert på lik linje.

– Når vil arbeidsgruppa starte arbeidet?

– Vi skal ha et universitetsstyremøte i oktober da vi tenker å informere om status for gruppa og det videre arbeidet. Vi er opptatt av at prosessen rundt utredningen blir så ryddig og grundig som mulig, og vil bruke den tiden som er nødvendig, sier Benjaminsen.

– Hvorfor vil universitetsstyret utrede en mulig sammenslåing av det odontologiske og det medisinske fakultet?

– Vi ønsker å avklare om en sammenslåing vil styrke forsknings- og fagmiljøene ved de to fakultetene. Vi jobber hele tiden for at utdanning og forskning innen odontologi og medisin ved Universitetet i Oslo skal holde høy internasjonal kvalitet, og denne utredningen må ses i et slikt perspektiv. Vi er nå i gang med å nedsette en arbeidsgruppe bestående av representanter fra begge de berørte fakultetene og relevante fagressurser for øvrig, sier Benjaminsen.

Ville ha helsevitenskaplig fakultet

Ved Universitetet i Bergen ble Institutt for odontologi en del av Det medisinske fakultet da Det odontologiske og Det medisinske fakultet ble slått sammen i 2008. Etter sammenslåingen fikk fakultetet navnet Det medisinsk-odontologiske fakultet.

– Det var nok for å sukre pillen litt, sier Asgeir Bårdsen, leder for Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen.

I dag er navnet Det medisinske fakultet og det undervises i blant annet odontologi, tannpleie, ernæring og farmasi ved siden av medisin.

– Navnet Det medisinsk-odontologiske fakultet ble sett på som ekskluderende for de andre disiplinene, og det ble besluttet et navneskifte. Vi var flere utenfor medisin som ønsket et navn som Det helsevitenskaplige fakultet eller



– For odontologi har ikke sammenslåingen vært et løft, hverken for forskning eller utdanning. Vi blir helt klart marginalisert, sier leder ved odontologisk institutt ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen, Asgeir Bårdsen. Foto: Kristin Aksnes.

Fakultet for helsevitenskap, uten at dette vant frem, sier Bårdsen.

Ikke et løft for odontologi

– På hvilken måte vil du si at sammenslåingen i 2008 har ført til faglig merverdi for forskning, utdanning og innovasjon?

– For odontologi sin del har ikke sammenslåingen vært et løft hverken for forskning eller utdanning.

Forskningen lider først og fremst under at vi ikke lenger har råderett over stipendiatstillingene våre, noe som er svært beklagelig. Vi har riktignok fått beholde noen stipendiatstillinger i odontologi. Men disse er ikke øremerket instituttet, og vi får heller ikke bruke dem strategisk. Innen undervisning har det vært fokus på bedre integrering i preklinikken, uten at det har ført til de store endringene. Når det gjelder innovasjon, har Det medisinske fakultet opprettet et eget senter for innovasjon (Eitri) som også odontologi drar nytte av. Senteret er av relativt ny dato og ikke noe som sammenslåingen i seg selv har gitt drahjelp til, sier Bårdsen.

Blir marginalisert

– Har sammenslåingen ført til et bedre tverrfaglig samarbeid mellom odontologi og medisin?

– Sammenslåingen har gjort det enklere å samarbeide, og flere forskningsmiljøer jobber godt på tvers av institutter på fakultetet. Samarbeid er likevel opp til hver og en av oss. Vi må søke ut og vise faget mot andre fag, finne nye vinklinger sammen med annen kompetanse. Alt dette er nødvendig for å kunne tilegne seg eksterne forskningsmidler. Etableringen av Alrek helseklynge har vært positivt og gir muligheter, men dette er ikke et direkte resultat av sammenslåingen, sier Bårdsen, som er bekymret over at odontologiske stillinger ved fakultetet minker i antall.

– Vitenskapelige stillinger øremerket odontologisk kompetanse blir ikke videreført etter at personer som ble overført fra det tidligere odontologiske fakultet til andre institutter, nå går av med pensjon. Vi har mistet to stillinger i oral mikrobiologi med teknikker, én stilling i oral patologi og én i farmakologi, i tillegg til stillinger i fagene anatomi og fysiologi. Vi blir her klart marginalisert, sier Bårdsen.

Kan vi bistå deg med noe?

Vi har spesialister i hele landet. Ønsker du å diskutere kliniske problemstillinger eller behandlingsplaner? Spesialistene i Oris Dental sparrer gjerne eller hjelper deg med pasientene dine når du trenger det.

Har du et konkret case i tankene?

Vi tar imot henvisninger fra kolleger i hele Norge. Hos oss kan du få hjelp med både små og store utfordringer, deler av behandlingen eller ferdigstilt totalbehandling.

**Endodonti. Kjeveortopedi.
Oral kirurgi og medisin.
Radiologi. Periodonti.
Protetikk og bittfunksjon.**



Har du spørsmål angående henvisning? Ta kontakt!



Eirik Aasland Salvesen

*Spesialist i periodonti
CEO
Oris Dental
eirik@orisdental.no
+47 909 42 298*



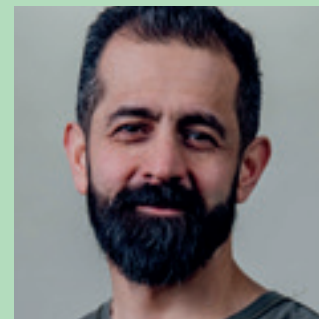
Hauk Øyri

*Spesialist i oral kirurgi
og oral medisin
Director Oris Academy
hauk@orisdental.no
+47 936 31 009*



Pia Selmer-Hansen

*Spesialist i protetikk
og bittfunksjon
Advisory Board Member
Oris Academy
pia.selmer@orisdental.no
+47 414 18 692*



Shoreshe Afnan

*Spesialist i oral kirurgi
og oral medisin
Head of Customer Relations
Oris Academy
shoreshe.afnan@orisdental.no
+47 971 44 811*



**Scan for oversikten
over alle våre
spesialister**



Vanlige tannleger kan kurere tannbehandlingsangst

Mariann Saanum Hauge har gjort en studie om behandling av tannbehandlingsangst utført av tannlege ved et vanlig tannlegekontor, uten hjelp av psykolog.

 **KARI ØVERBY, UNIVERSITETET I OSLO**
 **MORTEN FASSELAND**

Jeg ble inspirert til prosjektet fordi jeg liker å jobbe med denne pasientgruppen, de som er redde for tannbehandling. Og jeg ville gjerne bli flinkere og lære mer om fagfeltet. Det begynte i det små, men utviklet seg til et stort prosjekt.

Vi har sett på hvordan vi best kan behandle pasienter som lider av tannbehandlingsangst. Til det har vi utviklet en metode som vi har kalt for D-CBT, som står for dentist-administered cognitive behavioural therapy eller tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi. Altså en psykologisk metode som tannlegen kan bruke for å hjelpe disse pasientene, forteller Mariann Saanum Hauge.

Tannlegeadministrert angstbehandling av pasienter med tannbehandlingsangst

Opplegget består av fem timer behandling. Den første timen er kartlegging. Vi lærer pasienten om hva angst er, og lærer dem å kjenne sin egen angst. Vi forklarer metoden og hvorfor vi tror det vi har tenkt å gjøre kan hjelpe dem til å få en bedre opplevelse av tannbehandlingen. Deretter går vi over til eksponeringsterapi, det vil si å utsette dem for det de er redde for på en kontrollert og trygg måte. Det er et poeng at pasientene får bestemme trinnene selv hele veien.

Ofte begynner vi på et veldig forsiktig nivå. Det kan godt være at de får høre en borrelyd i ett sekund, og på to meters avstand, fordi de synes lyden er skummel. Så

arbeider vi oss opp til situasjoner som er mer krevende, i pasientens tempo. Vi bruker tre behandlingstimer til eksponeringen.

Når vi er kommet til time nummer fem oppsummerer vi eventuelle behov for videre tann- og angstbehandling. Vi så at de fleste pasientene kunne fortsette med vanlig tannbehandling etter en femtimesrunde.

Kognitiv atferdsterapi mot tannbehandlingsangst

– Hva er kognitiv atferdsterapi?

– Det er en metode som er mye brukt i behandling av for eksempel fobier av forskjellige slag. Vi begynner med det vi kaller psykoedukasjon, som er en form for angstopplæring. Man lærer å forstå angstens rolle og hensikt. Så bruker vi den kunnskapen til hjelp under videre eksponeringstrening. Eksponering er å utsette deg for det du er redd for til du blir mindre redd. Slik jobber vi med atferden.

Vi jobber også med tankesettet: altså kognitivt. Hva er det verste som kan skje? Vi ser nærmere på de negative forventningene pasientene kan ha. Disse synliggjøres i katastrofetanker. Pasienten kan for eksempel forvente at det skal bli en smerte på ti av ti hvis jeg setter bedøvelse. Før jeg får prøve å sette den bedøvelsen, må jeg forsøke å gjøre noe med disse tankene. Man kan spørre pasienten: Hvorfor forventer du så stor smerte? Vi har en måte vi kan gjøre noe med den smerten på, tror du det kan hjelpe?



Mariann Saanum Hauge har gjennomført studien om behandling av tannbehandlingsangst.

Vi har laget en manual som er helt detaljert, slik at tannlegen som skal jobbe med D-CBT kan følge den trinnvis for å komme greit i mål. Mye tid på prosjektet gikk med til å lage manual for metoden, og til å kvalitetssikre den.

– Hvordan jobbet dere med manualen?

– Vi begynte med å gå til faglitteraturen og så på hva det var vi visste virker mot tannbehandlingsangst fra før. Det var kognitiv atferdsterapi. Det er velkjent at det er en god metode. Men det var nødvendig å tilpasse metoden til tannlegekontoret, til tannlegen alene. Metoden ble utviklet i en trinnvis systematisk prosess. I tillegg til veilederne mine og meg selv var to professorer i psykologi involvert i den akademiske delen av metodeutviklingen. Psykologer og tannleger som har bred klinisk erfaring bidro, og vi hadde oppmerksomhet på klinikk og gjennomførbarhet.

Pilotstudie før hovedstudien

Før vi startet i hovedstudien gjennomførte vi en pilotstudie på ti pasienter. Resultatene var gode og gjennom tilbakemeldinger fra pasientene ble siste versjon av D-CBT-manualen konstruert.

Vi ønsket å sammenligne D-CBT med det best tilgjengelige alternativet som allerede finnes på vanlige tannlegekontorer: Sedasjon i kombinasjon med god kommunikasjon er et godt og tilgjengelig alternativ som vi mente passet godt for formålet.

I hovedstudien behandlet vi nesten 100 pasienter, fordelt på to grupper. Halvparten fikk behandling med D-CBT, mens den andre halvparten fikk tilbud om sedasjon



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

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

med midazolam i kombinasjon med kommunikasjonsmetoden «Fire gode vaner». Det ble gjort som en randomisert kontrollert studie, noe som betydde at pasientene ikke selv fikk velge hvilken behandling de skulle ha. Vi var spent på om de aksepterte det de fikk tildelt, ettersom det er to veldig forskjellige behandlinger. Det viste seg at de var positive uansett og lette å samarbeide med. En god grunn til det var kanskje at vi som jobbet med dette hadde tro på begge behandlingsformer. Jeg hadde stor tro på den nye metoden, D-CBT/tannlegeadministrert kognitiv atferdsterapi, og jeg hadde også jobbet med sedasjon i mange år, og hadde gode erfaringer med det.

Likt resultat i begge gruppene

– Da studien var gjennomført var det like stor nedgang i angst i begge gruppene. Vi hadde som hypotese at sedasjonspasientene skulle ha lavere angst under behandling, men nedgangen i angst var like stor og varig som i den gruppen som hadde blitt behandlet med en psykologisk metode.

Ett år etter behandling var angsten like lav i begge grupper. Dette er veldig bra med tanke på den nye metoden, D-CBT, og også med tanke på det vi allerede gjør for denne pasientgruppen. Hvis sedasjon kombinert med god kommunikasjon kan gi stor og varig reduksjon i tannbehandlingsangst for flertallet av pasienter med tannbehandlingsangst, betyr det at mange allmennpraktiserende tannleger allerede har tilgjengelige verktøy som kan gi langsiktig og god hjelp til denne pasientgruppen.

Et viktig funn er at pasientene, selv de med kompleks tannbehandlingsangst og PTSD-symptomer, hadde nytte av behandlingen. Ingen ble dårligere psykisk av å gjennomgå den. Cirka en tredel valgte å fortsette behandlingen i TOO, som også innebar at videre tannbehandling ble gratis.

Manual og opplæringsprogram

Begge metodene forutsetter riktig opplæring. Manualen for D-CBT ligger åpent på nettsidene til Universitetet i Oslo, og det er meningen at det skal bli gjort tilgjengelig et opplæringsprogram med videoillustrasjoner. Opplæring trengs for å gjøre D-CBT på en trygg måte.

– Dette er noe vi ønsker å jobbe systematisk videre med.

Sedasjon kombinert med god kommunikasjon i vår studie ble utført systematisk, og er derfor ikke automatisk overførbart til all bruk av sedasjon med Midazolam. For å

benytte denne metoden trengs også opplæring. Denne ligger inne i grunnutdanningen for tannleger i Oslo.

Kriseplan i bakhånd

– Man må være bevisst på at eksponeringsterapi kan vekke sterke reaksjoner hos pasienten. Hvis en pasient for eksempel får panikkanfall må man kunne håndtere det. Og det man skal være klar over er at om du skal gjøre tannbehandling på en pasient med tannbehandlingsangst, så vil vi kunne få nøyaktig de samme sterke reaksjonene som under eksponeringsterapi. Jeg mener derfor at en tannlege bør kunne takle slike situasjoner uavhengig av om man jobber med psykologiske teknikker.

– Var det noen av dine pasienter som hadde utagerende reaksjoner?

– Nei, men vi hadde et krav fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) før jeg kunne få lov å gjennomføre studien, at jeg måtte ha en kriseplan i tilfelle det skulle skje noe akutt. Jeg fikk en avtale med vår lokale DPS (distriktpsikiatriske senter) at jeg kunne ringe dem om det skulle skje. Pasientene i studien vår trengte ikke det, slik jeg vurderte det. Så jeg har ikke noen følelse av at det er noe som man vil måtte forholde seg til ofte. Men akkurat som ved medisinske krisesituasjoner, som heller ikke oppstår ofte, kan det være fornuftig å ha en kriseplan klar også for sterke psykiske reaksjoner. Planen kan være så enkel som å ringe til pasientens fastlegekontor eller legevakt.

Vanlige tannleger bør kunne behandle tannbehandlingsangst

Vi har nå sett at metodene virker godt når jeg bruker dem, og jeg tror at D-CBT kan fungere godt også når andre bruker den, gitt riktig opplæring. Men vi trenger å vise det i forskning. Dette krever en multisenterstudie som involverer flere tannleger og flere behandlingssteder. Vi har allerede begynt planleggingen av denne. I første omgang må vi kvalitetssikre opplæringen som tannlegene eventuelt skal få.

Vi vet at cirka én av ti av dem som dukker opp på tannlegekontoret har tannbehandlingsangst, og at hos cirka én av 20 er det en mulig odontofobi-diagnose. Vi er heldige som har TOO (Tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte), som er et godt tilbud til de aller reddeste. Men tilbudet favner ikke alle, og det er liten tvil om at tannbehandlingsangst er noe vanlige tannleger er nødt til å kunne håndtere.

Før vi startet studien hadde vi en forventning om at det ville være vanskeligere å behandle de pasientene som var veldig redde, samt de pasientene som hadde høy generell angst, skåret høyt på depresjonssymptomer, eller hadde PTSD-symptomer. Men vi så det motsatte. Vi så at effekten var god uavhengig av om de hadde ekstremt høy tannbehandlingsangst eller skåret høyt på andre psykiske lidelser. Så det kan se ut som om en del av pasientene i målgruppen for TOO, også kan hjelpes med enklere metoder, som D-CBT eller sedasjon i kombinasjon med god kommunikasjon.

Lav terskel og det lokale tannlegekontoret

Det er ikke gjort så mange sammenlignbare studier. Veldig ofte blir et sånt type prosjekt gjort på utdanningsinstitusjoner, eller på spesialistklinikker. Noe av det unike med dette prosjektet er at det var ekstremt praksisnært. Pasientene var en del av den vanlige pasientstrømmen på klinikken. Vi så at dette faktisk fungerte i klinikkhverdagen.

I studien klarte omkring tre av fire å fortsette med vanlig tannbehandling. Det betyr at det var noen det ikke lyktes

for – i hvert fall ikke i denne runden. Noen falt av underveis. Jeg ser nå at noen av dem som det ikke gikk bra med i første runde, kommer tilbake igjen en stund etter. Kanskje er de nå på et punkt i livet der det passer bedre. Da er det en fordel at tannbehandlingen har vært på et lokalt tannlegekontor. Vi er lette å finne igjen når motet kommer tilbake.

Bruk av sedasjon og psykologiske teknikker

Vi har også foretatt en spørreundersøkelse blant norske tannleger om hva de selv opplever at de kan av teknikker for behandling av pasienter med tannbehandlingsangst (Tidende 2023). Det vi så var at cirka 60 prosent av norske tannleger føler seg trygge på både å gjøre sedasjon og å bruke psykologiske teknikker. Dette tallet er altfor lavt, etter min mening, og betyr at det er viktig med etterutdanning av tannleger innenfor dette feltet. Jeg håper, og tror, at doktorgradsprosjektet kan komme til nytte i forhold til både grunn- og etterutdanning av tannleger i årene som kommer.



Nå finnes vi også i Norge

Utvid klinikkens tilbud - tilby lystgass

X-dental har i over 30 år vært leverandør i Sverige og Finland for både Matrx og Porters lystgassapparater som er markedsledere innen tannhelsetjenesten. Våre teknikere er sertifiserte fra produsentene Porter og Matrx.

Vi er med hele veien, fra nord til sør – i hele Norge.

Kontakt oss:

info@x-dental.se
www.x-dental.se
+46 70-574 55 82



Tannleger reagerer mot angiverilov

Sveriges Tandläkarförbund får kritikk for ikke å ta et klart standpunkt for alles rett til helsehjelp og mot loven om meldeplikt, som forberedes i Sverige. En lov som tar sikte på å pålegge offentlig ansatte i blant annet helsesektoren å melde fra til politiet dersom de mistenker at en papirløs innvandrер søker helsehjelp.

 **JOHAN ERICHS, MERAMEDIA**
 **MALMÖ UNIVERSITET**

Ledelsen i Sveriges Tandläkarförbund har valgt å ikke signere et opprop med bred oppslutning, for alles rett til helsehjelp og mot plikten til å melde fra dersom en pasient mistenkes for å være ulovlig innvandrер. Dette overrasker flere av tannlegene, som oppfordrer den svenske tannlegeforeningen, i likhet med andre helseaktører og fagforeninger, til å støtte retten til helsehjelp på like vilkår – som også bør omfatte såkalte papirløse. Med papirløse menes personer som oppholder seg i Sverige uten gyldig oppholdstillatelse.

– Jeg er skuffet over foreningens holdning. Det er stor motstand mot en eventuell meldeplikt, og dersom loven trer i kraft er det stor fare for at mange i tannhelsesektoren havner i en sårbar situasjon og får et forverret arbeidsmiljø når kravet om identifisering av papirløse stilles. Det er ikke akseptabelt, sier Gunilla Klingberg, professor i barne- og ungdomstannbehandling ved Malmö universitet.

Rett til tannpleie

I Sverige ligger det et lovforslag om at offentlige virksomheter som for eksempel tannhelse, skal omfattes av en «lov om meldeplikt» der helsepersonell må melde fra dersom

papirløse oppsøker tannhelse- og andre helsetjenester, i forbindelse med et akutt behov. Gjennom en lov om melde- og informasjonsplikt skal ansatte i ulike samfunnsorganisasjoner tvinges til å kontakte politi og migrasjonsmyndigheter ved mistanke om at en papirløs søker helsehjelp eller annen tjeneste.

– Vi kan på ingen måte stille oss bak en slik lov, sier Gunilla Klingberg, som er en av initiativtakerne til debatten der den svenske tannlegeforeningen får kritikk.

Tandläkarförbundet velger å ikke kommentere kritikken fra medlemmene sine, men viser til at de på et tidligere tidspunkt har skrevet under på en tilsvarende appell om retten til helsehjelp for papirløse. Leder i den svenske tannlegeforeningen, Chaim Zlotnic, begrunner foreningens nåværende holdning med at den foreløpig velger å konsentrere sin innsats og sitt påvirkningsarbeid mot politikerne i saker knyttet til den kommende tannhelsereformen, som de regjeringsstøttende partiene kom overens om i den felles politiske samarbeidavtalen, den såkalte Tidö-avtalen. En tannhelsereform som eventuelt vil bli gjennomført allerede i begynnelsen av 2024.



– En lov om meldeplikt vil få store konsekvenser for tannleger og medarbeidere. Vi ville havnet i en situasjon med etisk stress og utrygghet, sier Gunilla Klingberg, professor i barneodontologi og en av tannlegene som har reagert på at den svenske tannlegeforeningen ikke har tatt tydelig stilling i dette spørsmålet.

Gunilla Klingberg, som har vært leder i Tandläkarförbundet tidligere, mener tannleger er dårlig informert om lovene som regulerer tannpleie for papirløse.

– Det handler om grunnleggende etiske verdier og om den helsehjelp asylsøkere og papirløse har krav på. Dersom noen trenger tannpleie som ikke kan utsettes, har de rett til helsehjelp. Ofte dreier det seg om personer som søker akuttbehandling for tannpine og som sjelden er spesielt pleiekravende, sier Gunilla Klingberg.

Etisk stress

Dersom den svenske riksdagen stemmer gjennom loven om meldeplikt, kan forutsetningen for helsepersonell til å utføre oppgavene sine på best mulig måte, bli påvirket.

– Mange vil bli utsatt for sterk etisk stress. Samtidig som du som helsearbeider skal følge etiske retningslinjer og gi omsorg og hjelpe vedkommende, må du samtidig vurdere om du skal anmelde pasienten, dersom du mistenker at personen oppholder seg ulovlig i landet. Det er en fare for at slik tvang undergraver et trygt arbeidsmiljø og skaper splittelse blant personalet. Det er en risiko for at den som følger de etiske verdiene og gir akutt hjelp blir anmeldt av

en kollega. På denne måten risikerer vi å få et angiverisystem som jeg ikke tror noen vil ha, sier Gunilla Klingberg.

Når det gjelder barn og unge som er i en sårbar situasjon og som sammen med foreldrene oppholder seg ulovlig i landet, kan manglende tannpleie få alvorlige konsekvenser.

– Hvis barna ikke får hjelp når de trenger det, tar de ofte med seg pleiebehovet inn i voksenlivet, sier Gunilla Klingberg.

Nettverk

I dag finns det hjelp å få for papirløse også utenfor den etablerte tannhelsetjenesten. Dette finnes nettopp fordi det er papirløse som ikke kjenner seg trygge ved å henvende seg til offentlige myndigheter, på grunn av frykt for at de kan bli identifisert og arrestert.

– Det er viktig å vise respekt for de ansatte i offentlig tannhelsetjeneste og for de privatpraktiserende som samarbeider med hjelpeorganisasjoner som Røde Kors og Bymisjonen, og hjelper til med å behandle papirløse pasienter. I dag har vi flere uformelle nettverk i både offentlig og privat sektor som stiller opp og tar imot disse pasientene. Det er ofte vanskelig nok å bare møte disse pasientene, som føler seg sårbare og er stresset over situasjonen de er i.

Gunilla Klingberg ser et behov for å diskutere problemstillingen rundt behandlingen av papirløse og skape klarhet i hvordan disse pasientene skal håndteres.

– Vi må diskutere etiske problemstillinger på et annet nivå enn vi gjør i dag og synliggjøre de problemstillingene som ligger utenfor det kliniske arbeidet. For eksempel bruk av tolk for personer som ikke kan gjøre seg forstått i møte med helsevesenet. I dag har hjelpetrengende rett til tolk, men det finnes politikere som vil begrense eller helt avskaffe denne retten.

– Skal jeg kunne gi hjelp på en kvalitativ og anstendig måte, kreves det autorisert tolk. Det er veldig viktig for at behandlingen skal lykkes, sier Gunilla Klingberg.

Gunilla Klingberg håper at Tandläkarförbundets ledelse signerer oppropet i ettertid.

– Nesten alle forbund innenfor helsesektoren har skrevet på og det gjelder også andre tannhelseyrker som tannpleiere. Vi har fått sterk støtte til vårt debattinnlegg hvor vi stiller spørsmål ved foreningens standpunkt. Vi ønsker ikke en indre strid eller å bidra til splittelse, derimot vil vi at foreningen skal tenke seg om og avklare sitt standpunkt, avslutter Gunilla Klingberg.

Vil forbedre behandlingen av pasienter med blodkreft

Det odontologiske fakultet, Det medisinske fakultet og Oslo Universitetssykehus-Rikshospitalet har startet et nytt multisenterprosjekt for å forbedre behandlingen av pasienter med blodkreft.

 **ASTRID SKIFTESVIK BJØRKENG, OD/UIO**
FREDRIK PEDERSEN OD/UIO

Prosjektet er et tverrfaglig samarbeid mellom fakultetene og sykehuset, og har som mål å adressere flere viktige utfordringer i omsorgen for disse pasientene.

Pasienter som gjennomgår allogen stamcelletransplantasjon, en behandlingsmetode for ondartede blodsykdommer, opplever ofte utilstrekkelig energi- og proteininntak, noe som fører til vekttap og underernæring. Dårlig ernæringsstatus er knyttet til redusert livskvalitet og økt sykkelighet og dødelighet i denne pasientgruppen. For å håndtere dette anbefaler både europeiske og amerikanske retningslinjer ernæringscreening og ernæringsstøtte i den tidlige perioden etter transplantasjonen.

I tillegg opplever disse pasientene en rekke orale komplikasjoner som følge av både blodkreft og stamcelletransplantasjonen. Noen av de vanligste komplikasjonene inkluderer smertefull slimhinnebetennelse, brenning i munnen, metallisk smak, tap av luktesans, munntørrehet, raskt utviklende tannrøte, redusert evne til å åpne munnen og smerter i kjeveleddet. Disse orale komplikasjonene fører til redusert næringsinntak, vekttap, generell svekkelse og dermed økt risiko for alvorlige konsekvenser.

Skal lede samarbeid

Tannlege og forsker Bano Singh ble invitert av avdeling for blodsykdommer ved Oslo Universitetssykehus-Rikshospitalet (OUS-RH) til å lede det tverrfaglige samarbeidsprosjektet mellom Det odontologiske fakultet, Det medisinske fakultet og OUS-RH. Andre samarbeidspartnere inkluderer professor i medisin Per Ole Iversen, avdelingsoverlege og professor Geir Tjønnfjord, samt overlege Tobias Gedde-Dahl, alle ved avdeling for blodsykdommer. I tillegg er PhD-kandidat og tannpleier Åsmund Rogn og masterstudent i Biomedisin og tannpleier Mahnoor Nazar en del av forskningsteamet.

Målet med samarbeidsprosjektet er å oppnå et tett samarbeid mellom tannleger, tannpleier og hematologer til beste for pasientene. Tidligere pasienter som har gjennomgått allogen stamcelletransplantasjon er også invitert til å delta i forskningen. Denne pasientgruppen og medlemmer av forskningsteamet møtes to-tre ganger i året for å diskutere planene for forskningen og sikre at den er så pasientvennlig som mulig. Hovedhensikten med prosjektet er å utvikle en plan for å forebygge og redusere risikoen for bivirkninger og komplikasjoner i munnhulen hos pasienter som behandles for blodkreft.

Forebygge komplikasjoner

– Før vi kan forebygge og redusere risikoen for orale komplikasjoner, er det nødvendig å kartlegge når og hvorfor disse komplikasjonene oppstår, sier Bano Singh. Hva er årsakene til at disse pasientene opplever dårlig lukt og smak, og hva skjer med tenner, tannkjøtt, spyttkjertlene og kjeveleddet under behandlingen?

Det kan være mulig at den cerebrale forbindelsen mellom lukt, smak og smertesenteret i hjernen blir forstyrret hos stamcelletransplanterte pasienter, noe som kan resultere i perifere forstyrrelser i munnhulen. Dette er imidlertid et område som ennå ikke er tilstrekkelig undersøkt.

– Videre finnes det ingen spesifikke anbefalinger eller ekspertuttalelser som kan veilede helsepersonell som er involvert i omsorgen av pasientene om hvordan man overvåker og behandler smaks- og luktavvik, det vil si svekkede kjemosensoriske funksjoner, før, under og etter stamcelletransplantasjonen, forklarer hun. Heller ikke pasientenes plager relatert til tenner, orale slimhinner og kjeveleddet er tilstrekkelig undersøkt.

Ernæringsstatus

Denne prospektive observasjonsstudien har som mål å fylle kunnskapsgapet og forhåpentligvis legge grunnlaget for fremtidige kliniske studier for å teste behandlingsmetoder som kan lindre de orale plagene og forbedre ernæringsstatusen hos denne sårbare pasientgruppen.

Bano Singh har lang erfaring med utredning og behandling av pasienter med endret lukt- og smaksopplevelse samt brennende følelse i munnen. Nylig har hun etablert *Klinikk for lukt, smak og oral smerte* ved Universitetsklinikken for munn- og tannhelse, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Her tar hun imot pasienter med lukt- og smaksforstyrrelser samt brennende følelse i munnen fra hele landet. Endringer i lukt- og smaksopplevelse samt berøring i munnen kan være indikasjoner på underliggende tilstander. Disse tilstandene kan være forårsaket av ulike faktorer, som for eksempel virusinfeksjoner som Covid-19, eller alvorlige sykdommer som kreft eller Parkinsons sykdom. Smaksforandringer hos kreftpasienter har vært kjent i flere tiår. Etter strålebehandling rettet mot hode- og nakkeområdet, der smaksceller blir bestrålt og dør, er forekomsten av forvrengt smak spesielt høy. Imidlertid kan det være mange andre årsaker til at kaffen begynner å lukte feil, maten smaker metallisk eller at pasienten opplever konstant brenning i munnen.



Bano Singh og Åsmund Rogn ved Det odontologiske fakultet ved UiO skal lede samarbeidet mellom det odontologiske og medisinske fakultet samt Oslo Universitetssykehus-Rikshospitalet.

Resultatene fra prosjektet vil bli inkludert i tannlege Åsmund Rogns doktorgradsarbeid og tannpleier Mahnoor Nazars masteroppgave. Gjennom denne prospektive observasjonsstudien ønsker forskningsteamet å fylle kunnskapsgapet og legge grunnlaget for fremtidige kliniske studier. Målet er å teste ulike behandlingsmetoder som kan lindre de orale plagene og forbedre ernæringsstatusen hos denne sårbare pasientgruppen.

Forbedre omsorgen og livskvaliteten

Samlet sett er dette samarbeidsprosjektet mellom Det odontologiske fakultet, Det medisinske fakultet og Oslo Universitetssykehus-Rikshospitalet et viktig skritt mot å forbedre omsorgen og livskvaliteten til pasienter med blodkreft som behandles med allogen stamcelletransplantasjon. Ved å identifisere og forebygge orale komplikasjoner og utvikle behandlingsmetoder kan man bidra til å redusere vekttap, forbedre ernæringsstatus og dermed også redusere sykелighet og dødelighet i denne pasientgruppen.

PASIENTER KAN LIDE AV SENSITIVE TENNER I MANGE ÅR, MEN LØSNINGEN FINNES. HELDIGVIS!

En liten samtale om ising i
tennene kan gjøre en stor forskjell.

**Ta det opp med
dine pasienter i dag!**

HALEON | healthpartner



Oppdag en verden av kunnskap innen
munnhelse. For å finne ut mer og få tilgang
til Sensodyne prøvetuber,
skann QR-koden og registrer deg på
www.haleonhealthpartner.com

SENSODYNE 



Det er ingen pepper i denne mynten.

– Julia, 6 år

Nyhet!

TePe Daily™ og
TePe Pure™



**Nå lanserer vi en skånsom serie
tannkrem for hele familien**

TePe Daily™ og TePe Pure™ er et nytt utvalg
av tannkrem for hele familien med ulike
behov, for sensitivt tannkjøtt og tørr munn.
En etterlengtet nyhet og et perfekt tilskudd
til TePes høykvalitets munnhelseprodukter.



Bra Miljøval

TePes tannkremer er merket med Bra Miljøval.



TePe Daily™ Baby og TePe Pure™ Unflavoured
er anbefalt av Asthma Allergy Nordic

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening



Paneldebatten.

Arendalsuka 2023

Når tannpussen går i glemmeboka

Eldreomsorg og eldres helse har vært en viktig sak i politikken og høstens valgkamp – det var også tilfellet under årets Arendalsuke. Reformene «Leve hele livet» og «Bo trygt hjemme» fokuserer begge på at eldre skal kunne ta ansvar for egen helse og få den hjelpen de har behov for, slik at de kan bo hjemme så lenge som mulig før de havner på sykehjem. Et titalls arrangementer hadde dette som tema under Arendalsuka, og et av dem var NTFs panelsamtale «Når tannpussen går i glemmeboka – Hvem tar ansvar for eldres munnhelse?»

📷 TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSRADGIVER, NTF



Even Røed og Marian Hussein.



Leder NTF Student oppsummerer debatten.

Arrangementet startet med innspill fra NTFs visepresident Ralf Husebø, leder av NTF Student Sofie Marlen Mathisen og forskningssjef Nasjonalforeningen for folkehelsen, Anne Rita Øksengård. De ga innblikk i dagens situasjon og beskrev hvor og hvorfor det ofte buttrer i oppfølgingen av munnhelsen hos hjemmeboende, pleietrengende eldre. Vi vet at pleieoppgavene som skal følges opp er mange, og at tannpuss ofte blir oversett eller glemt. Dårlig munnhelse kan ha alvorlige konsekvenser for både ernæring, psykisk helse, sykdomsutvikling og livskvalitet, og vi ser at både pårørende og helsepersonell mangler kompetanse om viktigheten av munnhelsen. Øksengård viste til at demenslinjen får mange henvendelser om hvordan man skal ivareta munnhelsen hos denne pasientgruppen, spesielt dersom de motsetter seg tannpuss.

Det er ikke kvaliteten i helsehjelpen og behandlingen pasientene mottar i Den offentlige tannhelsetjenesten som er problemet. Utfordringen ligger i at pasientene ikke får den behandlingen de faktisk har krav på, fordi munnen og tannhelsen blir glemt.

Andre del av arrangementet ble rettet mot hvilke politiske veivalg og prioriteringer som må gjøres for å sikre god oppfølging slik at hverdagen skal bli bedre for både pasienter, pårørende og helsepersonellet. Med for å diskutere dette hadde NTF invitert Even A. Røed og Marian Hussein, stortingsrepresentanter fra henholdsvis Arbeiderpartiet og SV, samt Merete Gulbrandsen Tholin, bystyrekandidat for Kristiansand Høyre.

Alle var enige i at det finnes for mange barrierer som hindrer samhandling. Journalsystem, tidsmangel og kompetanse ble pekt på som viktige brikker. Det er heller ikke noen tvil om at fremtiden vil by på flere store utfordringer med tanke på tilgjengelige ressurser og antall hender. Helsepersonellkommisjonens rapport tegner et veldig alvorlig bilde hvor den store økningen av pasienter og pleietrengende vil føre til flere pasienter per behandler, og strenge krav til effektivisering og prioritering.

Tholin kunne bekrefte at høyt sykefravær og manglende kompetanse om munnhelse utgjør store og viktige utfordringer i den lokale organiseringen av tjenesten. Demenskoordi-



NTFs delegasjon ved rådgiver Christian Pollock Fjellstand, leder NTF Student Sofie Mathisen og visepresident Ralf Husebø.



Fullt hus på Haralds pub.

nator med særlig ansvar for denne pasientgruppen ble nevnt som en mulig løsning. Hussein var også opptatt av god forebygging for å redusere fremtidig behandlingsbehov. NTFs visepresident påpekte at munnhelse må inn i læreplanen i de øvrige helseprofesjonene, og etterlyste en struktur i tjenesten som bedre kan fange opp pasientene i overgangen mellom privat og offentlig, slik at de ikke blir glemt og at alle får den behandlingen og oppfølgingen de har krav på.

Politikerne sa seg alle enige i at dagens organisering ikke er ideell, men ingen kunne love noen umiddelbare tiltak, da de ønsker å vente og se hva det mye omtalte Tannhelseutvalget kommer frem til i sitt arbeid. Utvalgets konklusjoner vil være førende for valg av organisering, finansiering og prioritering. Visepresident Husebø minnet politikerne om at poli-

tiske vedtak som gjøres uten at det følger med penger og mer ressurser, har dårlige forutsetninger for å lykkes.

Avslutningsvis oppsummerte studentleder Sofie Mathisen samtalen. Til tross for ulikt politisk syn er alle enige om at noe må gjøres for å fjerne de organisatoriske og digitale barrierene. Slik situasjonen er i dag faller for mye av oppfølgingsansvaret på de pårørende. Studentlederen minnet oss også om at ikke alle har pårørende i nærheten som kan ta dette ansvaret. Det er opp til politikerne, tannhelsetjenesten og de øvrige helsetjenestene å sikre alle en god alderdom.

Arrangementet ble strømmet og opptak kan sees på www.facebook.com/dennorsketannlegeforening

PRESIDENTENS TIME

Still spørsmål og si din mening til presidenten



Benytt deg av medlemstilbudet "Presidentens time" til å stille spørsmål, kommentere, utfordre og komme med innspill til foreningens arbeid.

NB! Ny tid:
Andre tirsdag i måneden kl. 2000

(Tirsdag 10. oktober, 14. november & 12. desember 2023)

Sted: Zoom. Se www.tannlegeforeningen.no/minside for lenke

NTF er DIN forening
Vær ærlig, vær åpen og vær aktiv!

HUSK FRIST FOR LAV PÅMELDINGSavgift 6/10!

NTFs LANDSMØTE & NORDENTAL



TID: 2. - 4. november

STED: NOVA spektrum, Lillestrøm

Velkommen til NTFs landsmøte og Nordental 2023 - årets viktigste faglige arrangement for tannlegeprofesjonen og dentalbransjen.

Meld deg på før 6. oktober for lav påmeldingsavgift!

All informasjon om fagprogram, sosiale arrangementer, priser og lenke til påmelding finner du på:

www.tannlegeforeningen.no/landsmotet



FAGPROGRAM TANNHELSESEKRETÆRER

NTFs LANDSMØTE 2023

Årets landsmøte inkluderer egne paralleller med fagprogram som er spesielt tiltenkt tannhelsesekretærer hele torsdag og fredag. Benytt anledningen til å gi hele tannhelseteamet et faglig løft!

Tid: Torsdag 2. - fredag 3. november 2023

Pris: kr 4150 (før 6. oktober - etter dette øker prisen med kr 600)

Torsdag 2. november

#	Tittel	Tid
#1	Åpning NTFs landsmøte 2023	1000 - 1200
#5	Tannlegeutdanning på 45 minutter	1330 - 1415
#8	Hvordan ivareta den komorbide pasienten	1445 - 1515
#11	Hvordan bygge tillit i pasientmøtet	1530 - 1600
#15	Tannhelsesekretærens gode klinikkhverdag	1615 - 1700

Fredag 3. november

#	Tittel	Tid
#19	Barn i risiko og oral helse	0915 - 0945
#23	Fedmekirurgi og konsekvenser for tannbehandling	1015 - 1045
#26	God eendo-rutiner og effektiv arbeidsflyt	1115 - 1145
#30	Hvit snus og e-sigaretter	1300 - 1330
#34	Gode rammer for samarbeid rundt ROP-sigaretter	1345 - 1415
#36	Komplikasjoner etter fjerning av tenner	1445 - 1515
#39	Pasienter med munn- og halskreft	1530 - 1600

Husk også å melde på hele teamet til landsmøtefest torsdag 2. november!

Billetter kjøpes samtidig med påmelding på
www.NTFsLandsmote.no



VELKOMMEN TIL

TORSDAG 2. NOVEMBER

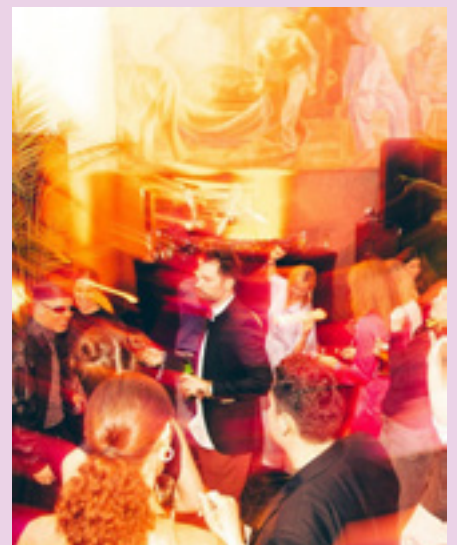
I år inviterer vi til landsmøtefest på "Telegrafan" - et av Oslos stiligste selskapslokaler, hvor byens teknologi- og industrihistorie sitter i veggene.

Vi ser frem til å samle tannhelseteamet og utstillere til en kveld med visuelle inntrykk, sosialisering og ikke minst de gode samtalene.

I tillegg til mat, mingling og musikk (se neste side), vil deltakerne også få mulighet til fri bruk av lokalenes dart- og shufflespill. Mat (burger og ovnsbakte poteter) er inkludert i inngangsbilletten, mens drikke kjøpes selv i en av de tre barene.

Tid: Torsdag 2. november 1930 - 0100
(Dørene åpner kl. 1930, og mat serveres fra kl. 2000 - 2130)

Sted: Telegrafan, Kongens gate 21, Oslo
Pris: 690,-



LANDSMØTEFEST!

TELEGRAFEN, OSLO



Underholdning

Blåsemafian er en av de mest anerkjente blåse-ensembler i Skandinavia, kjent for originale og energiske liveshow. Ved å kombinere deres ulike musikalske bakgrunner og erfaringer, alt fra jazz til klassisk, er lyden deres en moderne pop-, soul- og RnB-sammensmelting.

Blåsemafian vil sammen med vokalist og band spille to sett med fullt trøkk, og en DJ vil sørge for god stemning også mellom og etter settene.

Påmelding gjøres samtidig med påmelding til NTFs landsmøte på www.NTFslandsmote.no

NB: Kjøpte billetter refunderes ikke



Har du oppdatert din medlemsprofil?

For at NTF skal nå ut til alle medlemmer med viktig informasjon, og for at du som medlem skal få fullt utbytte av medlemskapet, er vi avhengig av å ha oppdatert kontaktinformasjon.

Logg deg inn på www.tannlegeforeningen.no/minside "Min medlemsprofil" og sjekk at vi har riktig kontaktinfo og arbeidsforhold registrert.

The screenshot shows the 'Min side' (My page) section of the Den norske tannlegeforening (DNT) website. The header includes the DNT logo, a search bar, and navigation links like 'Om NTF', 'Medlemskap', 'Fag og politikk', 'Jus og arbeidsliv', 'Kurs og etterutdanning', and 'Min side'. The main content area displays the member's name 'Ola Tannlege' and their membership number '123456'. It also shows a table of course hours: 'Tellende kurstimer: 33 av totalt 40', with sub-totals for 'Ord. kurstimer' (33), 'Overførte kurstimer' (0), 'Spesialistutdanning' (0), 'Andre kurs' (0), and 'Dispensasjon kurstimer' (0). A sidebar on the right lists various services like 'Min medlemsprofil', 'Min kursprofil', 'Registrering av timer', 'Nettkurs', 'Medlemsregister', 'Bruk av NTFs logo', 'For tilsvalgte', and 'Presidentens time'. At the bottom, there are icons for 'Min medlemsprofil', 'Min kursprofil', 'Registrering av timer', 'Nettkurs', 'Medlemsregister', 'Medlemsfordeler', and 'Kurspåmelding'.

Den norske tannlegeforening

Angi søkeord

Kontakt oss

Om NTF Medlemskap Fag og politikk Jus og arbeidsliv Kurs og etterutdanning Min side

Startside / Min side

Min side

Ola Tannlege

Medlemsnr: 123456

E-post: post@tannlegen.no

Mobiltelefon: 90909090

Arbidssted: -

Tellende kurstimer: 33 av totalt 40

Ord. kurstimer:	33
Overførte kurstimer:	0
Spesialistutdanning:	0
Andre kurs:	0
Dispensasjon kurstimer:	0

Min side

- Min medlemsprofil >
- Min kursprofil
- Registrering av timer
- Nettkurs
- Medlemsregister
- Bruk av NTFs logo
- For tilsvalgte >
- Presidentens time

Min medlemsprofil

Min kursprofil

Registrering av timer

Nettkurs

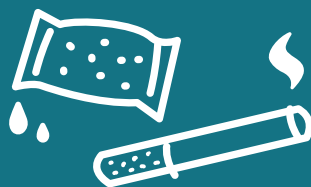
Medlemsregister

Medlemsfordeler

Kurspåmelding

Slutte å snuse
eller røyke?

I STOPPTOBER legger vi alt til rette for deg



Bli med på Stopptober 2023 og hjelp de som
røyker eller snuser med å gjøre et sluttforsøk.

Bestill gratis materiell eller last ned digitalt på
helsedirektoratet.no/stopptober

Arbeidsliv

Sykefravær som oppsigelsesgrunn

 **JOHN FRAMMER, ADVOKAT OG FORHANDLINGSSJEF I NTF**

De fleste av våre medlemmer som har hjelpepersonell ansatt har hørt om og har et visst forhold til at det er vanskelig å si opp noen på grunn av sykdom, og at sykmeldte er gitt et særlig vern.

Tannlegevirksomheter, og spesielt mindre og mellomstore tannlegevirksomheter, er særlig sårbare for hjelpepersonell med høyt sykefravær. Tannlegene jobber ofte i team to og to, tannlegen er i slike tilfeller helt avhengig av sitt hjelpepersonell for å kunne ivareta pasientsikkerheten og kunne gi et forsvarlig helsetilbud til pasientene. I tillegg til at pasientsikkerheten utfordres, påvirker dette naturlig nok virksomhetens lønnsomhet i betydelig grad og videre blir arbeidsmiljøet også berørt.

Enkelte ganger føler tannlegen at dette ikke går lenger og tar kontakt med sekretariatet for å finne en løsning.

Spørsmålet er da om sykefravær som oppsigelsesgrunn kan være aktuelt. Det korte svaret er ja. Både høyt og hyppig sykefravær kan medføre saklig grunn til oppsigelse etter arbeidsmiljøloven, selv om terskelen for oppsigelse på dette grunnlaget er høy.

1. Innledning

I alle arbeidsforhold vil medarbeiderne av og til bli syke, noe som kan medføre kortere eller lengre fravær fra arbeidsplassen. Dette volder mindre problemer, og i de fleste tilfeller kommer arbeidstaker tilbake i arbeid innen rimelig tid. Når dette gjentar seg år etter år og trekker ut i lengre og lengre fravær, aktualiseres spørsmålet hvor lenge arbeidsgiver skal måtte tåle dette og ha oppfølgingsansvaret for en arbeidstaker, og om ikke ansvaret på et tidspunkt må kunne overføres til fellesskapet (NAV).

Prognose for fremtidig fravær, belastningen på andre arbeidstakere, og kostnadene for arbeidsgiver blir viktige momenter i vurderingen. Dernest hvilken oppfølging og eventuell tilrettelegging som er gjennomført.

Arbeidsmiljøloven legger opp til at arbeidstaker skal komme tilbake til arbeid helt eller delvis så snart det er helsemessig forsvarlig. Hvis ikke tilbakekomst er mulig innen en viss tidsramme, vil oppsigelse på grunn av høyt eller hyppig sykefravær kunne være saklig.

2. Problemstillingen

Både forkjølelse, influensa og andre fraværsgrunner håndterer de fleste tannklinikker uten altfor store problemer.

Selv om mange tannleger melder om problemer med å skaffe vikar ved hjelpepersonellets fravær, håndterer de fleste av våre medlemmer dette. En forutsetning er imidlertid at det er tett og god dialog mellom arbeidstager og arbeidsgiver. Arbeidsgiver må få klar beskjed om hvor lenge fraværet kan antas å vare, og klar beskjed om det foreligger en restarbeidsevne eller ikke. Det ligger innenfor arbeidstakers plikter å holde arbeidsgiver godt orientert om fraværets mulige lengde, samarbeide med arbeidsgiver om tilrettelegging og restarbeidsevne. Samtidig som arbeidsgiver på sin side har plikt til å legge til rette for at arbeidstaker kan komme tilbake og kunne stå i stillingen.

Spørsmål om oppsigelse oppstår når det er rimelig grunn til å tro at den ansatte ikke kommer tilbake innen rimelig tid, eller det hersker stor tvil om arbeidstakeren kan fylle stillingen fullt ut i forhold til arbeidsavtalen, med andre ord om arbeidstakeren har den arbeidsevnen som er nødvendig for å kunne fylle stillingen på en tilfredsstillende måte uten stadige egen- eller sykemeldinger.

Det som erfaringsmessig volder store problemer på tannklinikken, er det uforutsigbare og hyppige fraværet. Mange ganger er bakgrunnen uklar. Det kan være psykiske forhold, det kan være konflikter på arbeidsplassen, eller at arbeidstaker rett og slett har gått lei av arbeidet sitt eller ikke klarer arbeidet sitt, hverken psykisk (tempo, stress) eller fysisk. Det kan også være vansker i privatlivet som gjør at vedkommende ikke klarer å arbeide i den stillingen som er avtalt.

Vi erfarer dessverre at sykefravær enkelte ganger går såpass mye ut over virksomheten og kollegene at en oppsigelse tvinger seg frem etter en viss tid.

I noen tilfeller vil arbeidsgiver og arbeidstaker kunne bli enige om at avslutning av arbeidsforholdet er det beste. Da inngås en såkalt sluttavtale.

Det er to viktige forhold å være klar over ved oppsigelse på grunn av sykefravær. For det første den saksbehandling som lovgiver har lagt opp til, særlig i de første 12 måneder av sykefraværet, hvor arbeidstaker er beskyttet mot oppsigelse som følge av sykefravær. Og for det andre momentene i en oppsigelsesvurdering. I denne vurderingen er oppfølgingen og saksbehandlingen viktig.

3. Verneperioden

I utgangspunktet kan en arbeidstaker med hyppig eller langvarig sykefravær sies opp fra sin stilling dersom arbeidsgiver kan påvise en saklig grunn for oppsigelsen.

Den såkalte verneperioden på ett år etter arbeidsmiljøloven etablerer imidlertid et forbud mot oppsigelse i en sykeperiode på 12 måneder.

Dette innebærer altså et forbud mot å gå til oppsigelse på grunn av sykefravær de første 12 måneder etter at sykefraværet tok til. Verneperioden er slutt når den ansatte kommer tilbake på arbeid, eller det er gått 12 måneder. Vanligvis begynner det å løpe en ny verneperiode ved hvert nytt sykefravær, men er det

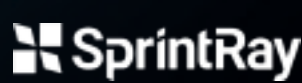
derimot tale om de samme forhold, årsaker til arbeidsuførhet og det er kort tid mellom fraværene, kan disse fraværene ses i sammenheng, og legges inn i verneperioden på 12 måneder.

Forbudet gjelder kun oppsigelse som skyldes sykefraværet. Arbeidstaker kan fortsatt sies opp på grunn av driftsinnskrenkninger, ureglementert fravær eller andre grunner.

Loven inneholder ikke et forbud mot å gå til oppsigelse grunnet sykdom etter verneperioden, men rettspraksis legger til grunn en streng saklighetsnorm ved oppsigelse på dette grunnlag. Rettspraksis viser at fraværsprosenten må være relativt høy (30-35 %) over flere år for at sykdomsfraværet skal bli akseptert som oppsigelsesgrunn. I tillegg ses det på andre momenter, slik som arbeidstakers prognose for å bli frisk, skadevirkningene av sykefraværet for virksomheten både økonomisk og praktisk. Videre er det av betydning om arbeidsgiver har oppfylt sin tilretteleggings- og oppfølgingsplikt overfor den sykmeldte. Dette er strenge plikter som gjelder så langt det er praktisk mulig. I denne sammenheng er virksomhetens størrelse, økonomi osv. av betydning for å vurdere hvor langt arbeidsgivers plikter strekker seg.



JA til alt



**DU KAN NÅ
3D-PRINTE ALLE
DISSE
APPLIKASJONENE
PÅ KLINKKEN**

DEN RASKESTE ARBEIDSFLYTEN FOR 3D-PRINTING



Distribueres i Norge av
Plandent
utstyr@plandent.no

 SprintRay Europe GmbH
Brunnenweg 11
64331 Weiterstadt

 info.eu@sprintray.com

 00800 70 70 8000

 www.sprintray.com

4. Varslingsplikten

Det påligger arbeidstaker en plikt til å varsle om sykefravær i tide og til riktig person. Grunnen er at arbeidsgiveren om mulig må få beskjed fra den ansatte om hvor lenge fraværet antas å vare og eventuell restarbeidsevne, slik at arbeidsgiver har mulighet for å omrokere arbeidsoppgaver, avbestille pasienter og eventuelt ansette en vikar.

Dersom arbeidstaker ikke varsler om fraværet på korrekt måte, eller gjør seg utilgjengelig for arbeidsgiver, ikke svarer på telefonen og lignende, vil dette være brudd på arbeidsavtalen.

Dersom arbeidstaker er for syk til å ha dialog med arbeidsgiver, må dette i utgangspunktet dokumenteres av den ansatte gjennom en legeerklæring.

5. Oppfølgingen av sykmeldte

Sykefraværsoppfølgingen står sentralt ved vurderingen av om det foreligger saklig grunn for oppsigelse. Arbeidsgiver har en plikt til aktivt å følge opp den sykmeldte arbeidstakeren, slik at denne gis anledning til å komme tilbake til sin stilling.

Arbeidstakeren har på sin side en plikt til å gi informasjon om restarbeidsevne, delta på dialogmøtene, og aktivt medvirke til at han eller hun kan komme tilbake i arbeid.

5.1 Oppfølgingsplan

Lovens system er at det skal lages en oppfølgingsplan for den sykmeldte så snart som mulig, og senest innen fire uker. Oppfølgingsplanen ligger på www.nav.no. I den videre sykefraværsoppfølging kan partene ta utgangspunkt i planen, og planen kan være et viktig dokument i en eventuell oppsigelsessak.

5.2 Dialogmøte 1

Deretter skal det avholdes et dialogmøte med arbeidstaker innen syv uker. Det er arbeidsgiver som skal kalle inn til dette, og både lege og NAV kan kalles inn til møtet.

5.3 Arbeidsrettede tiltak

Folketrygdloven stiller krav om arbeidsrettede tiltak innen åtte uker. Fra lovbestemmelsens ordlyd «arbeidsrelatert aktivitet» kommer frem at arbeidstaker kan settes til lettere arbeid og annet arbeid enn det han eller hun vanligvis utfører. I tannlegevirksomheter er dette typisk å sitte i resepsjonen, enkle rydde- og renholdsoppgaver eller lignende.

5.4 Dialogmøte 2

Etter dette tar NAV over med et nytt dialogmøte etter 26 uker, dersom arbeidstakeren fortsatt er sykmeldt. Dersom NAV ikke

kaller inn til slikt møte, vil arbeidsgiveren ofte kunne være tjent med å gjøre dette, eller i alle fall ta initiativ til et slikt møte. Det er arbeidsgiver som kan bli sittende igjen med problemene som følge av at dialogmøtene ikke avholdes.

5.5 Dialogmøte 3

Ytterligere et tredje dialogmøte kan avholdes i regi av NAV når man nærmer seg 12 måneders sykefravær. Igjen vil arbeidsgiver være tjent med at slikt møte avholdes, og derfor ta initiativ til dette, dersom ikke NAV gjør det.

6. Rettspraksis

Det har de senere årene kommet en rekke dommer hvor oppsigelse på grunn av sykefravær har vært tema og hva som kan være saklig grunn til oppsigelse.

I rettspraksis anvises det en konkret skjønsmessig avveining av virksomhetens og den ansattes interesser. Spørsmålet er om det etter en samlet avveining av begge parter behov, anses rimelig og naturlig at arbeidsforholdet bringes til opphør. Terskelen for å si opp en ansatt er høy, og arbeidsgiver må kunne vise til gode grunner.

Arbeidsgiverne taper gjennomgående sakene når saksbehandlingen er for dårlig, og tilrettelegging og omplassering ikke har vært utprøvd i tilstrekkelig grad.

7. Vurderingen av om det foreligger saklig grunn

Når verneperioden er over, enten ved at den ansatte har kommet tilbake, for eksempel etter seks måneder, eller at 12 måneder er gått, har arbeidsgiver adgang til å vurdere oppsigelse etter arbeidsmiljøloven som sier:

*«Arbeidstaker kan ikke sies opp uten at det er **saklig begrunnet** i virksomhetens, arbeidsgivers eller arbeidstakers forhold.»*

Det er viktig å merke seg at det ikke er en automatikk i at den ansatte kan sies opp grunnet sykefravær etter utløpt av verneperioden. Vilklårene i arbeidsmiljøloven må være oppfylt og det må foreligge en saklig grunn for oppsigelse. Kravet til saklig grunn medfører at oppsigelsen ikke må være begrunnet med utenforliggende eller usaklige hensyn, og de forhold som påberopes må være tilstrekkelig tungtveiende til å begrunne oppsigelsen.

Terskelen for å gå til oppsigelse er høy, og arbeidsgiver må kunne vise til tilstrekkelig gode grunner. Disse grunnene bør kunne avklares i løpet av verneperioden i den dialog som forutsettes mellom partene. Og det er arbeidsgiver som er tillagt bevisbyrden for at vilklårene for oppsigelse er til stede.

7.1 Momenter av betydning

Hva som ligger i kravet til saklig grunn er utviklet i domstolene gjennom rettspraksis, og det er derfor naturlig å se på de momenter som domstolene har lagt vekt på.

En del av vurderingen er om arbeidstaker har varslet og samarbeidet på en god og korrekt måte og om virksomheten har fulgt saksbehandlingsreglene. En annen, på om bedriften har lagt forholdene godt nok til rette for arbeidstaker. Et neste moment er hvordan sykefraværet har påvirket bedriften, både praktisk og økonomisk, og de ansatte der. Sist og kanskje viktigst, hvilken prognose foreligger for den ansattes sykefravær fremover i tid.

De mest relevante momentene som rettspraksis peker på omtales nedenfor i artikkelen. Gjennomgangen er ikke er uttømmende. I tillegg må det foretas en individuell helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle. Ingen tilfeller er helt like.

7.2. Varsel om sykefravær og partenes dialog

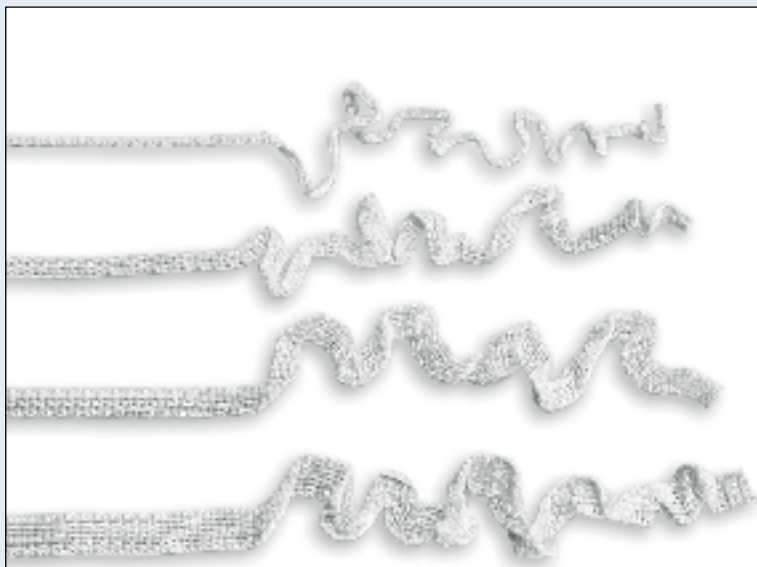
Dersom den ansatte ikke varslet på korrekt måte eller bidratt til godt samarbeid og kommunikasjon under sykefraværet, kan

dette være avgjørende i en helhetsvurdering om det foreligger saklig grunn til oppsigelse. Arbeidstaker har plikt til å gi arbeidsgiver alle relevante opplysninger i forbindelse med sykefraværet som kan bøte på de ulempene det har for virksomheten.

7.3 Saksbehandlingen

Arbeidsgivers saksbehandling før oppsigelse er sentralt i alle oppsigelsessaker, og det viktigste her er dokumentasjon for oppsigelsesgrunnlaget og at det er gjennomført drøftelsesmøte med den ansatte før oppsigelse.

Ved oppsigelse på grunn av sykefravær er også lovens anvisning på oppfølgingen av den sykemeldte avgjørende. Det er arbeidsgiver som har hovedansvaret for at det settes opp en oppfølgingsplan samt å innkalle til og delta på dialogmøter. Det er viktig at arbeidsgiveren overholder sine plikter overfor den sykemeldte, skulle det være noe å bebreide arbeidsgiveren for rundt dette så vil dette være et moment som vil bidra til å svekke grunnlaget for oppsigelsen vesentlig.



RIBBOND

Ribbond er tilnærmet fargeløs, gir kjemisk binding til kompositt- og akryl og er et uunnværlig materiale på klinikken. Patentert vevemetode gjør Ribbond enkel å kontrollere og applisere. Fliser seg ikke opp etter klipping.

Ta kontakt for mer info og pris, eller se våre nettsider.

Norsk Orthoform  ETABL. 1930
DENTALARTIKLER Depot as

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

7.4 Arbeidstakers medvirkningsplikt – arbeidsgivers tilretteleggings- og omplasseringsplikt

For arbeidsgiver foreligger en særlig tilretteleggings- og omplasseringsplikt for arbeidstakere med nedsatt arbeidsevne. Dette går frem av arbeidsmiljøloven. Det vi ser er at det ikke er så lett verken å tilrettelegge eller omplassere arbeidstakere i tannlegevirksomheter. Og særlig for mindre virksomheter er alternativene små eller helt fraværende.

Arbeidsgiver har større styringsrett ved sykefraværssaker enn ellers. Arbeidstaker må dermed finne seg i andre og lettere oppgaver, selv der han eller hun ikke har lyst til dette. Virksomhetens behov og muligheter teller altså mest i denne sammenheng, når vedkommende ikke kan fylle sin opprinnelige stilling.

Arbeidsgiver må likevel strekke seg langt for at den ansatte fortsatt kan være i arbeid, for eksempel ved å endre noe på arbeidsoppgavene eller organiseringen av disse. Enkelte ganger kan det være en løsning at tannhelsesekretæren enkelte dager ikke assisterer, men kan betjene telefonen o.l. Det ligger en begrensning i begrepet «så langt det er mulig.» Tilpasningene må være innen rimelige grenser for hva bedriften kan få til, og hva den med rimelighet kan sette inn av økonomiske midler. Virksomheten har ikke plikt til å opprette ny stilling til den ansatte, eller si opp andre ansatte for at den syke skal få en passende stilling.

Dersom virksomheten er å bebreide på dette punkt, vil den regulært ha vanskeligheter med å sannsynliggjøre at det foreligger saklig grunn til oppsigelse av arbeidstakeren.

På ansattens side er spørsmålet om arbeidstaker har varslet om fraværet på korrekt måte, bidratt med tilstrekkelig informasjon om egen restarbeidsevne, og ellers har bidratt i oppfølgingen av sykefraværet, deltatt i dialogmøter mv. Dersom arbeidstaker ikke overholder sine plikter, vil dette kunne være sentrale momenter ved vurderingen av en eventuell oppsigelse.

7.5 Økonomisk tap for virksomheten og belastningen på andre ansatte

Et annet viktig moment ev betydning er det faktum at en arbeidstakers sykefravær i de fleste tilfelle medfører økonomisk tap og ekstrautgifter for virksomheten. I de tilfellene hvor det ikke er mulig eller hensiktsmessig å få ansatt en vikar vil omsetningen nødvendigvis synke. Hvor tapet kan sies å bli av noe størrelse og hvor belastningen for øvrige ansatte er stor, vil dette være momenter som tillegges vekt ved vurdering av en oppsigelse. Ved redusert omsetning kan det være hensiktsmessig å fremlegge dokumentasjon fra regnskapsfører.

7.6 Type stilling, alder og ansiennitet

Praksis viser at det også kan ha betydning hvilken stilling den sykmeldte innehar. Normalt sett vil det være mer problematisk å finne en vikar for en arbeidstaker som har en nøkkelrolle eller ledende stilling. Det legges også vekt på hvilke arbeidsoppgaver den sykmeldte innehar i sitt arbeide. En tannhelsesekretær/klinikkassistent som innehar flere nøkkelroller i den daglige drift vil kunne være vanskeligere å få erstattet enn en som ikke innehar en sentral rolle i den daglige drift. Konsekvensen er at sykefravær fra arbeidstakere som har nøkkelrolle/lendende stilling noe lettere vil kunne medføre oppsigelse enn for arbeidstaker som ikke innehar en slik sentral rolle.

På den andre side vil forhold ved den ansatte som høy alder og lang ansiennitet trekke den andre veien.

7.7. Prognosen

Prognose for fremtidig fravær er et av de viktigste momentene: Er det rimelig utsikt til at arbeidstaker kan fylle sin stilling, eller må videre høyt eller hyppig sykefravær regnes med? I så fall vil det veie tungt i en oppsigelsesvurdering, for da er det rimelig at NAV overtar ansvaret for arbeidstaker etter oppsigelsen.

8. Oppsummering

Utgangspunktet er at arbeidstaker ikke kan bebreides for sitt sykefravær, og virksomheten har et vidstrakt tilretteleggings- og oppfølgingsansvar. Det foreligger likevel en grense for hva arbeidsgiver må tåle og hvor langt virksomheten skal behøve å strekke seg. Ved sykefravær påligger det både arbeidsgiver og arbeidstaker en plikt til å arbeide aktivt for at den ansatte skal komme tilbake i arbeid. Dersom partene har gjort det som er mulig, og sykefraværspørsmålet fortsetter, kan oppsigelse av den ansatte være aktuelt. Da skal NAV overta ansvaret for den ansatte med alle sine ordninger, slik at den sykemeldte blir ivaretatt. Verneperioden må være over før oppsigelse på grunn av sykefravær gis, og arbeidsgiver må sannsynliggjøre at det foreligger saklig grunn til oppsigelse. Oppsigelse på grunn av høyt eller hyppig sykefravær krever en grundig saksbehandling hos arbeidsgiver, slik at alle momenter i saken kommer frem og blir vurdert riktig før en oppsigelsesbeslutning fattes. Her bør virksomheten konsultere egen advokat eller NTFs juridiske avdeling før oppsigelse gis.

Spør advokaten

Røykepauser til irritasjon

✍ LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER I NTF

En av tannhelsesekretærene i praksisen vår forsvinner av og til ut for å ha røykepause, til irritasjon for kollegene og særlig de andre tannhelsesekretærene. Noen ganger spør hun om det passer, andre ganger ikke, og enkelte av tannlegene har reagert på at det kan lukte røyk av klinikkantrekket hennes. Vi har tatt det opp med henne i medarbeidersamtaler. Hun har lovet at hun skal bli flinkere til å spørre om det passer, men mener at hun må ha rett til å ta røykepauser i løpet av dagen. Har hun det?

Svar:

Arbeidsmiljøloven § 10-9 fastslår at arbeidstaker har rett til minst én pause dersom den daglige arbeidstiden overstiger fem og en halv time. Pausen(e) skal til sammen være minst en halv time hvis den daglige arbeidstid er minst åtte timer. Utover dette har en ansatt ingen lovfestet rett til pauser.

I enkelte tilfeller er pauser utover det lovbestemte omtalt i tariffavtale eller lignende. I veiledende avtale mellom privatpraktiserende tannleger tilsluttet NTF og deres tannhelsesekretærer § 3 (b) (også kalt mønsteravtalen) er det presisert at man har rett på 20 minutters pause når arbeidstiden overstiger fem og en halv time.

Arbeidstakere har ingen rett til å ta pauser utover dette. Nødvendige pauser for å besøke toalettet ved behov kommer naturligvis i tillegg, men tannhelsesekretæren kan ikke

uten arbeidsgivers samtykke forlate arbeidsplassen for å røyke.

Om du som arbeidsgiver ønsker å gi tannhelsesekretæren anledning til å ta røykepause utover lov-/avtalefestede pauser, anbefales det at det settes opp noen «kjøreregler» for disse, eksempelvis:

- maks antall pauser per dag
- hvem skal samtykke/varsles
- nødvendig bemanningssituasjon, eksempelvis at en annen sekretær er klar til å steppe inn i hennes sted

Uansett om en eventuell røykepause tas i lovbestemt pause eller utenom må arbeidsgiver kunne bestemme hvor det skal røykes på arbeidsplassen, eksempelvis ved baktrappen og at man ikke skal ha på seg klinikk-tøy eller ha yttertøy utenpå klinikk-tøyet mens man røyker slik at man ikke lukter av røyk etterpå.

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



FOR EN REN & FRISK MUNN



✓ **EXTRA® WHITE**
hjelper med å opprett-
holde naturlige hvite
tenner og gir en ren og
frisk følelse i munnen

✓ **XYLITOL**
stimulerer
spyttdannelsen

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



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

Erik Nilsen
er-nils2@online.no

Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jan Ove Sand,
tlf. 917 87 002,
jaov-san@online.no

Buskerud Tannlegeforening

Anna Karin Bendiksbj,
annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening

Lisbeth Thomsen
lthomse@online.no

Haugaland Tannlegeforening

Baard Sigmund Førre,
tlf. 470 28 202,
baardforre@gmail.com

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

Anke Bolte,
tlf. 41 16 40 17
anke.bolte@innlandetfylke.no

Nordland Tannlegeforening

Connie Vian Helbostad,
conhel@nfk.no
tlf. 93 82 80 00

Åse Reinfjord,
aase@tanntorget.no

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening

Bjørn T. Hurlen,
tlf. 90 65 01 24
bjorn@ingenhull.no

Eva Thingvold,
tlf. 41 41 88 47

Nord-Trøndelag Tannlegeforening

Fafavi Sandra Boubou Pedanou
tlf. 95 13 78 91
sandra.pedanou@yahoo.com

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

Oppland Tannlegeforening

Pål Vidar Westlie,
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

Aleidis Løken,
tlf. 91 88 29 21,
aleidisll@online.no

Rogaland Tannlegeforening

Gro Jørgensborg,
tlf. 995 29 885,
gro.joergensborg@throg.no

Jo Sæther Mæhle,
tlf. 922 31 976,
jo_maehle@hotmail.com

Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

Asgeir Grotle-Sætervoll
tlf. 91 19 11 83
asgeirg@icloud.com

Nureena Khan
nureena-95@hotmail.com

Sogn og Fjordane Tannlegeforening

Synnøve Leikanger,
tlf. 46 91 80 63,
s.leikanger@gmail.com

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 95 94 55 28

Sunnmøre Tannlegeforening

Siv Svanes,
tlf. 997 48 895
siv.svanes@gmail.com

Hege Leikanger,
tannlege@leikanger.as
tlf. 48 24 92 92

Sør-Trøndelag Tannlegeforening

Unni Merete Køste
unnko@trondelagfylke.no

Morten Nergård,
tlf. 95 05 46 33
m-energ@online.no

Telemark Tannlegeforening

Kari Nesse,
tlf. 90 10 43 45,
kari.nesse@outlook.com

Troms Tannlegeforening

Harald Ag,
tlf. 477 51 900,
haraldag@online.no

Hilde Halvorsen,
tlf. 909 91 099,
halvorsen_hilde@yahoo.com

Vest-Agder Tannlegeforening

Alfred Gimle Ro,
alro@online.no

Vestfold Tannlegeforening

Gro Monefeldt Winje,
tlf. 97 76 54 95
gromwinje@gmail.com

Einar Trægde Nørstebø,
tlf. 90 92 77 63
einar@tannhelse.no

Østfold Tannlegeforening

Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

Tore-Cato Karlsen,
tore.karlsen@privattannlegene.no

Kontaktperson i NTFs sekretariat

Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 00
lin.bendiksen@tannlegeforeningen.no

Snakk om etikk

Etiske dilemma ved bruk av kliniske foto i tannlegepraksis

LINE BJERKLUND PEDERSEN OG MARIANN HAUGE, NTFS RÅD FOR TANNLEGEETIKK (2019)

Mange tannleger tar kliniske foto av pasientene sine. Bildene brukes til diagnostikk, dokumentasjon og behandlingsplanlegging.

Paragraf 4 i de etiske reglene omhandler taushetsplikt og diskresjon. Her står det:

En tannlege skal vise diskresjon når det gjelder opplysninger vedkommende får som tannlege, selv om disse ikke omfattes av lovbestemt taushetsplikt. Den samme aktsomhetsplikt må tannlegen pålegge sine medarbeidere.

Når man tar bilde av en pasient, innhenter og dokumenterer man opplysninger om vedkommende, og da oppstår det med en gang flere etiske dilemmaer man bør tenke gjennom:

Man må innhente samtykke fra pasienten

Det er naturlig å spørre pasienten om det er greit at man tar bilder. Men, man bør også forklare pasienten hva slags bilder som skal tas og hva man skal bruke dem til. Skal de bare lagres i journal? Skal man dele dem med teknikker? Det kan være greit at pasienten får se bildene man har tatt.

Det er svært viktig å innhente informert samtykke fra pasienten om at de godtar fotografering, samt lagring og deling av bilder. Dette skal dokumenteres i journalen. Det kan være greit å ha et skjema pasienten kan signere, så kan man i tur skanne dokumentet inn i journalen. Det er selvfølgelig frivillig for pasienten å gi sitt samtykke. Man kan ikke tvinge dem til å bli tatt bilde av. De kan i tillegg når som helst trekke tilbake sitt samtykke.

Hvordan tar man bilder?

Mange tannleger har kamera på kontoret. De overfører bilder fra minnebrikker til pasientens journal. Minnebrikkene oppbevares på klinikken. Kamera gir gode bilder, men de kan være litt tunge å bruke og noen er svært dyre. Mange allmennpraktikere tar bilder med telefon. Dagens telefoner har svært gode kamera og det er lettvinnt å dele bilder herfra. Men det er problematisk på flere måter å bruke telefon. Bildene lagres ofte utenfor telefonen i en såkalt «sky», og selv om man overfører

bildene til journalen straks, bør man være sikre på at man har slettet dem fullstendig fra telefonen og det eksterne minnet. Noen sletter ikke bildene, men har dem på telefonen, og diskuterer gjerne kasus med kollegaer. Man kan unnskyldes seg med at personene ikke kan kjennes igjen, men har pasienten virkelig samtykket til dette? Ville de likt å vite at man viser bilder av dem til flere kollegaer i sammenhenger som de ikke selv har godkjent?

En telefon kan hackes eller stjeles, og bør ikke brukes til kliniske foto. Hvis man absolutt vil bruke telefon, kan en løsning være å ha en telefon på klinikken, som bare benyttes til dette formålet og ikke har SIM-kort eller internettilknytning.

Hvordan deler man bildene?

De som har kamera med minnebrikker skriver gjerne ut et bilde og sender dette. Noen har flere minnebrikker og sender hele brikken. Andre henter ut bilder på minnepinner og sender disse til tekniker, spesialist etc. Dette er trygge måter å dele bilder på, og personvernet ivaretas på en god måte. Det er også vanlig å sende bilder på mail. Dette er betydelig mer utrygt, men kanskje det er greit om man har pasientens samtykke? Man må i alle fall sørge for at innholdet er passordbeskyttet. Om man står i en akutt situasjon og ønsker svar raskt, kan man jo gjerne tenke seg å dele bilde via MMS også. Igjen vil dokumentert, informert samtykke fra pasienten være viktig.

Det har blitt svært vanlig å dele pasient-bildene på Facebook-grupper. Nesten alltid står det at pasienten har samtykket til at man viser bildene, men vet de egentlig hva de har samtykket til da? Vet de hvor mange som er på gruppa? Tenker de på at noen kan ta skjermbilde av bildet deres og dele det videre? Må vi egentlig bruke bilder når vi legger frem en case på facebook?

Det er også populært å legge frem før- og etterbilder. Dette kan sikkert være inspirerende for noen, og man kan kanskje plukke opp noen tips, men er det til nytte for pasienten? Vi som er så gamle at vi husker tiden før telefonene hadde kamera, gikk ikke rundt med papirbilder av

pasienter vi var skikkelig fornøyde med i lommeboka. Kanskje skal vi la bilder av pasienter være lagret i det beskyttede journalsystemet?

Hvorfor tar man bilder?

Kliniske foto er en flott måte å dokumentere funn på. Man kan vise tilstanden i munnen ved undersøkelse enten det dreier seg om attrisjon, tilstander i støttevevet, karies eller sykdom i munnslimhinnen. Det er også en fin måte å dokumentere endringer over tid på. Hvis man ønsker å søke om refusjon på vegne av pasienten er kliniske foto en flott måte å dokumentere funn på. Det er også fint å kunne sende tekniker kliniske foto når man skal ta ut farger på kroner eller planlegge større protetiske arbeider.

Noen bruker også intraorale kamera som en del av undersøkelsen og behandlingsplanleggingen. Man kan da vise pasienten tilstanden i munnen og de tennene som man ønsker å behandle. Det man bør ha i bakhodet da, er den påvirkningskraften vi har på pasientene. De har ikke noe grunnlag for å vite om det vi anbefaler er riktig eller nødvendig. Kan de egentlig bruke disse bildene til å ta en nyttig avgjørelse? Vi bør være bevisst på dette, og ikke bruke bilder på å selge inn en behandling.

De siste årene har det blitt veldig populært med bildebehandlingsprogrammer som i utgangspunktet skal hjelpe til med å planlegge

behandlingen. Smile-lab og Invisalign er eksempler på dette. Man kan skanne pasientens tenner og ved hjelp av bildemanipulasjon planlegge hvordan det ferdige resultatet skal bli. Et flott verktøy, men det etiske dilemmaet er at det også brukes til å selge behandlingen. Tenk deg at du viser en ung dame med trang- og feilstilling av tenner hvordan hun vil se ut med helt rette tenner. Det bildet kan du aldri ta fra henne igjen, og det vil nok drive henne i retning av å velge behandlingen. Man skaper altså et behov hos pasienten.

Konklusjon

Selv om kliniske foto kan være nyttige for oss i behandling av pasienter, skal vi huske på at de er en del av journalen, og journalen er pasientens eiendom. Vi må derfor forvalte den på en sikrest mulig måte og alltid i vare ta pasientens personvern. All behandling vi utfører skal også være til hjelp for pasienten. Dette kan vi også tenke når vi velger å ta bilder: Er dette til hjelp for pasienten? Denne tanken bør også være helt fremtredende når vi velger å dele bilder av pasienter med andre. Bildene våre viser som oftest bare tenner, men det er en person rundt tennene; våre pasienter, og de har full tillit til at vi overholder vår taushetsplikt.

Artikkelen er tidligere publisert i NTFs Tidende nr. 1, 2019



Vårt mål er premium behandling, og godt samarbeid med henvisere

Vi er en spesialistklinikk som tilbyr:

- Oralkirurgi og oral medisin
- Implantatkirurgi
- Implantatprotetikk
- CT og CBCT
- Intravenøs sedasjon

Vi har nå økt kapasitet, og kan tilby kort ventetid. Våre spesialister tar imot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning, og diskuterer gjerne kasus med deg som henviser.

Du finner oss sentralt på Majorstuen. Velkommen!

Spesialister oral kirurgi og oral medisin

Dagfinn Nilsen
Johanna Berstad
Erik Bie
Hauk Øyri

Spesialist i oral protetikk

Dr. odont Jørn Aas

Anestesilege

Dr. Odd Wathne



Her finner du oss:
Sørkedalsveien 10 A, 0369 Oslo
post@oralkirurgisk.no
23 19 61 90

ORALKIRURGISK KLINIKK

En del av  ORIS DENTAL

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

14. sep	Sunnmøre	Bruk av kompositter og bonding
21. sep–01. des	Oslo	Kompetansekurs implantatprotektikk
27. sep	Nettbasert	Webinar – Tenner på tåspissen
28. sep	Stavanger	Dentale traumer i et endodontisk perspektiv
28. sep	Stavanger	Dentale traumer i et endodontisk perspektiv
29. sep	Trondheim	Høstkurs STTF
29.–30. sep	Larvik	Farriskurset 2023
6. okt	Bodø	Høstkurs Nordland tannlegeforening
19.–20. okt	Bodø	NFP -seminar
19.–20. okt	Oslo	Høstmøte NKF
20.–21. okt	Moss	Kirurgi for allmenntannlegen
27. okt	Skien	TTF høstseminar
27.–28. okt	Oslo	Årsmøte Norsk Endodontiforening
2.–4. nov	NOVA Spektrum, Lillestrøm	NTFs landsmøte og Nordental
9. nov	Bergen	Medlemsmøte med kurs, Bergen tannlegeforening
17. nov	Oslo	Det slitte bitt, OTF kurs
17. nov	Oslo	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
17.–18. nov	Rogaland	Kirurgiske utfordringer, Novemberkurs RTF
24. nov	Oslo	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
1. des	Oslo	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
5. des	Oslo	Medlemskurs OTF
8. des	Bergen	Julemøte Bergen tannlegeforening

Andre kurs, møter og aktiviteter

14. sep	Oslo	Møte NTFs etikkråd
14.–15. sep	Oslo	Lønnspolitisk forum
14.–15. sep	Oslo	Næringspolitisk forum
14.–15. sep	Oslo	Møte NTFs fag- og etterutdanningsutvalg
24.–27. sep	Sydney	FDI World Dental Congress
10. okt	nettbasert	Hovedstyremøte
19.–20. okt	Bodø	NFP -seminar
17. nov	Brüssel	CED General Meeting
23. nov	Oslo	Hovedstyremøte
24.–25. nov	Gardermoen	NTFs representantskapsmøte
5. des	Oslo	Møte NTFs etikkråd
7.–8. des	Oslo	Møte NTFs fag- og etterutdanningsutvalg

Høsten 2023 holdes følgende TSE-moduler

Modul	Sted	Tid
Modul 7 Restorativ behandling	Romerike / Lillestrøm	29. og 30. september 27. og 28. oktober
Modul 9 Endodonti	Buskerud / Sundvolden	18. og 19. september 10. og 11. oktober
Modul 10 Periodontale sykdommer	Aust-Agder / Fevik	21. og 22. september 19. og 20. oktober

Les mer om de ulike modulene på www.tannlegeforeningen.no/TSE

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer i NTFs etterutdanningssystem

- Folketrygdens stønadsordning
- Smittevern
- Strålevern
- Etikk
- Bivirkninger fra odontologiske biomaterialer
- Kjøp og salg av tannklinikk
- HMS for leder

Full oversikt over tilgjengelige nettkurs finner du på
www.tannlegeforeningen.no/nettkurs



Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no

Flere søker, færre er kvalifisert

Samordna opptak gjennomførte hovedopptak til studier ved landets universitet og høyskoler i juli. Odontologi er, som tidligere, et studium som krever mange poeng. Selv om opptaksgrensen for ordinært opptak holder seg stabil går poenggrensen for førstegangssøkere ned. Samtidig er det flere som søker, og færre som er kvalifisert.

Antall studieplasser for integrert femårig master i odontologi, tannlegestudiet, har ligget stabilt på 153 planlagte studieplasser i flere år. Disse fordeler seg med 48 plasser ved Universitetet i Bergen (UiB), 65 plasser ved Universitetet i Oslo (UiO) og 40 plasser ved Universitetet i Tromsø (UiT).

I 2022 var det totalt 1 980 søkere til tannlegestudiet ved de tre studiestedene. I år

økte antallet til 1 997 søkere. Antall søkere som hadde tannlegestudiet som førstevalg økte fra 550 i 2022 til 582 i 2023.

Universitet i Oslo er stadig det meste ettertraktete studiestedet og har både flest søkere og det høyeste karaktersnittet for å få studieplass. Likevel er opptakskravet gått litt ned. Samtidig: Mens antall som søker går opp, går antall som faktisk er kvalifisert til opptak ned (1 664 av 1 997). I 2022 måtte du ha 67,7 på ordinærkvote ved UiO, mens det holdt med 67,2 nå i 2023. Poenggrensen ved UiB og UiT har holdt seg på samme nivå, med henholdsvis 66,6 og 66,0.

For de som søker med førstegangsvitnemål er kravet jevnt over gått noe ned. Ved UiO er det gått fra 59,0 til 58,6, ved UiB fra 58,8 til 58,5 og ved UiT fra 58,3 til 58,0. At antall

søkere med førstegangsvitnemål går opp samtidig som poenggrensen for å komme inn går ned, kan trolig forstås som at den relative populariteten til tannlegestudiet faller noe sammenlignet med flere andre populære studier som for eksempel medisin, psykologi og sivilingeniørutdanningen industriell økonomi.

Samordna opptak rapporterer om den høyeste kvinneandelen blant studiesøkere på 14 år. Ikke siden 2008 har andelen kvinner som søker høyere utdanning vært høyere. Ved årets opptak er kvinneandelen på 61,3 prosent. Ved odontologistudiene går antall studieplasser til menn helhetlig sett ned fra i underkant av 28 % til i underkant av 23 % ved de tre studiestedene.

◀ tilbakeblikk

19
23

Tandlægene og Tidende

Det er kun et faatal eller omtrent ingen av kollegene som gir sig av med at skrive i sit eget fagorgan. Intet har de at fortælle fra den mer praktiske side av sit virkefelt, og heller ikke føler de nogen opfordring til at samle tidens og sine egne erfaringer i et litt større arbeide fra den mangfoldighet av aktuelt stof vort fag rummer.

Unnskyldningene er mangeartede, men strækker ikke til, og der maa her ske en forandring.

🕒 Fra Tidende nr. 7, september, 1923

19
73

Sunnmøre Tannlegeforening

Sunnmøre Tannlegeforening arrangerte medlemsmøte 1/12-72, med to av foreningens egne medlemmer som foredragsholdere.

Per Leikanger åpnet med «Underkjeveosteomyelitt, 3. kasus». ...

Torbjørn Breivik hadde kalt sitt innlegg «Litt om praksis-administrasjon». Han viste en hel serie slides fra sin nyåpnede praksis, og disse illustrerte utmerket det opplegg han har valgt. Han kom underveis inn på emner som: Resepsjonen og dens plassering, «traffic-flow», «four-handed dentistry» og bruken av tepper på golvet i behandlingsrommet.

🕒 Fra Tidende nr. 8, september 1973

20
13

Ikke bruk snus

Tall fra Statens Institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) viser at salget av snus fortsatte å stige i 2012.

– Dette bekymrer oss fordi snus er et dårlig alternativ til å kutte røyken helt. Tobakk, uansett form, øker risikoen for kreft, sier overlege Tom K. Grimsrud ved Kreftregisteret.

– Det er meget positivt at stadig flere stumper røyken. Det er imidlertid grunn til å rope et varsku om at snus har mange av de samme skadevirkningene som røyking. Snus inneholder kreftfremkallende stoffer, og øker risikoen for flere alvorlige kreftformer.

🕒 Tidende nr. 8, september, 2013

Stor økning i erstatningskrav etter tannbehandling

3. juli offentliggjorde Norsk pasientskadeerstatning (NPE) tallene for første halvår.

Statistikken viser at søknader om erstatning etter behandling hos tannleger har økt med 40 prosent sammenliknet med samme periode i fjor.

I første halvår i år har mer enn 4 000 personer søkt om erstatning for svikt i helsetjenesten. Det er 15 prosent flere enn i samme periode i fjor. De fleste kravene kommer fra pasienter som har fått skader i muskler eller skjelett, tenner, bivirkning etter vaksine, kreft og innen psykiatri, heter det i en pressemelding fra NPE.

Den største økningen – på 40 prosent – er krav fra pasienter som har fått skader etter besøk hos tannlegen. Typiske eksempler er ufullstendig rotfylling, dårlig krone- eller brotilpasning eller mangelfull oppfølging gjennom flere år. Noen ganger er det ikke en god grunn for behandlingen, blant annet når tannlegen trekker tenner uten at det var nødvendig, heter det videre fra NPE.

Vel 450 tannlegepasienter har krevd erstatning i første halvdel av 2023. På samme tid i fjor var tallet 322 søknader. Det tilsvarer en økning på 40 prosent.

NPE er usikre på økningen;

– Det er for tidlig å si om den kraftige økningen skyldes tilfeldige svingninger eller noe annet. Så snart vi har gått gjennom de nye sakene, vil vi vite med større sikkerhet, sier avdelingsdirektør Kathrine Kjemphol Nygård i NPE.

Medhold og avslag

De fleste av de 450 søknadene om erstatning er fortsatt til behandling. Men en oversikt over hva som er blitt behandlet så langt i 2023, viser at 155 erstatningssøkere har fått medhold mens 139 har fått avslag.

Det ble i alt utbetalt 14 millioner kroner i erstatninger etter behandling hos tannleger, sammenliknet med ni millioner første halvår i fjor.

– Grunnen til økningen i hva som er blitt betalt ut er at noen få personer er blitt tilkjent

store beløp på over en million kroner – og ikke en generell økning i erstatningsnivå, understreker avdelingsdirektøren i NPE.

Fakta om erstatningskrav til NPE etter tannlegebesøk

- 450 tannpasienter har søkt om erstatning første halvår 2023. I samme periode i fjor søkte 322 tannpasienter om erstatning. Det er en økning på 40 prosent.
- 294 erstatningskrav fra tannpasienter ble behandlet første halvår 2023. 155 av dem fikk medhold og 139 fikk avslag. Det betyr at 53 prosent fikk ja mens 47 prosent fikk nei.
- Totalt økte Norsk pasientskadeerstatnings erstatningsutbetalinger innen tannhelse fra 9 til 14 millioner kroner fra første halvår i fjor, til i år.
- Tre utbetalinger første halvår i år er over én million kroner, alle tre gjelder nerveskader etter tanntrekking.

Har du lastet ned Tidende-appen?

Appen Tannlegetidende er designet for best mulig leseopplevelse, både på nettbrett og telefon.

Du finner Tannlegetidende i App Store og Google Play, og logger inn med

samme brukernavn og passord som i medlemsportalen til NTF.

Med Tidende-appen har du alltid lett tilgang til den nyeste utgaven av Tidende, pluss alle utgivelser av Tidende siden 2002.

Personalia

Dødsfall

Audun Attramadal, f.11.11.1931,

tannlegeeksamen 1957, d. 13.08.2023

Lisbeth Thomsen, f. 30.05.1959,

tannlegeeksamen 1978, d. 27.07.2023

Anne Therese Solberg Ekeland,

f. 20.06.1948, tannlegeeksamen 1974, d. 31.05.2023

Eiren Hellen Storesund Bunes f. 17.01.53,

tannlegeeksamen 1979, d. 17.05.2023.

Olav Bjørk, f. 19.05.1943, tannlegeeksamen 1971, d. 24.04.2023

Eva Aastveit, f. 28.01.1946,

tannlegeeksamen 1973, d. 15.03.2023.

Norsk odontologihistorisk forening inviterer NTFs medlemmer til omvisning i «De odontologiske samlinger» torsdag 2. november klokka 14.00

Fremmøte: Det odontologiske fakultet – UiO (foajeen)

Benytt denne enestående sjansen til å se en av Europas største og mest komplette samlinger av odontologisk utstyr helt tilbake fra begynnelsen av 1800 tallet og frem til i dag. Etter omvisningen blir det en enkel servering i fakultetets kantine.

Påmelding: innen 30. oktober med SMS til telefon: 90 25 60 60 eller med e-post til: nils.rune@outlook.com



Norske tannleger begynte å samle utstyr allerede på begynnelsen av 1800-tallet, og det som ikke står på Maihaugen, Folkemuseet eller andre museer, er oppbevart i kjelleren på Det odontologiske fakultet i Geitemyrsveien. Fra billedarkivet ved Det odontologiske fakultet, UiO.

MINNEORD



Foto: Privat.

Audun Attramadal 1931–2023

En kjær og høyt respektert pensjonert professor ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo døde 13. august 2023, 91 år gammel.

Audun Attramadal ble uuteksaminert som tannlege i Oslo i 1957. Etter fullført tannlegedannelse jobbet han noen år som distrikts-tannlege før han kom tilbake til Universitetet i Oslo, hvor han tilbrakte det meste av sitt yrkesaktive liv. Der tok han sin doktorgrad innen cellebiologi i 1975. Hans hovedvirke innen odontologi ble ved Avdeling for pedodonti og barneklirikken. Han var tilknyttet avdelingen fra 1960 til han gikk av med pensjon i 2002. Spesialist i pedodonti ble han i 1981, professor ved samme avdeling i 1985.

Audun var en stillferdig og meget klok professor med en god porsjon humor. Ved siden av å være en god kliniker med et høyt kunnskapsnivå, var han en fantastisk barnetannlege og en trygg og god veileder for tannlegestudenter, spesialistkandidater og doktorgradsstipendiater, og en meget god kollega. Han delte gjerne av sin detaljkunnskap innen odontologi og pedodonti i forelesning eller i seminarer med studenter. Han la stor vekt på riktig bruk av det norske

språk, uten å anglifisere språket. Alle vi som ble veiledet opplevde mye nyttig lærdom av dette ved siden av alltid oppdaterte faglige bidrag.

Hans rolige vesen og lune kommentarer bidro i stor grad til at barneavdelingen ble et godt sted å være, både for studenter og ansatte i alle stillingskategorier. Som en av hans tidligere kolleger uttrykte: «Audun Attramadal var meget kunnskapsrik, alltid lett å snakke med og det var flott å samarbeide med ham både på jobb og i all vår faglige virksomhet som kursholdere og ved sammenkomster for Barneavdelingens personale».

Han var en familiens mann og har rekruttert både barn, svigerbarn og barnebarn til odontologiens tjeneste. Han viste stor glede av å kunne tilbringe tid i kolonihytten etter endt arbeidsdag.

På vegne av tidligere kolleger, flere generasjoner tannleger og ansatte ved Det odontologiske fakultet takker vi for innsatsen og alt Audun har bidratt med, og som vi har fått lærdom av.

Vi lyser fred over Auduns minne.

Tove Wigen
Anne Rønneberg
På Barkvoll
Tiril Willumsen

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

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

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

SMA GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

SPESIALISTER**ENDODONTI****AGDER****Colosseum Tannlege Farsund****Tannlege Karl Martin Loga**

Spesialist i endodonti

Barbrosgt 13

4550 Farsund

Tlf 38 39 06 80

Faks 38 39 45 04

farsund@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Kristiansand Vestre**Tannlege Karl Martin Loga**

Spesialist i endodonti

Vestre Strandgt 42

4612 Kristiansand

Tlf 38 12 06 66

Kristiansand.vestre@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Marvika Torv**Tannlege Kjetil Kuhnle**

Spesialist i endodonti

Industrigata 4

4632 Kristiansand

Tlf: 38 09 54 10

marvika.torv@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

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 Claus Ungerechts

Leirvollen 1A

4513 Mandal

Tlf. 38 26 06 10

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@claria.as

Tannlege Nabeel K. Mekhlif

Torggt. 83

2317 Hamar

Tlf. 62 52 65 22

MØRE OG ROMSDAL**Aksla Tannhelse****Kristin Jordal**

Spesialist i Endodonti

Ystenesgata 6B

6003 Ålesund

Tel: 70 12 22 94

hei@akslatannhelse.no

www.akslatannhelse.no

Colosseum Tannlege Molde**Tannlege Øyvind Kristoffersen**

Spesialist i endodonti

Romsdalsgata 1

6413 Molde

Tel: 71 25 18 32

molde@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Ålesund**Endodontist Tim Lehmann**

Keiser Wilhelmsgt. 25, P.b. 605

6001 Ålesund

Telefon 70 10 46 70

firmapost.alesund@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Tannlege Marianne Kleivmyr

Kvernberget tannhelse

Rørgata 8

6517 Kristiansund

Tlf 71 67 00 00

Spesialist i endodonti

NORDLAND**Colosseum Tannlege Bodø Ramsalt****Tannlege Johan Andreas Furebotten**

Spesialist i endodonti

Sjøgata 31

8006 Bodø

Tlf: 75 50 64 40

ramsalt@colosseum.no

www.colosseumtannlege.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@raadhusstann.no

MedDentCare Tann & Helse**Arash Sanjabi DDS, Spesialist i endodonti**

Hoffsvn. 16

0275 Oslo

Tel. 22200222

post@meddentcare.no

www.meddentcare.no

Smerteutredning, CBCT, apikal kirurgi,
oral kirurgi og behandling under narkose.**Oslo Endodontisenter****Spesialist i endodonti Trude Bøe****Spesialist i endodonti Thomas H. Myrhaug****Spesialist i endodonti Iman Saleh****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

Spesialistklinik

Hegdehaugsveien 31

0352 Oslo

Endo spes. Gilberto Debelian**Endo spes. Andre Roushan**

Tlf. 22 95 51 00

Vi tar i mot elektroniske henvisninger

www.spesdent.no

post@spesdent.no

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
Tannlege Dr. Odont. Gaute Floer Johnsen
 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

ROGALAND
Colosseum Tannlege Solakrossen
Tannlege Afif Tabbara
 Spesialist i endodonti
 Solakrossen 14
 4050 Sola
 Tlf 51 21 68 00
 solakrossen@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Stavanger
Tannlege Elisabeth Samuelsen
 Spesialist i endodonti
 Haakon VII gt 7
 4005 Stavanger
 Tlf 51501150
 stavanger@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

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
 Strandtorget tannklinikk
 Standtorget 3, Pb. 252
 9253 Tromsø
 Tlf 776 81 297

Tannlege Sissel Storli
 Spesialist i endodonti
 Hans Egedes gate 2A
 9405 Harstad
 Tlf 412 39 539

TRØNDELAG
Colosseum Tannlege Trondheim Solsiden
Tannlege Tania Øystese
 Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn
 7042 Trondheim
 Tlf. 73 80 78 80
 solsiden@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

VESTFOLD OG TELEMAR
Colosseum Tannlege Skien
Robert Austheim
 Spesialist i Endodonti
 Kverndalsgt. 2 A, 3717 Skien
 Tlf. 35522060
 skien@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Tønsberg
Tannlege Ruth Kristin Gran
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.colosseumtannlege.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
Anca Virtej
 Spesialist endodonti
Tannlege Siv Kvinnslund
 Spesialist i endodonti
 Fortunen 1
 5013 Bergen
 Tlf 55 30 04 50
 bergen@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

Tannlege Hekland AS
 Tannlege Hege Hekland
 Tannlege Atle Brynjulfsen
 www.tannlegehekland.no
 Starvhusgt 2A
 5014 Bergen
 Tlf. 55 31 65 17

Tannlege Marianne Lægreid
 Spesialist i endodonti
 Oris Dental Broegelmanhuset
 Strandgaten 5, 5013 Bergen
 Telefon: 55 32 08 04
 broegelmanhuset@orisdental.no
 https://orisdental.no/klinikker/
 broegelmanhuset

Tannlege Nicole Aria
 Spesialist i endodonti
Tannlege Inge Fristad
 Spesialist i endodonti
Tannlege Vilhjalmur Vilhjalmsson
 Spesialist i endodonti, PhD
 Oris Dental Arken Åsane
 Åsane Senter 37, 5116 Ulset
 Telefon: 55 19 77 50
 arken@orisdental.no
 man-fre 8-21, lør 9-17

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.colosseumtannlege.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.colosseumtannlege.no

Kjeller Tannhelse

Erik Katle

Spesialist i endodonti
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.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

Erik Katle

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

Tannlege Kjersti Asbjørnsen

Også lystgass.
Åsenveien 1
1400 Ski
Tlf. 64 87 28 15
Faks 64 86 52 66

Tannlege Unni Endal, universitetslektor UIO

Oris Dental Lysaker
Lysaker Torg 5
1366 Lysaker
Tlf 67 12 90 00
lysaker@orisdental.no
Endodontisk behandling med spesielt fokus på:
Smerteutredning
Endodontisk kirurgi
Resorpsjoner
Behandling i narkose
Mulighet for å ta imot rullestolbrukere

Tannlege Erik Giving

Spesialist i Endodonti
Skjetten senter
2013 Skjetten
Tlf. 64 83 10 10
post@givingendo.no
www.givingendo.no

Nikola Petronijevic

Oris Dental Drammen Spesialistsenter

Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Telefon: 32 83 60 00
Telefax: 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

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

AGDER

Tannregulering Kristiansand AS

CBCT FoV 05x5,5 cm-017x13 cm
Beskrivelse Radiolog Mats Säll
H.Wergelandsgate 17
4612 Kristiansand
tlf 380 23 190
tannregulering.krs@gmail.com
www.tannregulering-krs.com

MØRE OG ROMSDAL

Colosseum Tannlege Molde

CBCT ved radiolog Mats Säll

Romsdalsgata 1
6413 Molde
Tel: 71 25 18 32
molde@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Ålesund

CBCT ved radiolog Gro Wilhelmsen Hustvedt

PB 605, 6001 Ålesund
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71
firmapost.alesund@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Tannlege Neeraj Kasbekar

Eaholmsveien 5
6518 Kristiansund
Tlf. 98 49 76 82
neerajkasbekar@protonmail.com

NORDLAND

Colosseum Tannlege Narvik

Radiolog Mats Säll
Kongensgt 52
8514 Narvik
TLF 76 94 73 70
narvik@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Ramsalt

CBCT ved radiolog Andres Valnes,

Sjøgata 31, 8006 Bodø
Tlf: 75506440
ramsalt@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

**Colosseum Tannlege Rognan
CBCT ved radiolog Mats Säll**

Kirkegata 24, 8250 Rognan
Tlf: 75690100
rogan@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

OSLO

**Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS
Tannlege Caroline Hol**

Bogstadveien 51
0366 Oslo
Tlf. 22 46 42 89
E-post: post@tb51.no

**Fjord Dental AS
Katarzyna Skramstad**

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Valkyriegata 5
0366 Oslo
Tlf. 22 46 57 23
www.fjorddental.no
post@fjorddental.no

**Holtet Spesialisttannhelse AS
Tannlege Christina Stervik**

Kongsveien 94
1177 Oslo
Tlf. 21 41 50 80
www.spesialisttannhelse.no
post@spesialisttannhelse.no

Oralkirurgisk Klinik
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
Vi tar i mot elektroniske henvisninger
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
Luramyrvæien 12
4313 Sandnes
Tlf: 51 96 99 99
post@forustann.no
www.forustann.no

TRØNDELAG

**Bakke Tannlegekontor AS
CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar**

Nedre Bakklundet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@baketannlegekontor.no
www.baketannlegekontor.no

**Colosseum Tannlege Fosen
CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar**

Yrjars gate 29
7130 Brekstad
Tel: 948 57 728
fosen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

**Colosseum Tannlege Solsiden
CBCT ved radiolog Bengt De Verdier**

Trenerys gate 8
7042 Trondheim
Tel: 73 80 78 80
solsiden@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

VESTLAND

**Colosseum Tannlege Bergen
Radiolog Siren Skaale**

Fortunen 1, Bergenhus
5013 Bergen
Tlf 55300450
Bergen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.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

**Colosseum Tannlege Fredrikstad
Spesialistklinik**

Farmannsgate 2,
CBCT ved radiolog Mats Säll
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstad.farmannsgate@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

**Flattum Tannlegesenter
Tannlege Ingrid Kibsgaard Vestengen**

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

**Kjeller Tannhelse
Ingrid Vestengen**

Spesialist i kjeve og ansiktsradiologi
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

**Nittedal Tannlegesenter AS
Mats Säll**

Kjeve- og ansiktsradiolog med CBCT
Mattias Skytters Vei 173
1482 Nittedal
67 07 77 77
post@nittedaltannlegesenter.no
www.nittedaltannlegesenter.no

Ski Tannlegesenter

CBCT ved radiolog Lena Vannas-Løfqvist
Jernbaneveien 4
1400 Ski
radiologi@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

KJEVEORTOPEDI

AGDER

Tannlege Dr n.med. Spesialist i kjeveortopedi Kate Mroz Tranesen

Tannregulering Kristiansand AS
H.Wergelandsgate 17
4612 Kristiansand
tlf 38023190
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.alesund@colosseum.no
www.colosseumtannlege.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

Kjeveortoped1 - Nationalteatret stasjon

Tannlegene Ingunn Berteig og Tor
Torbjørnsen
Spesialister i kjeveortopedi
Ruseløkkveien 6, 0251 Oslo
Tel. 22838700
post@kjeveortoped1.nhn.no
kjeveortoped1.no
Alle typer regulering, synlig og usynlig

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
Nydaalen Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

Kjeveortoped Håkon Haslerud Høimyr

Spesialist i kjeveortopedi
Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
https://hoimyr.tannregulering.no/

Tannlege Svein Høimyr

Akersgata 51
0180 Oslo
Tlf. 22 42 74 42
Faks 22 42 74 02
https://hoimyr.tannregulering.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 Sandnes

Tannlege Jannicke S. Tunge

Spesialist i kjeveortopedi

Tannlege Andreas Rabanal

Spesialist i kjeveortopedi

Tannlege Jorunn Skaaland

Spesialist i kjeveortopedi

Langgata 18

4306 Sandnes

Tlf: 51 60 91 00

sandnes@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Sola Vingveien

Tannlege Ivi Kramper

Spesialist i kjeveortopedi

Sola vingveien 2

4050 Sola

tlf 51201500

sola.vingveien@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Ålgård

Spyridon Psonis

Kjeveortoped

Krambugata 1

4330 Ålgård

Tlf 51 60 91 04

algard@colosseum.no

www.colosseumtannlege.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.

VESTLAND

Kjeveortoped Astrid Katle

Oris Dental Kjeveortopedene i Arken
Trad. tannregulering
Invisalign
Åsane Senter 39, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 40 50
kjevearken@orisdental.no

Kjeveortoped Marko Scepanovic

Kjeveortopedisk behandling med lingual
aparatur
Trad. tannregulering

Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Toppe Tannregulering
Sandslihaugen 10, 5254 Sandsli
Telefon: 55 92 90 20
post@usynligtannregulering.no

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

DENTA Tannklinik

Kristin Aanderud-Larsen
Spes. Kjeveortopedi
Gartnerveien 1
1394 Nesbru
Tlf. 22 20 21 34
kr-aan@online.no

Hønefoss Tannregulering

Kjeveortoped Maryam Mehdinia

Kartverksveien 7, 3511 Hønefoss

Tlf: 32 14 31 04

E-post: info@honefosstannregulering.no

Webseite: www.honefosstannregulering.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

ORAL KIRURGI OG ORAL

MEDISIN/KJEVEKIRURGI

AGDER

Colosseum Tannlege Arendal

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Oralkirurg Ove Busch

Vestregate 14, 4838 Arendal

Tlf. 37 02 14 00 Fax 37 02 88 61

arendal@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Arendal Kastell

Endre Hellem

Spesialist i oral kirurgi

Langbryggen 5

4838 Arendal

Tlf 370 26000

arendalkastell@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Kristiansand

Marvika Torv

Bård Alvsaker

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Industrigt. 4

Pb. 1024 Lundsiden, 4687 Kristiansand

Tlf. 38 09 54 10

marvika.torv@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Kristiansand Vestre

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Oralkirurg Bård Alvsaker

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Oralkirurg Endre Hellem

Vestre Strandgate 42

4612 Kristiansand

Tlf. 38 12 06 66

Kristiansand.vestre@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Sørlandsparken

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Oralkirurg Ove Busch

Barstøveien 36, 4636 Kristiansand

Tlf. 38 70 38 38

kristiansand.sorlandsparken@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Tannlege Katja Franke

Oralkirurgi

Implantologi

Leirvollen 1A

4513 Mandal

Tlf. 38 26 06 10

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

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

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 butikkcenter

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 Molde

Tannlege og lege Bjørn K Brevik

Spesialist i maxillofacial kirurgi,

implantatkirurgi og oral kirurgi

Storgata 41, 6508 Kristiansund

Tlf 71 67 80 90

kristiansund@colosseum.no

www.colosseumtannlege.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

Colosseum Tannlege Ramsalt

Therese Thoresen

Spesialist i oral kirurgi

Sjøgata 31 8006 Bodø

Tlf: 75506440

Mail: ramsalt@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

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

Clinica smile Frogner

Spes.Oral kirurg Jaehyun Sim

Oral kirurgi, Implantatbehandling

Bygdøy alle 19, 0262, Oslo

<https://clincasmile.no/>

post@clincasmile.no

22 23 33 33

Colosseum Tannlege Majorstuen

Hanne Kleven Ingstad

Spesialist i Oralkirurgi

Sørkedalsveien 10 C

0369 Oslo

Tlf 23366700

majorstuen@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

**Colosseum Tannlege Nationaltheatret
Maria Pham**

Spesialist i oral kirurgi
Stortingsgata 30,
0161 Oslo
Tlf: 22 38 30 13
sogndal@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Festningen tannklinikk**Lege og tannlege Lars Peter Sand**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oralkirurg Kristine Lindstad Matri
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadthustann.no
www.festningen-tannklinikk.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

KIRURGIKLINIKKEN

Alt innen oral- og kjevekirurgi
Implantatprotetikk

Frøde 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

MedDentCare Tann & Helse**Oralkirurg Laszlo Kalmar**

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin,
implantatkirurgi
Hoffsvn. 16
0275 Oslo
Tel. 22200222
post@meddentcare.no
www.meddentcare.no
CBCT og behandling under narkose.

Oralkirurgisk klinikk AS

Spesialistklinikk – Implantatbehandling
Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn Nilsen
Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna Berstad,
Spes. oral kirurgi Erik Bie
Tannlege, spes. oral kirurgi Hauk Øyri
Sørkedalsvn 10 A, 0369 Oslo
Tlf: 23 19 61 90 Faks: 23 19 61 91
post@oralkirurgisk.no
www.oralkirurgisk.no

SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo

Oral kirurgi, implantatbehandling

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin

Ulf Stuge**Marianne Tingberg****Øystein Langeland****Lars Peder Huse**

Tlf. 22 95 51 00

Vi tar imot elektroniske henvisninger

www.spesdent.no

post@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

Spes. i Maxillofacialkirurgi & Spes. i

Oralkirurgi og oral medisin Even Mjøen

Spes. i Maxillofacialkirurgi Steven

Anandan

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 Hellman**

Spesialist i oral kirurgi

Solakrossen 14 ,

4050 Sola

Tlf: 51 21 68 00

solatann@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Forus Tann- & Kjeveklinikk**Dr. Peter Schleier**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,

Implantatbehandling

Attila Csillik

spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Luramyveien 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.tannhelseserogaland.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Dr. Peter Schleier

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin,
Implantatbehandling

Attila Csillik

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
PB 73 Sentrum
4001 STAVANGER
Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.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

Colosseum Tannlege Tromsø

Tannlege Jörgen Tjernberg

Spesialist i oral kirurgi
Alkeveien 8, 9015 Tromsø
Tlf: 77 60 90 90
tromsoe@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

(tidligere ABA kirurgi og narkose)
Oral kirurgi / kjevekirurgi, samt alle typer
tannbehandlinger i narkose.
Bernt Arne Rønbeck, spesialist i oralkirurgi
Geir Støre, Professor i kjevekirurgi
Sjøgata 39, 3. etasje
9008 Tromsø
Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.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@bakkettannlegekontor

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.colosseumtannlege.no

VESTFOLD OG TELEMAR

Colosseum Tannlege Skien

Spesialistklinik

Eva Sawicki Vladimirov

Oralkirurgi og implantatkirurgi
Amir Hosseinzadeh
Oralkirurgi og implantatkirurgi
Postboks 3114, 3707 Skien
Besøksadresse:
Telemarksveien 12, 3 etg,
3724 Skien
Tlf. 35 54 43 70
mail: skien.spesialist@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Skien

Michael Unger

Oralkirurg
Kverndalsgt. 2 A, 3717 Skien
Tlf. 35522060
skien@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Tønsberg

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Eivind Andersen
Peer Mork Knutsen
Jens Muller gt 1
3110 Tønsberg
Tlf. 33 37 82 82
tonsberg@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Oralkirurg Anne Aasen AS

Anne Aasen

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Oralkirurgi og implantatkirurgi
Besøksadresse:
Bøgata 11, 3800 Bø i Telemark.
Post adresse:
Landstadsgt Nord 48, 3722 Skien.
Tlf. 35 95 00 27
Mailadresser:
post@telemarkoralkirurgi.no
anne@telemarkoralkirurgi.no

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

Maxillofacialkirurg Dominykas Dvylys

Melita Dental
Kilgata 16, 3217 Sandefjord
Tel. 40 51 60 51
info@melitadental.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

Eva Sawicki-Vladimirov

Oral kirurgi og Implantologi
Skien Tannklinik/Oralkirurgisk avdeling
Telemarksveien 170
3734 Skien
Tlf. 35 58 39 75
Faks 35 58 39 21

VESTLAND

Colosseum Tannlege Bergen

Espen Helgeland

Spes. kand. oral kirurgi & oral medisin
Andreas Skaale Sælen
spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Fortunen 1
5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Sotra

Espen Helgeland

Spes. kand. oral kirurgi & oral medisin
Bildøyveien 11 C
5353 Straume
Tlf 56 32 46 60
sotra@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Oralkirurg Arild Kvalheim

Oralkirurg PhD Torbjørn Pedersen

Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

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.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Fredrikstad

Spesialistklinik

Tannlege Mats Hellman

Spesialist i oral kirurgi

Dominic Cap

Spesialist i Oralkirurgi
Farmannsgate 2,
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Lillestrøm

Pål Galteland, Tannlege og lege, spes.

Maxillofacial kirurgi
Dampsagveien 4
2000 Lillestrøm
Tlf 64841050
lillestrom@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Sandvika

Jörgen Tjernberg

Spesialist i oral kirurgi
Løkketangen 20A
1337 Sandvika
Tlf: 67 52 24 80
sandvika@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege

Strømmen Tannregulering, tidl. Orthobond

Tannlege og spesialist i oral kirurgi og oral
medisin **Sara Bergstrand**
Strømsveien 48
2010 Strømmen
Tlf. 63 81 06 00
strommen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

DRAMMEN ORALKIRURGI

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin
Implantatkirurgi

Oralkirurg Kjetil Misje

Oralkirurg Gudmundur Bjørnsson

Torgeir Vraas Plass 6
3044 DRAMMEN
Tlf. 32 27 67 50
Post@drammenoralkirurgi.no

Flattum Tannlegesenter

Lege og tannlege Karl Iver Hanvold

Spesialist i kjevekirurgi. Spesialist i oral
kirurgi og oral medisin
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

Kjeller Tannhelse

Michael Unger

Spesialist i oralkirurgi og medisin
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.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

Nittedal Tannlegesenter

Dr. Dominykas Dvylys

Maxillofacial kirurg
Mattias Skyttersvei 173, 1482 Nittedal
Tlf: 67 07 77 77
post@nittedaltannlegesenter.no
www.nittedaltannlegesenter.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

Ski Tannlegesenter

Tannlege Leonardo Carone
Jernbaneveien 4
1400 Ski
oralkirurg@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Visdomstenner
Implantatbehandling
Kirurgisk fjernelse av tenner
Benregenerasjonsbehandling

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

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Dag Tvedt

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege Ingvild Nysæther

Spesialistkandidat i oral kirurgi og oral medisin
Jarveien 1A, 1358 Jar, tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Maxillofacialkirurg Dominykas Dvylys

Melita Dental
Holmquistveien 1, 1394 Nesbru
Tel. 22 20 21 34
post@melitadental.no

Dr. Odont Shelley Khullar

FDS Royal College of Surgeons (London)
Spesialist i Oralkirurgi MNTF
MSC i implantologi
Oris Dental Drammen Spesialistsenter
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

ORAL PROTETIKK

AGDER

Colosseum Tannlege Arendal Kastell

Per Kristian Lundvall

Spesialist i protetik
Langbryggen 5
4838 Arendal
Tlf 370 26000
arendalkastell@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Farsund
Tannlege Karl Martin Loga

Spesialist i oral protetik
 Barbrosgt 13
 4550 Farsund
 Tlf 38 39 06 80
 Faks 38 39 45 04
 farsund@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Kristiansand
Marvika Torv

Tannlege Jon Nordmo
 Implantatprotetik
 Industrigata 4
 Postboks 1024 Lundsiden
 4687 Kristiansand
 Tlf. 38 09 54 10
 marvika.torv@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Kristiansand Vestre
Tannlege Karl Martin Loga

Spesialist i oralprotetik
 Vestre Strandgate 42
 4612 Kristiansand
 Tlf. 38120666
 Kristiansand.vestre@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

INNLANDET

Tannlege Geir Oddvar Eide

Implantatprotetik
 Tannlegene i kvartal 48
 Torggt. 44, 2317 Hamar
 Tlf. 62 52 30 73
 Faks 62 52 24 49

Tannlege Eva Gunler

Implantatprotetik
 Tannlegene i Hippegården
 Storgt 111, Pb 110
 2390 Moelv
 Tlf. 62367301

NORDLAND

Tannlege Are Arnesen Moen

Spesialist i oral protetik
 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.protetik. Implantatprotetik,
 tannslitasje, fast/avtakbar og
 kombinasjonsprotetik, 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
 Implantatprotetik
 hjr@tannmedisin.no
Tannlege Roy Samuelsson
 Spesialist oral protetik
 Implantatprotetik
 E-post: rs@tannmedisin.no
 Refstadveien 64
 0589 Oslo
 Tlf. 22 93 93 40
 Faks 22 93 93 41
 www.tannmedisin.no

Festningen tannklinikk AS

Tannlege Cathrine Å. Karlsen, spes.
 protetik. Implantatprotetik
 Nedre Vollgt 1
 0158 Oslo
 Tlf. 22 42 54 87
 Faks 22 41 31 73
 www.festningen-tannklinikk.no
 firmapost@raadhusstann.no

Fjord Dental AS

Monika Caban
 Spesialist i oral protetik
 Valkyriegata 5
 0366 Oslo
 Tlf. 22 46 57 23
 www.fjorddental.no
 post@fjorddental.no

Holtet Spesialisttannhelse AS

Tannlege Knut-Erik Jacobsen
 Kongsveien 94
 1177 Oslo
 Tlf. 21 41 50 80
 www.spesialisttannhelse.no
 post@spesialisttannhelse.no

KIRURGIKLINIKKEN

Hanne Gran Ohrvik, spes.protetik.
 Implantatprotetik
 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, Ph.D
Tannlege Knut Øverberg
 Hegdehaugsveien 31
 0352 Oslo
 Tlf. 22 95 51 00
 Vi tar i mot elektroniske henvisninger
 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 protetik
 Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo
 Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo
 Tlf: 22 20 50 50
 post@tannspes.nhn.no
 www.tannspes.no

Tannlege Elisabet Henderson

Spesialist Oralprotetik
 Implantologi, Porslensfasader,
 Kombinasjonsprotetik, Snorkeskinner
Tannlege Åshild Kvamen Frettem
 Spesialist Oral protetik
 Slottsparkentannklinikk AS
 Tannlegene Stene- Johansen
 Parkveien 60
 0254 Oslo
 Tlf 22441738
 www.Slottsparkentannklinikk.no,
 post@slottsparkentannklinikk.no

ROGALAND

Colosseum Tannlege Solakrossen

Tannlege Erland Eggum
 Implantatprotetik/spes oral protetik
 Rådgivende overtannlege i Helfo.
 Solakrossen 14
 4050 Sola
 Tlf. 51 21 68 00
 solakrossen@colosseum.no
 www.colosseumtannlege.no

Haugesund tannklinikk

Trond Storesund, spesialist i oral protetik
Postboks 325
5501 Haugesund
Tlf: 52 70 77 00
www.tannhelse Rogaland.no

**Tannhelsetjenestens kompetansesenter
Rogaland**

Inken Reichhelm, spesialist i oral protetik
Lena Johansen, spesialist i oral protetik
Torbjørn Leif Hansen, spesialist i oral protetik
Torgveien 21 B
4016 Stavanger
Tlf 51 50 68 10
www.tkrogaland.no

Tannlege Hamid Hosseini AS

Spesialist i oral protetik
Sølvberggt. 16
4006 Stavanger
Tlf. 51 89 60 88
seyed@hotmail.com

Tannlege Hannu Larsen

Spesialist oral protetik
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**

Implantatprotetik
Strandskillet 5
9008 Tromsø
Tlf. 77 28 01 00
Faks 77 28 01 11
hans.are@tannlegespesialistene.no

TRØNDELAG**Bakke tannlegekontor AS****Tannlege Amanda H. Ulsund**

Spesialist oral Protetik
Implantatprotetik, fast og avtakbare
proteser, tannslitasje, estetisk behandling,
TMD, Søvnnapné.
Nedre Bakklundet 58c
7014 Trondheim
Tlf. 73 56 88 00
post@bakketannlegekontor.no
www.bakketannlegekontor.no

Colosseum Tannlege Trondheim Solsiden

Tannlege Eva Børstad
Spesialist i oral protetik
Implantatprotetik
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn
7042 Trondheim
Tlf. 73 80 78 80
solsiden@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

VESTFOLD OG TELEMAR**Colosseum Tannlege Sandefjord****Tannlege Anders Kamfjord****Tannlege Monika Caban**

Spesialist i oral protetik
Implantatprotetik
Thor Dahlg. 1 – 3 – 5
3210 Sandefjord
Tlf. 33 46 52 18
Faks 33 46 19 88
sandefjord@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Skien**Tannlege Christian Skoe Berntsen**

Spesialist i oral protetik
Implantatprotetik
Kverndalsgata 2A
3717 Skien
Tlf. 35 52 20 60
skien@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Tønsberg Tannlegevakt**Tannlege Pål-Espen Tannmand****Tannlege Sigurd Schneider**

Spesialist i oral protetik.
Implantatprotetik. TMD. Søvnnapné
TOO tannlege, Narkose
Storgaten 27B
3126 Tønsberg
Tlf. 40 61 12 12
tonsbergtannlegevakt.no
tannmand@tonsbergtannlegevakt.no

VESTLAND**Colosseum Tannlege Bergen****Tannlege Ida Marie Dahle**

Spesialist oral protetik
Tannlege Sverre Eldrup
Spesialist oral protetik
Tannlege Ulrik Leidland Opsahl
Spesialist oral protetik
Fortunen 1
5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

TANNLEGE Team Kjersti Sylvester-Jensen

Spesialist i oral protetik
Tannslitasje, alt innen fast- og avtakbar
protetik, implantatprotetik, rehabilitering
og estetisk tannbehandling
Nattlandsfjellet 1A
5098 Bergen
TLF: 55316767
www.tannlege-ksj.no
tannlegek@outlook.com
kjersti.sylvester-jensen@ok.uib.no

Tannlege Paul-Arne Hordvik

Spesialist i oral protetik
Tannslitasje, alt innen fast- og avtagbar
protetik, implantatprotetik, rehabilitering
og estetisk behandling
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Tannlege Christine Jongsar

Spesialist i oral protetik
Tannslitasje, alt innen fast- og avtagbar
protetik, implantatprotetik, rehabilitering
og estetisk behandling
Kanalveien 64, 3 etg.
5068 Bergen
Tlf: 55 55 06 00
christine.jongsar@ok.uib.no
henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

Tannlege Marit Morvik

Rehabilitering, fast og avtakbar protetik,
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 protetik.
Rehabilitering av tannslitasje, estetisk
behandling, fast- og avtagbar protetik,
implantatprotetik, regulering med
plastsinner og behandling med
snorkesinner.
Implantatkirurgi.
Konsultasjon for behandlingsplanlegging.
Juvikflaten 14a
5308 Kleppstø
Tlf. 56 14 20 14/900 77 333
Tilkøst for funksjonshemmede
www.ats.as
kyrre@ats.as

VIKEN

Colosseum Tannlege Fredrikstad Spesialistklinikk

Tannlege Kai B. Hannestad

Spesialist i oral protetik
Farmannsgate 2,
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Anders Brennhovd

Spesialist i oral protetik.
Implantatprotetik. TMD. Søvnappé
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.no

Kjeller Tannhelse

Trine Bjelke-Holtermann

Spesialist i oral protetik
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

Spesialistklinikken Union Brygge AS

Tannlege Christine Dæhli Oppedal

Spesialist i oral protetik
Implantatprotetik
Grønland 40
3045 Drammen
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no
Tlf. 97 47 43 00

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Morten Børsum

Spesialist i oral protetik
Jarveien 1A, 1358 Jar tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Tannlegene Sydow og Mo AS

Odontologisk spesialistpraksis
Spesialister i oral protetik:

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 protetik

Lars-Fredrik Gjølstad

Spesialist i oral protetik
Spesialkompetanse i klinisk hypnose
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 Knut Erik Eide

Implantatprotetik
Concordiabygget
Stortorvet 20
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege Rune Hamborg

Spesialist i oral protetik.
Implantatprotetik
Implantologi
Rakkestad tannlegesenter
Storgata 42
1890 Rakkestad
Tlf. 69 22 15 55
E-mail: tn1.sent@online.no

Tannlege Rune Sollin

Spesialist i oral protetik og
Implantatprotetik
Implantatprotetik
Gudesgt 1, 1530 Moss
Tlf. 69 20 54 00

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetik
Implantatprotetik
Concordiabygget
Stortorvet 20
2000 Lillestrøm
Tlf. 63 80 55 77
post@ticb.no
www.ticb.no

Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas

Spesialist i oral protetik
Implantatprotetik
Dyrendal Tannhelsesenter
Dyrendalsveien 13C
1778 Halden
Tlf. 69 21 10 60

PERIODONTI

AGDER

Colosseum Tannlege Arendal Kastell

Jostein Andersen

Periodontist
Langbryggen 5
4838 Arendal
arendalkastell@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Sørlandsparken

Wojciech Krajewski

Spesialist i periodonti
Barstølveien 36
4636 Kristiansand
Tel: 387 03 838
kristiansand.sorlandsparken@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

INNLANDET

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
Alberto Turri**

Spesialist i periodonti
Keiser Wilhelmsgt. 25, P.b. 605
6001 Ålesund
Telefon 70 10 46 70
firmapost.alesund@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

OSLO**Aktiv Tannklinikk AS****Tannlege Janet Maistry Østrem**

Spesialist i periodonti
Storgata 17
0184 Oslo
Tlf: 22 41 80 80
Email: post@aktivtann.no
www.aktivtann.no

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
Rune Molander Mjelde, Spesialist**

i periodonti
Sørkedalsveien 10 C
0369 Oslo
Tlf 23366700
majorstuen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Nordstrand Tannhelse AS**Tannlege Trond Telje**

Spesialist i periodonti
Von Øtkens vei 1, 1169 Oslo
Tlf. 22 61 32 01
post@nordstrandtannhelse.no
www.nordstrandtannhelse.no

SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo
Ingeborg Kolseth
Spesialist i periodonti
Tlf. 22 95 51 00
Vi tar i mot elektroniske henvisninger
www.spesdent.no
post@spesdent.no

Spesialistklinikkk for Periodonti as

Tannl.spes.perio Bettina Iversen Thomseth
Tannl.spes.perio John Erik Thomseth
Tannl.spes.perio Helena Olavsdottir Haugbo
Hegdehaugsv. 36
0352 Oslo
Tlf. 22 46 78 10
post@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

Tanntunet AS**Tannlege og Dr.odont. Mawaan Khadra**

Spesialist i periodonti
Nydalén Allé 71
0485 Oslo
Tlf. 22 15 00 00
henvisning@tanntunet.no
www.tanntunet.no

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
firmapost@slemdal-tann.nhn.no
www.slemdal-tann.no

Tannlege Esha Katyayen

Skullerud Tannlegesenter
Olaf Helsettsvei 5 G
0694 Oslo
Tlf. 921 22 222
resepsjon@skullerudtannlegesenter.no

Periospesialist Ingeborg Kolseth

Akersgata 16, 0158 Oslo
post@periodonti.no

Tannlege Thomas Norum

spesialist i periodonti
Skøyen Tannlegekontor
Karenslyst alle 9 c, 0278 Oslo
Tlf 22 55 41 79

Tannlege Spesialist Periodonti**Dr.Med. Annika Sahlin Platt**

Periodontal behandling, Implantat,
Implantat protetik, Periimplantit,
proteser og biteskinner
Slottsparkentannklinikk AS
Tannlegene Stene- Johansen
Parkveien 60
0254 Oslo
Tlf 22441738
www.Slottsparkentannklinikk.no,
post@slottsparkentannklinikk.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

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., Klubbegaten 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@bakkettannlegekontor.no

VESTFOLD OG TELEMAR

Colosseum Tannlege Sandefjord

Tannlege Bernt Johan Evensen

Spesialist i periodonti
Thor Dahlg. 1 – 3 – 5
3210 Sandefjord
Tlf. 33 46 52 18
sandefjord@colosseum.no
www.colosseumtannlege.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

VESTLAND

Colosseum Tannlege Bergen

Knut Leknes

Spesialist i periodonti

Georg Bruun

Spesialist i periodonti
Fortunen 1, 5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Tannlegehuset

Georg Bruun

Spesialist i periodonti
Nattlandsveien 76 D
5094 Bergen
Tlf 55 27 33 66
landas@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Tannlege Kathrin Beyer, Ph.d.

Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi
Oris Dental Broegelmanhuset
Strandgaten 5, 5013 Bergen
Telefon: 55 32 08 04
broegelmanhuset@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/
broegelmanhuset

Tannlege Kristian H. Lind

Spesialist i periodonti
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi
Oris Dental Arken Åsane
Åsane Senter 37, 5116 Ulset
Telefon: 55 19 77 50
arken@orisdental.no
man-fre 8-21, lør 9-17

Oris Dental Nesttun
Østre Nesttunvegen 2, 5221 Nesttun
Telefon: 55 10 17 00
nesttun@orisdental.no

VIKEN

Colosseum Tannlege Fredrikstad

Spesialistklinikk

Rune Molander Mjelde

Farmannsgate 2, 1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Colosseum Tannlege Lillestrøm

Avesta Haider

Spesialist i periodonti
Dampsagveien 4
2000 Lillestrøm
Tlf 64 84 10 50
lillestrom@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Flattum Tannlegesenter

Tannlege Kristin Rustand

Spesialist i periodonti
Postboks 1164
3503 Hønefoss
Tlf. 32 12 18 20
www.flattumtannlegesenter.no
post@flattumtannlegesenter.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

Ski Tannlegesenter

Tannlege Torkel Kolsrud. Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
perio@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600
Implantatbehandling
Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Implantatkirurgi

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

Tannlegene i Jarhuset AS

Tannlege Karin Børsum

Spesialist i periodonti
Jarveien 1A, 1358 Jar, tlf 6753 6372
www.tannlege-jarhuset.no
e-post: post@tannlege-jarhuset.no

Varna Tannlegesenter
Jon Olav Kubberød

Spesialist i periodonti

Jørgen Hugo

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 Ph.D. Morten Enersen
Asker Tannhelse

Smuget 1b, 1383 Asker

Tlf: 66 78 65 00

Mobil: 481 105 46

moenerse@online.no

Tannlege Marie Fjærtøft Heir

Strøket 9, 1383 Asker

Tlf: 66 78 97 47

Faks 66 75 93 33

Tannlege Esha Katayen

Kolbotn tannklinikk,

Sønsterudveien 32

1412 Sofiemyr.

Tlf: 401 22 222

resepsjon@kolbotntannklinikk.no

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

Oris Dental Drammen Spesialistsenter

Øvre Torggate 10

3017 Drammen

Tlf: 32 83 60 00

Faks 32 81 93 09

spesialistene.drammen@orisdental.no

https://orisdental.no/klinikker/drammen/

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

SPECIALKOMPETANSE

IMPLANTATPROTETIKK

* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med trygdestønad.

INNLANDET

Hartz Dental AS

Tannlege Einar Hartz

Storgata 7b

2408 Elverum

Tlf: 62432100

www.hartzdental.no

info@hartzdental.no

Tannlege Gunnar Steinsvoll AS

Johan Nygårdsst. 11B

2670 Otta

Tlf: 61 23 00 26

post@gsteinsvillas.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

sebsstein@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 Molde

Tannlege Anne-Christel Rebni

Romsdalsgata 1

6413 Molde

Tel: 71 25 18 32

molde@colosseum.no

www.colosseumtannlege.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 Kirsti Kristoffersen

Odontia Kvernberget

Rørgata 8

6517 Kristiansund

Tel: 71 67 00 00

kvernberget@odontia.no

www.odontia.no

NORDLAND

Tannlege Per Hamre

Tannboden Brønnøysund AS

Storgata 19

8900 Brønnøysund

Telefon 924 79 700

OSLO

Festningen tannklinikk

Tannlege Cathrine Å. Karlsen

Nedre Vollgt 1

0158 Oslo

Tlf: 22 91 02 90

firmapost@raadhusstann.no

www.festningen-tannklinikk.no

Fjord Dental AS

Martin Christopher Hoftvedt

Spesialkompetanse Implantatprotetikk

Valkyriegata 5

0366 Oslo

Tlf: 22 46 57 23

www.fjorddental.no

post@fjorddental.no

Fjærvik klinikken

Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik

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

Tannlege Henrik Skjerven, Ph.D

Spesialist i oral protetikk

Implantatprotetikk

Knut Øverberg

Spesialist i oral protetikk

Implantatprotetikk

Hegdehaugsveien 31

0352 Oslo

Tlf. 22 95 51 00

Vi tar i mot elektroniske henvisninger

post@spesdent.no

www.spesdent.no

Tanntunet AS

Tannlege Kristin W. Haugstoga

Tannlege Sevald Ytre

Samarbeider med Spes. i

Maxillofacialkirurgi & Spes. i Oralkirurgi og

oral medisin **Even Mjøen**

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 Sola

Tannlege Geir J. Bøe

Spesialkompetanse Implantatprotetikk

Tannlege Nils K. Langhelle

Spesialkompetanse Implantatprotetikk

Vingveien 2, 4050 Sola

sola.vingveien@colosseum.no

www.colosseumklinikken.no

Colosseum Tannlege Stavanger

Kjetil Kaland

Spesialkompetanse implantat

Haakon Vlls gate 7,

4005 Stavanger,

Tlf: 51 50 11 50

stavanger@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Forus Tann- & Kjeveklinikk

Tannlege Linh Bui

Tannlege Øivind Nerheim Torkelsen

Luramyrvеien 12,4313 SANDNES

Tlf: 51 96 99 99

post@forustann.no

www.forustann.no

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Tannlege Gaute Kommedal

Tannlege Linh Bui

Tannlege Eniko Kovacs

PB. 73 Sentrum

4001 Stavanger

Tlf: 51 53 01 99

post@stavangertann.no

www.stavangertann.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@waage.no

Web: www.waage.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

TROMS OG FINNMARK

Colosseum Tannlege Tromsø

Tannlege Jørn Espen Høili

Alkeveien 8, 9015 Tromsø

Tlf 77 60 90 90

tromsoe@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS

(tidligere ABA kirurgi og narkose)

Implantat / protetikk, samt alle typer

tannbehandlinger i narkose.

Sjøgata 39, 3. etasje

9008 Tromsø

Tlf: 975 35 000

post@ttkns.no

www.ttkns.no

TRØNDELAG

Bakke Tannlegekontor AS

Kai Sandvik

Nedre Bakklandet 58 c

7014 Trondheim

Tlf: 73 56 88 00

Faks 73 56 88 01

post@bakketannlegekontor.no

Colosseum Tannlege Fosen

Tannlege Sönke Forsthöfel

Yrjars gate 29

7130 Brekstad

Tel: 948 57 728

fosen@colosseum.no

www.colosseumtannlege.no

God Tannhelse AS

Tannlege Ida B. Lundh

Godkjent for implantatprotetikk med

trygdestønad

Sjøgata 2b

7600 Levanger

ida@godtannhelse.no

74 08 43 40 (kontor)

97 10 07 32 (mobil)

www.godtannhelse.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

Tannlege Angelus AS

Abel Margrethe Meyersgt. 8

7800 Namsos

Tlf. 74 27 22 69

nik.angelus@gmx.net

Åpningstider mandag–fredag 08.00-15.30

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)

Tilgjengelighet 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

Aiste A. Aasen

Sentrum Tannklinikk Porsgrunn
Storgata 146
3915 Porsgrunn
aiste.nav@gmail.com
mob.nr. 40455237

VESTLAND

Colosseum Tannlege Bergen
Tannlege Odd Helgevold-Engelsen
Spesialkompetanse implantat protetikk
Fortunen 1
5013 Bergen
Tlf 55 30 04 50
bergen@colosseum.no
www.colosseumtannlege.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
Spesialistklinikk
Tannlege Finn André Hammer
Spesialkompetanse Implantatprotetikk
Farmannsgate 2,
1607 Fredrikstad
Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadprivate@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Nittedal Tannlegesenter AS

Tannlege Manzar Din
Spesialkompetanse i implantatprotetikk
Mattias Skyttersvei 173, 1482 Nittedal
Tlf: 67 07 77 77
post@nittedaltannlegesenter.no
www.nittedaltannlegesenter.no

**Privattannlegene AS
Tannlege Tore Karlsen**

Farmannsgt 13b
1607 Fredrikstad
Tlf. 69 31 25 27
resepsjon@privattannlegene.no
www.privattannlegene.no
Tilrettelagt for funksjonshemmede

**Ringerike Tannlegesenter AS
Tannlege Bjørn Even Gulsvik**

Kartverksveien 9
3511 Hønefoss
Tlf. 32 12 10 07
post@ringeriketannlegesenter.no

Ski Tannlegesenter

Tannlege Magnus Paulsbo,
Tannlege Morten Paulsbo. Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
implantat@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

Tannlege Trond Anderssen

Oris Dental Drammen
Øvre Torggate 10
3017 Drammen
Tlf. 32 83 60 00
Faks 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
https://orisdental.no/klinikker/drammen/

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
Klokkebakkentannlegene@gmail.com

Tannlege Terje Døviken

Samarbeider med
Dr.odont, oralkirurg Gudmundur Björnsson
Oralkirurg Kjetil Misje
Drammen Oralkirurgi
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen
Tlf. 32 27 67 50
terje.doviken@drammenoralkirugi.no
www.drammenok.no

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**NORDLAND**

Colosseum Tannlege Narvik
Tannlege Marianne Degerstrøm
Kongensgt 52
8514 Narvik
TLF 76 94 73 70
narvik@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Tannlege Per Hamre

Tannboden Brønnøysund AS
Storgata 19
8900 Brønnøysund
Telefon 924 79 700

TRØNDELAG

TANNLEGE ALSTAD AS
v/Tannlege Per Johan Alstad
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger
Tlf. 74 08 23 35
pja@tannlege-alstad.no
www.tannimplantater.no

VIKEN**Nittedal Tannlegesenter AS
Tannlege Kurda Mirza**

Mattias Skyttersvei 173, 1482 Nittedal
Tlf: 67 07 77 77
post@nittedaltannlegesenter.no
www.nittedaltannlegesenter.no

Ski Tannlegesenter

Flere tannleger med lystgassautorisasjon.
Kort ventetid.
Jernbaneveien 4
1400 Ski
lystgass@tannlege.info
www.entann.no
Tlf: 64852600

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.colosseumtannlege.no

INNLANDET

Aktiv Tannhelse AS
 Lille Strand gt. 3
 2317 Hamar
 Telefon: 62523696
post@aktivtannhelse.no
www.aktivtannhelse.no

NORDLAND

Tannlege Per Hamre
 Tannboden Brønnøysund AS
 Storgata 19
 8900 Brønnøysund
 Telefon 924 79 700

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
 Vi tar i mot elektroniske henvisninger
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

ROGALAND

Stavanger Tann- & Kjeveklinikk

Vi tilbyr behandling i full narkose og i sedasjon
 hos våre oralkirurger Dr. Peter Schleier og
 Attila Csillik,
 samt hos våre tannleger Gaute Kommedal,
 Linh Bui og Eniko Kovacs.
 PB 73 Sentrum
 4001 STAVANGER
 Tlf: 51 53 01 99
post@stavangertann.no
www.stavangertann.no

TROMS OG FINNMARK

Tromsø Tannkirurgi og Narkosesenter AS
 (tidligere ABA kirurgi og narkose)
 Alle typer tannbehandlinger i narkose.
 Sjøgata 39, 3. etasje
 9008 Tromsø
 Tlf: 975 35 000
post@ttkns.no
www.ttkns.no

TRØNDELAG

Colosseum Tannlege Trondheim Solsiden
 Trenerys gate 8
 7042 Trondheim
 Tel: 73 80 78 80
solsiden@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

VESTFOLD OG TELEMARK

Tannklinikken Skeie AS
 Kons, protetik, syst.perio.,
 endo, kirurgi, implantat
 i sedasjon eller narkose
 Overlege Johan Peder Smedvig,
 spes. i anesthesiologi
 Aagaards plass 1
 3211 Sandefjord
 Tlf: 33 46 61 71
resepsjon@tannklinikken.no

VIKEN

Colosseum Tannlege Fredrikstad
Spesialistklinik
Tannlege Kai B. Hannestad
 Spesialist i oral protetik
 Farmannsgate 2, 1607 Fredrikstad
 Tlf: 69 36 88 00
fredrikstadtannhelsesenter@colosseum.no
www.colosseumtannlege.no

Nittedal Tannlegesenter AS

Vi tilbyr alle typer tannbehandling
 i Narkose / Sedasjon / Lystgass
 I samarbeid med vår anestesilege
 Mattias Skyttersvei 173, 1482 Nittedal
 Tlf: 67 07 77 77
post@nittedaltannlegesenter.no
www.nittedaltannlegesenter.no

Oris Dental Drammen/ Drammen Spesialistsenter

i samarbeid med anestesilege Terje
 Hanche-Olsen
 Øvre Torggt 10
 3017 Drammen
 Tlf. 32 83 60 00
 Faks: 32 81 93 09
spesialistene.drammen@orisdental.no
<https://orisdental.no/klinikker/drammen/>

Ski Tannlegesenter

Jernbaneveien 4
 1400 Ski
narkose@tannlege.info
www.entann.no
 Tlf: 64852600

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@raadhusann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Festningen tannklinikk**Lege og tannlege Mats Døving**

Festningen tannklinikk
Nedre Vollgt 1
0158 Oslo
Tlf: 22 91 02 90
firmapost@raadhusann.no
www.festningen-tannklinikk.no

Kjeller Tannhelse

Spesialist- og allmennpraksis
Spesialist i Oralprotetikk Trine Bjelke-
Holtermann
Spesialist i Endodonti Erik Katle
Spesialist i Oralkirurgi og medisin Michael
Unger
Spesialist i Kjeve og ansiktsradiologi Ingvild
Vestengen
Kunnskapsbyens Hus
Gunnar Randersvei 12
2007 Kjeller
Tlf: 63 81 36 76
post@kjellertannhelse.no
www.kjellertannhelse.no

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

tidende

Frister og utgivelsesplan 2023

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
8	8. juni	13. juni	17. august
10	14. september	19. september	19. oktober
11	13. oktober	17. oktober	16. november
12	9. november	14. november	14. desember

Frister og utgivelsesplan 2024

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	6. desember '23	11. desember '23	18. januar
2	11. januar	16. januar	15. februar
3	8. februar	13. februar	14. mars
4	6. mars	11. mars	18. april
5	8. april	11. april	16. mai
6–7	3. mai	13. mai	13. juni
8	5. juni	10. juni	15. august
9	15. august	20. august	19. september
10	12. september	17. september	17. oktober
11	10. oktober	15. oktober	14. november
12	7. november	12. november	12. desember

STILLING LEDIG

PORSGRUNN

Assistenttannlege i deltid søkes til veilettede og travel allmennpraksis med solid pasientbase sentralt i Porsgrunn. Muligheter for overtakelse om 2-3 år. Fleksibel overgangsform. Klinikken har OPG, Schick røntgen, Trios 3shape scanner, Front betalingssystem. Kontorfellesskap med en annen tannlege. Vi søker tannlege med noe erfaring som behersker norsk skriftlig og muntlig og som leverer kvalitet i alle ledd.

Kontakt: tannlege@gurisandnes.no

VI SØKER TANNLEGE TIL SKIPTVET (40-100%)

Jobberfaring er ønskelig, men ikke et krav.

«Tannlegen på landet» Skiptvet åpnet i 2022, og er tatt godt imot lokalt. Vi har stor pågang av nye pasienter og søker nå tannlege til en 40-100% stilling i Skiptvet. Tettstedet ligger om lag 50 minutter med bil fra Oslo, 40 fra Fredrikstad og 30 fra Sarpsborg.

Vi søker deg som er faglig dyktig, og som kan kombinere et effektivt arbeidstempo med høy kvalitet i behandlingen.

For å trives hos oss må du være engasjert og se mulighetene som ligger i å utvikle en nyetablert klinikk, med de spennende utfordringene dette gir. Med deg i det daglige får du en dyktig tannlegeassistent.

Norsk autorisasjon og solide kommunikasjonsevner på norsk, muntlig og skriftlig, er krav for alle søkerne. Den rette kandidaten får gode lønns- og arbeidsbetingelser.

Spørsmål om stillingen kan rettes til klinikkeier Hege Steen Shanor, tlf. 930 11 733.

Søknad & CV merket «Skiptvet» sendes til smil@tannlegenpalandet.no

Søknadsfrist: Snarest. Alle vurderes fortløpende.

Vi ser frem til å høre fra deg!

Om Tannlegen på landet

Vi har to klinikker; Svarstad (Vestfold) og Skiptvet (Østfold). Driften i Svarstad åpnet i 2013. I 2022 utvidet vi til Skiptvet. Tannlegen på landet er en nærtannlege der vi kjenner pasientene godt, og pasientene er trygge på oss og vår kompetanse. Tannlegen på landet skal være et nær-alternativ til de store tannlegekjedene i byene.



Tannlege i opp til 100% stilling søkes til Sykkylven Tannklinikk AS

Vi ser etter en tannlege som er engasjert, kvalitetsbevisst, omgjengelig og har et godt handlag med pasienter. Søkeren må ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftlig. Vi har stor pasienttilgang fra hele distriktet og recall-listen etter en tannlege som sluttet kan overtas. Vi tilbyr hele behandlingsspekteret: rutineundersøkelser, konserverende behandlinger og systematisk periodontittbehandling til komplekse protetiske problemstillinger. På grunn av god pasienttilgang er det rom for fordypning i samtlige retninger innen tannmedisin, dersom man ønsker å legge mer vekt på for eksempel kirurgi eller endodonti. Arbeidserfaring er en fordel, men nyutdannede er også velkomne til å søke på stillinga. Sykkylven har om lag 7600 innbyggere og ligger i hjerte av Sunnmøre. I nærområdet er det store muligheter for deg som trives med friluftsliv både til sjøs og til fjells.



Ved spørsmål og interesse rundt stillinga send e-post til carola@syktann.no, ring eller send melding til tlf: 92088165.

Har du lyst til å arbeide i privatpraksis?

Tannboden har ledig 2 stillinger i Brønnøysund.

Tannboden Brønnøysund AS startet i 2012, og er en travel praksis.

Hvordan gå videre?

1. Ring etter kl 19 til Per på 91 888 222
2. Mer informasjon på www.tannboden.no
3. Send mail til perhamre@hotmail.com





LEDIG STILLING SOM SPESIALIST INNEN PERIODONTI

Bakke Tannlegekontor er lokalisert sentralt på Bakklandet i Trondheim. Vi er en veletablert praksis med 14 moderne behandlingsrom.

Vår langvarige periodontist går av med pensjon, og vi søker nå en kvalifisert person til å overta stillingen, eventuelt på deltidsbasis, 50–100%. Du kan forvente en betydelig pasientstrøm fra både kollegaer på klinikken og faste samarbeidspartnere.

Du vil ha gleden av å samarbeide med to tannpleiere på spesialområdet og en erfaren tannhelsesekretær. Hos oss utgjør 7 allmenntannleger og 12 sekretærer

grunnmuren i vår virksomhet. I tillegg har vi spesialister innen Oral Protetikk, Oral Kirurgi, CBCT. Vi har også et tett samarbeid med en radiolog.

Vi tilbyr attraktive betingelser for den rette kandidaten. Tiltredelse i henhold til avtale.

Eventuelle spørsmål om stillingen kan rettes til Kai Sandvik på telefon 92612976 eller epost kaisandvik@yahoo.com

Søknad, cv og referanser sendes til overnevnte epost.

Se vår hjemmeside www.bakketannlegekontor.no

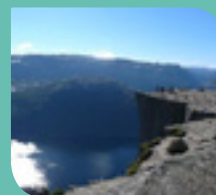


TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelsengerogaland.no.



VI SØKER TANNLEGE(R)

til både Rjukan Tannhelsesenter og Notodden Tannhelsesenter. Vi søker ansvarsfulle, faglig oppdaterte og positive tannleger. Godt pasientgrunnlag. Du må beherske norsk muntlig og skriftlig samt ha norsk autorisasjon. Ved interesse ta kontakt til benedicte.mehlum@gmail.com

STRØMMEN

Tannleges søkes til travel 100% stilling på Strømmen Tannlegesenter f.o.m. 2. januar 2024 ifm. vikariat. Mulighet for videre engasjement etter avsluttet vikariat. Fullt utstyrt og moderne klinikk, med godt faglig og sosialt arbeidsmiljø. Flytende norsk språk samt autorisasjon kreves. For spm, kontakt 45267281. CV og søknad sendes til cathrine@tannlegesenter.as

TANNLEGE PÅ LENA, 15 MIN FRA GJØVIK

Tannstellet, Lena Tannhelsesenter AS, søker tannlege i 50-60% stilling ved vår private tannklinikk på Lena i Østre Toten.

Mulighet for utvidelse av stilling med det første.

Oppstart så snart som mulig.

Ta kontakt på tlf 98481238 og send søknad med CV og referanser til gjestrumkjellaug@gmail.com

TANNLEGE SØKES TIL FAST DELTIDSSILLING I OSLO (2 KVELDER)

Tannlegene på Sinsen ser nå etter en engasjert og selvdreven tannlege til en fast deltidssilling. Stillingen innebærer to kveldsvakter i uken (15:30 - 20:00). På grunn av stor pågang av pasienter trenger vi en ekstra tannlege på kveldstid.

Vi har moderne og romslige lokaler med et hyggelig arbeidsmiljø. Klinikken er utstyrt med alt av moderne tannlegeutstyr som OPG og Strauman scanner. Vi kan tilby god pasienttilgang og en hyggelig arbeidsplass. I dag jobber det tre tannleger, og tre sekretærer på klinikken. Aktuelle kandidater bør ha minst to års arbeidserfaring fra privat praksis i Norge og beherske norsk både muntlig og skriftlig.

Sjekk ut vår hjemmeside: www.tannlegesinsen.no for mer informasjon.

Tiltredelse: Etter avtale

CV og søknad kan sendes til admin@tannlegesinsen.no

OSLO

Tannlegepraksis i Oslo, nærmere spesifisert på Ensjo, vurderes solgt. Kontoret har en meget attraktiv plassering i et område med stor vekst. Det er veldig bra pasienttilgang og gode vekst potensialer.

Henvendelser rettes pr mail til: Dentspes@gmail.com

VÅLER TANNKLINIKK TIL SALGS

Fullt utstyrt kontor på 50m2 i Våler, Østfold.

E-post: dr_ibrahim33@hotmail.com

Telefon: +4740999016

vaaler-tannklinikk.com

HEGGEDAL

Tannlege søkes til 100% stilling hos Heggedal Tannhelse i Asker kommune.

Vi søker tannlege i heltid stilling som kan jobbe selvstendig.

Hyggelig praksis med to behandlingsrom.

Det er god pasienttilgang og pasientliste.

Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftlig.

Erfaring er ønskelig.

Personlig egenskaper vektlegges.

Søknad/CV sendes til prashant@heggedaltannhelse.no

STILLING SØKES

ENDODONTIST LEDIG

Endodontist med ledig kapasitet 1-2 dager i uken.

Bergensområdet, andre alternativer vurderes. Norsk autorisasjon. MNTE.

Kontakt: invivodontist@outlook.com

KJØP OG SALG

BÆRUMS VERK

Praksis til salgs pga oppnådd pensjonsalder. Ønsker en trinnvis overtakelse i løpet av 2-3 år.

Ca 1000 recallpasienter. Erfaren allsidig tannhelsesekretær følger med praksisen. Nye lokaler i et helsehus med fire leger på vakre Bærums verk. Tlf 99530556

LEDIG TANNLEGEKONTOR, MO I RANA

Nyetablert klinikk (2018) i Mo i Rana ledig fra 1 januar 2023. Sentralt beliggende, midt i sentrum (Nordahl Griegs gate 8).

Inneholder: 3 behandlingsrom (koblinger til 3 stoler)
Sterilrom
Resepsjon/venterom
Separat røntgen (OPG)
Kundetoilett og personaltoilett

Passer fint til 3 behandlere.

Kontakt: Zar Eiendom AS
v/Roger Håkonsen
Mobil 97011787
Mail: roger.haakonsen@zareidom.no

Vi har ledig stol til leie for tannlege ev. spesialist som ønsker å etablere seg på Ørebekk/Fredrikstad.

Ta kontakt om dette er av interesse.

Ørebekk Tannklinikk
v/ Vidar Rønning

Mob: 928 63 956
vroenni2@online.no



ØREBEKK
TANNKLINIKK

VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

#whnordic



wh.com



Velg din W&H autoklav etter klinikkens behov:

lina BASIC



Klasse B

Programtid fra 20 minutter.

2 kg belastning på 45 minutter.

Enkel håndtering. Kan oppgraderes med hurtigprogrammer til f.eks. vinkelstykker. Kan også oppgraderes med sporbarhetsfunksjoner

lara STANDARD



Klasse B

Programtid fra 18 minutter.

2 kg belastning på 38 minutter

Oversiktlig berøringsskjerm.

Kan oppgraderes med hurtigprogram til f.eks. vinkelstykker.

Kan også oppgraderes med sporbarhetsfunksjon og EcoDry som tilpasser programmet til belastningen.

lisa PREMIUM



Klasse B

Programtid fra 13 minutter.

2 kg belastning på 28 minutter.

Oversiktlig berøringsskjerm.

Har hurtigprogram til f.eks. vinkelstykker.

Avanserte sporbarhetsfunksjoner og EcoDry + som tilpasser kjøretiden til belastningen.

Kan kjøre vakuum og helixtester automatisk hver morgen.

Alle våre autoklaver lagrer data på USB.

Krever ikke årlig service – serviceintervall på 4000 kjøringer – det er god økonomi!

Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic AB

t: 32853380 | e: office@whnordic.no | wh.com