TIDSSKRIFT FOR NORSK TANNPLEIERFORENING

tannstikka

Nummer 04/2018

JOBBER FOR FELLES UTDANNING

TILRETTELAGT TANNHELSETILBUD

NY KLASSIFISERING AV PERIDONTALE TILSTANDER

SYKELIGGJØRING AV BARNS TANNHELSE

TePe EasyPick™

Avrundet topp

God arbeidslengde

Brede silikonlameller

Fleksibel

Slitesterkt materiale

Godt stødig grep

Hemmeligheten er kombinasjonen av materialer

TePe Easy Pick™ anbefales til daglig bruk, alene eller som i kombinasjon med andre produkter til rengjøring mellom tennene. Kjernen er robust og fleksibel, og de brede silikonlamellene rengjør effektivt mellom tennene, samtidig som de føles behagelige. TePe EasyPick™ produseres i Sverige og er utviklet i nært samarbeid med tannpleie-ekspertise. Den passer for alle som ønsker å ta vare på et sunt smil, uansett hvor de er.

We care for healthy smiles

To størrelser,
konisk form

ADT/1058NO

INNHOLD

PÅ PLAKATEN
5 Avgangskull i Oslo
5 Klart for Nordental 2018
5 NTpF i Arendal

FAGLIG
8 Tilrettelagt tannhelsetilbud
16 Ny klassifisering av perio-tilstander

AKTUELT
6 Jobber for felles utdanning
24 Røyk- og snusemballasje er standardiserte
26 Sykeliggjøring av barns tannhelse?

NTPF PRESISERER
Signerte artikler i «Tannstikka» står for forfatters egen regning, og innholdet gir ikke nødvendigvis uttrykk for NTpFs offisielle syn i saken. Annonsene i «Tannstikka» er betalt og utformet av annonsøren selv, og NTpF garanterer ikke for produktet.

redaktørens spalte

BEREDSKAPSPLAN FOR HELSE?

Høsten er over oss. For mange den vakreste av alle årstider, med sine flotte farger, sin friskhet og sitt gylne lys. Men alltid med et stenk av vemod og melankoli, en påminnelse om at kaldere og hardere tider er i vente, og en vinter man aldri vet hva kommer til å bringe. Men de av oss som er bosatt i Norges sørlige del, har i hvert fall fått ladet batteriene og tilfredsstilt hungeren etter sol og sommer. Så får det komme det som kommer.

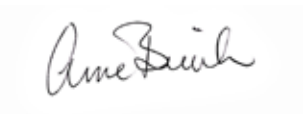
2018 er et mellomår i politikken. Det setter også sitt preg på den politiske debatten, som på sensommeren og høsten har vært preget av enkeltsaker som kanskje ikke alltid får noen innvirkning på folks hverdag, men som vekker undring og til dels byr på underholdning. Men noe har også en alvorlig undertone, som høringen i Stortinget om landets beredskap i krisetider. Sju år etter 22. juli er det fortsatt store mangler i den nasjonale beredskapen.

Langsiktig planlegging og å sette seg langsiktige mål er en vanskelig øvelse, ikke minst for politikere som skal styre pengebruken og gjøre flest mulig til lags. Store og kostbare nasjonale sikringstiltak for kriser vi ikke en gang vet om kommer, skal settes opp mot mer kortsiktige og tydeligere behov. Blant disse er behov innen helsesektoren og eldreomsorgen.

Er beredskapen innen disse områdene god nok? Både på kort og lang sikt? Ikke bare kriseberedskapen, men den generelle? Klarer vi å avsette ressurser til den bebudende eldrebølgen og planlegge godt nok for den? Eller vet vi i det hele tatt at den kommer? Jeg hørte nylig en forsker som hevdet at «bølgen» vil ha mindre kraft enn tidligere antatt. Det blir flere eldre, det er et utvilsomt faktum, men ifølge forskeren vil disse eldre være mye friskere og mer vitale enn vi tidligere har antatt, og vil dermed klare seg selv bedre og med mye mindre hjelp enn antatt. Dermed blir det ikke bruk for så store ressurser som planleggerne til nå har tatt høyde for.

Jeg håper han har rett. Det gjør fremtiden mindre skremmende for oss som har passert et halvt århundre. Uansett er forskning, vurdering av fakta og planlegging for fremtiden viktig, enten det gjelder nasjonale beredskap eller «bare» helsesektoren. Sånn sett håper jeg våre nasjonale politikere kan fokusere først og fremst på kompromisser og fremtidsrettede, konstruktive løsninger fremfor å bruke tiden på forpostfektninger med fokus på motsetninger frem mot neste års kommunevalg.

Jeg ønsker alle en fredfull og berikende høst.



Arendalsuka – «til ettertanke i ei urolig tid»

Sommar og ferie, med sol og varme, fjell og sjø, er over og arbeidsdagen er tilbake for dei fleste. Fridagar og late dagar gjer oss godt, men det er fint å kjenna på gleda over at det faktisk er greitt å vera attende.

Arendalsuka er akkurat lagt bak oss, og har fått mykje merksemd. «Uka» har gitt ein mjuk overgang frå fritid til jobb, med lange og spennande dagar blant ca. 70.000 menneske med ulik bakgrunn og grunn for deltaking. Her blir alt servert som kan skapa fagleg og politisk engasjement gjennom utveksling av synspunkt og samtaler med politikarar, ulike organisasjonar og andre. Difor er det viktig at Tannpleierforeininga er til stades. Nyttige politiske kontaktar blir oppretta, der er formidling av politiske synspunkt gjennom ulike debattar og dialogar, og ein kjenner seg meir opplyst når ein drar frå Arendal enn når ein kom.

Visjonen for veka kan applauderast: «Arendalsuka er partipolitisk uavhengig og har som mål å styrke troen på politikk og politisk debatt. Arendalsuka vil på denne måten bidra til å styrke kraften i vårt levende demokrati.»

Mi oppfatning er at arrangementet strekkjer seg etter desse store orda og i stor grad møter visjonen. Det kjennes spesielt viktig når vi veit at desse verdiane blir motarbeida av parti som får auka oppslutning i land i vår nærleik. Ifølgje arrangøren skal viktige og aktuelle tema løftast fram gjennom debattar og samtaler. Fagfolk frå inn- og utland og markante politikarar samlast for å setja ulike tema inn i større perspektiv, temaer som vert debattert mellom fagfolk og politikarar , og med publikum. Eit flott prinsipp om gratis tilgang for alle på kunnskap om samfunnet vert lagt til grunn for desse dagane. Difor er alle arrangement gratis, og restaurantar, hotell og private som leiger ut hus, blir oppmoda til å visa måtehald når det gjeld prisar. Dette gjer at dugnadsånd og fellesskapet i stor grad pregar det som skjer. Gjennom et stort antall stands får ulike frivillige-, yrkesorganisasjonar og politiske parti markert seg og kjem i tett dialog med folket. Delta er representert med standplass der vi yrkesorganisasjonar har høve til å stå på stand enkelte dagar og kan marknadsføra yrke og organisasjon.

På frokostmøta viste ulike yrkesorganisasjonar i Delta seg fram med fagleg presentasjon og politisk debatt. Kost- og ernæringsforbundet saman med Oppvekst markerte seg i år med tema kosthold i barnehagen. Tema fekk stor oppmerksomheit i media, og vart mykje diskutert i løpet av veka.

Arendalsuka er ein av mange demokratifestivalar i Europa. Blant andre Almedalsveckan i Sverige og Folkemøde på Bornholm i Danmark er tufta på same plattform. Almedalsveckan, som vart etablert av Olof Palme i 1968, har gitt inspirasjon til desse møteplassane i Norden. Den blir sett på som verdens største demokratiske møteplass for samfunnsspørsmål. Norge har tatt etter og etablerte si eiga veke.

Tannpleierforeininga ser fram til at ulike aktørar på tannhelsefeltet kan vera til stades og marknadsføra seg sjølv og fagområdet. Kanskje ser vi kompetansesentra og den fylkeskommunale tannhelsetenesta i Arendal i 2019?

Avgangskull Tannpleierutdanningen i Oslo

I juni ble kandidatavslutningen for avgangskullet ved Tannpleierutdanningen i Oslo avviklet, som tradisjonen er, i Universitets aula. Som alltid gir den vakre aulaen en særskilt høytidelig dimensjon til seremonien når familie, venner, ansatte og kandidater er samlet for å hylle årets avgangskull.

Nytt av året var at koret Cordis Vocalis var invitert til å synge i seremonien. Sammen med Universitets symfoniorkester, mezzosopran Hildegunn Coucheron og pianist Åse Mathiesen Palm, ga koret kandidatavslutningen en spesielt vakker musikalsk ramme til stor glede for en fullsatt aula.

En verdig og stilfull avslutning for tannpleierstudentene som nå er klare for å gå ut i aktiv yrkesutøvelse.

Nordental 2018

Den norske tannlegeforenings landsmøte avvikles i år i dagene 4-6. oktober. Sted er Norges Varemesse på Lillestrøm, lett tilgjengelig fra Gardermoen og fra Oslo. I tilknytning til landsmøtet avvikles også fagdagene med en lang rekke foredrag, og Norges største dentalutstilling, Nordental. NTpF har også som vanlig informasjonsstand på messen, hvor det er mulig å stikke innom og treffe kolleger. Mange av foredragene er også aktuelle for tannpleiere. Påmeldingen er åpnet, og arrangementet har også en egen Facebook-side hvor man kan følge aktuelle nyheter og oppdateringer. Mer info på www.tannlegeforeningen.no.

NTpF på Arendalsveka

NTpF-leiar Hilde Aga var saman med andre leiarar av yrkesorganisasjonane i Delta til stades på deler av Arendalsveka i august i år. Dei var med på paneldebattar og dialogmøte, og marknadsførde blant anna yrkesgruppene på Delta-stand. Meir informasjon frå «uka» kjem i neste nummer av Tannstikka.

Ønsker du ikke å stå oppført i denne oversikten, er det fint om du sender en melding om dette til ntpf@delta.no – senest innen fristen for bidrag til bladet.

40 år

Torunn Mjelde, Hamar
Mona-Kristin Holter, Andenes

50 år

Nina J. Opheim, Skedsmokorset
Mai Britt Ulviksbakken, Hemsedal
Birgit Jeanette Solbjør, Deknepollen

- Dette er en milepæl for Tannpleierutdanningene i Europa, sier leder i Norsk Tannpleierforening Hilde Aga om European Dental Hygienist Federation (EDHF) sitt arbeid om å utarbeide utdanningsplan for tannpleierutdanningene i Europa. Dette er viktig for å videreutvikle utdanningene.

På ADEE-møte i Oslo: Fra venstre: Hilde Aga, James Field, Kerstin Öhrn og Yvonne Nyblom.

JOBBER FOR FELLES UTDANNINGSPLAN

Tekst og foto: Siv M. Bjelland, Delta

- Dette handler om hvordan vi kan fremme tannhelsen i Europa gjennom utdanningen av vår yrkesgruppe, sier NTpF-leder, Hilde Aga.

Bakgrunnen er at det i 2016 ble nedsatt en ekspertgruppe fra EDHF, som har arbeidet med å utvikle utdanningsplan på bachelornivå. Av 25 land i Europa som har etablert tannpleierutdanning, har 13 land krav om bachelor i tannpleie.

Formålet er å styrke tannpleieryrket gjennom å identifisere felles standarder for tannpleie, praksis og utdanning, støtteordninger for å gjøre tannpleiebehandling tilgjengelig og å fremme oppmerksomheten rundt munnhelse og generelle forebyggende helsetiltak.

Ekspertgruppen har blitt ledet av professor og tannpleier Kerstin Öhrn (Sverige) og hatt følgende medlemmer: Agnes van Boxtel (Nederland), Bo Danielsen (Danmark), Julia Davies (Sverige), James Field (Strorbritannia), Martin Fugill (Storbritannia), Yvonne Howell (Irland), Henrique Luis (Portugal), Olivia Marchisio (Italia).

– POSTITIVE REAKSJONER SÅ LANGT

Lederen i EDHF er Yvonne Nyblom, som også er leder i Sveriges Tandhygienistförening, ledet møtet i regi av ADEE i Oslo.

– Hvordan var reaksjonene da du la fram dokumentet?

– Det var veldig positivt. De som var her så allerede hvordan man kan anvende dokumentet og ga uttrykk for at de synes det speiler yrkesområdet godt. Man må forstå at det er et dokument som handler om en utdanningsstruktur. Hvert land regulerer selv utøvelsen av yrket. Hva behøver en tannpleier av utdanning for å utøve yrket? Det er dét dokumentet handler om, sier Yvonne Nyblom.

Nå skal Nyblom jobbe videre med å samle inn resten av reaksjonene og gjøre ferdig et strukturdokument, som skal vedtas på EDHFs generalforsamling i Israel i oktober. En artikkel om strukturen, skal publiseres i Journal of Dental Education.

– Husk at det er et levende dokument, det vil komme i nye versjoner, sier Nyblom.

Hilde Aga er fornøyd både med at det kommer en felles struktur og at det legges til grunn at utdanningen skal være på bachelor-nivå.

– Vi må ikke være beskjedne, dette er en milepæl for EDHF, for våre pasienter og for tannpleierutdanningene i Europa, sier Aga som retter en spesiell takk til gruppens medlemmer for det store arbeidet de har nedlagt.

NYHET!

Nå i 3 størrelser!

Spør etter den på ditt APOTEK!

G·U·M® SOFT-PICKS® ADVANCED

AVANSERT rengjøring mellom **ALLE** tennene!

SMALL MEDIUM LARGE

Sunstar | Tel 909 84154 | info@se.sunstar.com | SunstarGUM.no

Tilrettelagt tannhelsetilbud:

Erfaringer med tverrfaglig behandling av pasient

med sammensatt odontologisk og psykologisk problematikk

Hensikten med denne kasuspresentasjonen er å gjøre TOO-tilbudet kjent for tannleger og tannpleiere, samt å peke på utfordringer knyttet til et større behandlingsforløp i narkose som involverer ulike fagdisipliner. Presentasjonen tar spesielt for seg den delen av TOO-behandlingen der eksponeringsterapi brukes som et verktøy. Dette blir eksemplifisert med en mann på 43 år som har Asperger syndrom, odontofobi og et ønske om rehabilitering av tannsettet.

Helena.O. Haugbo, tannlege.
Sykehustannklinikken v/TAKO-senteret, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lillian Rydning, psykolog. Tidligere ansatt ved TkØ
Jorun Torper, tannlege. TkØ og universitetslektor ved Universitetet i Oslo

Artikkelen er først publisert i Norsk Tannlegeforenings Tidende april 2018. Gjengis med tillatelse.

Fig. 1

Tannhelsetjenestens kompetansesenter øst (TkØ) har et tilrettelagt tannhelsetilbud til pasienter som har blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi (TOO). De tverrfaglige teamene som arbeider med denne målgruppen kalles TOO-team. Det finnes tilsvarende team tilknyttet alle de seks regionale odontologiske kompetansesentre (ROK). Teamet har spesialiserte fagpersoner som tilbyr behandling basert på kognitiv atferdsterapi (KAT) med utgangspunkt i eksponeringsterapi. I Oslo har det regionale TOO-teamet hatt et samarbeid med Sykehustannklinikken ved Lovisenberg Diakonale sykehus (TAKO-senteret) om pasientbehandling. I kasuistikken som legges frem, ble pasienten henvist dit for sanering i narkose.

I denne kasuistikken ønsker vi å løfte frem sårbare pasienter og utfordringer knyttet til behandling av denne pasientgruppen. Det kan være mange ulike årsaker til sårbarhet hos pasienter, fra psykiske lidelser til for eksempel negative erfaringer med andre mennesker, tidligere traumer, tortur eller overgrep.

Her illustreres dette med en pasient som har diagnosen Asperger syndrom kombinert med en traumatisk barndom. Asperger syndrom kjennetegnes blant annet av vansker med å forstå andre menneskers følelser, intensjoner og kroppsspråk. Dette kan gjøre tannbehandlingssituasjonen vanskelig fordi risikoen for misforståelser mellom behandler og pasient øker (1). Selv om pasienter med Asperger syndrom generelt sett blir sett på som «høyt fungerende» sammenliknet med andre pasienter i autismespekteret, er det stor variasjon og bredde på symptomer og funksjon. Asperger syndrom er 3-10 ganger hyppigere hos gutter enn hos jenter. Avhengig av diagnosekriteriene er det 1 av 250 barn eller 1 av 10.000 barn som får Asperger syndrom.

Forfatterne ønsker å synliggjøre betydningen av å identifisere og håndtere sårbarheter som kompliserer et behandlingsløp. Noen av utfordringene ved tverrfaglig samarbeid, både odontologisk og mellom ulike helseinstitusjoner, blir belyst i denne kasuistikken.

KASUISTIKK – INTRODUKSJON

Våren 2015 ble en 43 år gammel mann henvist fra en privatpraktiserende tannlege til TOO-teamet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ).

Pasienten var somatisk frisk og var blitt diagnostisert med Asperger syndrom (F84.5) hos psykolog i sitt hjemland.

Pasienten oppfylte også kriteriene for spesifikk fobi/odontofobi (F40.2).

Ved inntak hos psykolog ved TOO-teamet fortalte pasienten at tannbehandling oppleves som tortur. Konsekvensen var unngåelse av tannbehandling, bortsett fra akutt tannbehandling. Pasienten hadde opplevd omfattende omsorgssvikt og vold i barndommen og hadde ingen kontakt med familien. Pasienten er akademisk utdannet. All kommunikasjon foregikk på engelsk.

Samtykkeskjema på engelsk ble formidlet til pasienten og samtykke innhentet fra pasienten før kasusbeskrivelsen ble påbegynt.

Angst med påfølgende unngåelsesatferd er sentralt i fobier. For å motvirke angst har mange pasienter behov for å vite nøyaktig hva som skal skje på forhånd, ofte ned på detaljnivå. Negative erfaringer fra tidligere behandling var med på å øke pasientens opplevelse av tannbehandling som skremmende og uforutsigbar. I tillegg til angstbehandling hadde pasienten også behov for et tannbehandlingstilbud på tvers av institusjoner og fagspesialiteter. Han hadde blant annet behov for å få sanert tenner og rotrester (figur 1 og 2) og for å få satt inn implantater for manglende tenner hos spesialist i privat praksis.

Odontologiske diagnoser: karies og apikal periodontitt.

Behandlingsplan for tenner:

Ekstraksjon 17, 15, 14, 13, 23, 35, 36, 37, 46, 47, 48 og konserverende behandling av resttannsettet i narkose. Deler av den konserverende behandlingen ble utført i våken tilstand som en del av eksponeringsterapien.

Videre rehabilitering av tannsettet var planlagt hos henvisende tannlege i samarbeid med spesialist i kirurgi.

Fig. 2

BEHANDLINGSFORLØP

Behandlingsforløpet er illustrert i figur 3 og kan i prinsippet representere et hvilket som helst forløp i TOO-prosjektet. Før eksponeringsterapi kan påbegynne er det en forutsetning at pasienten ikke har akutte tannsmerter. Pasienten hadde ikke akutte tannsmerter, men å fjerne rotrester var utenkelig uten generell anestesi. Pilene i figur 3 viser forløpet fra henvisende tannlege, videre gjennom behandlingen hos TOO-teamet, narkosebehandling, spesialistbehandling og tilbakeføring til henvisende tannlege. Seanser med ulike behandlere og tilknyttet støttepersonell er merket i figur 3.

Pasienten tar kontakt med tannhelsesekretær ved TOO og settes på venteliste til inntakssamtale hos psykolog. Etter tre psykologtimer starter eksponeringsterapi hos tannlegen ved TOO. Parallelt med eksponeringsterapi står pasienten på venteliste til narkose ved sykehustannlege (S-tannlege) og støttepersonell (SP= tannhelsesekretær, anestesilege, anestesisykepleier, postoperativ sykepleier). Etter narkosen trenger pasienten debriefing hos både tannlege og psykolog hos TOO. Deretter forbereder TOO-tannlege pasienten til overføringskonsultasjon hos ekstern spesialist og senere til henvisende tannlege, med deres tannhelsesekretærer.

OPPSTART HOS PSYKOLOG

Psykolog tilknyttet TOO-teamet har ansvar for å kartlegge pasientens psykiske helsetilstand, klargjøre pasienten for eksponeringsterapi og vurdere eventuelle psykologiske differensialdiagnoser.

Ved inntak hos psykolog hadde pasienten flere negative erfaringer med helsepersonell bak seg, og hadde selv lite håp

>>>

HOVEDBUDSKAP

- *Sårbare pasienter kan ha et stort behov for et tilrettelagt tannhelsetilbud.*
- *Et godt tannhelsetilbud til denne gruppen innebærer tidkrevende oppfølging og at man har interesse for og ressurser til å jobbe tverrfaglig.*
- *Narkose er ikke alltid en rask vei til målet og begrenser hva som er mulig å gjennomføre av teknikksensitiv tannbehandling.*
- *Det er en stor mangel på litteratur om postoperativ oppfølging etter tannbehandling i narkose hos voksne pasienter med psykologiske utfordringer.*

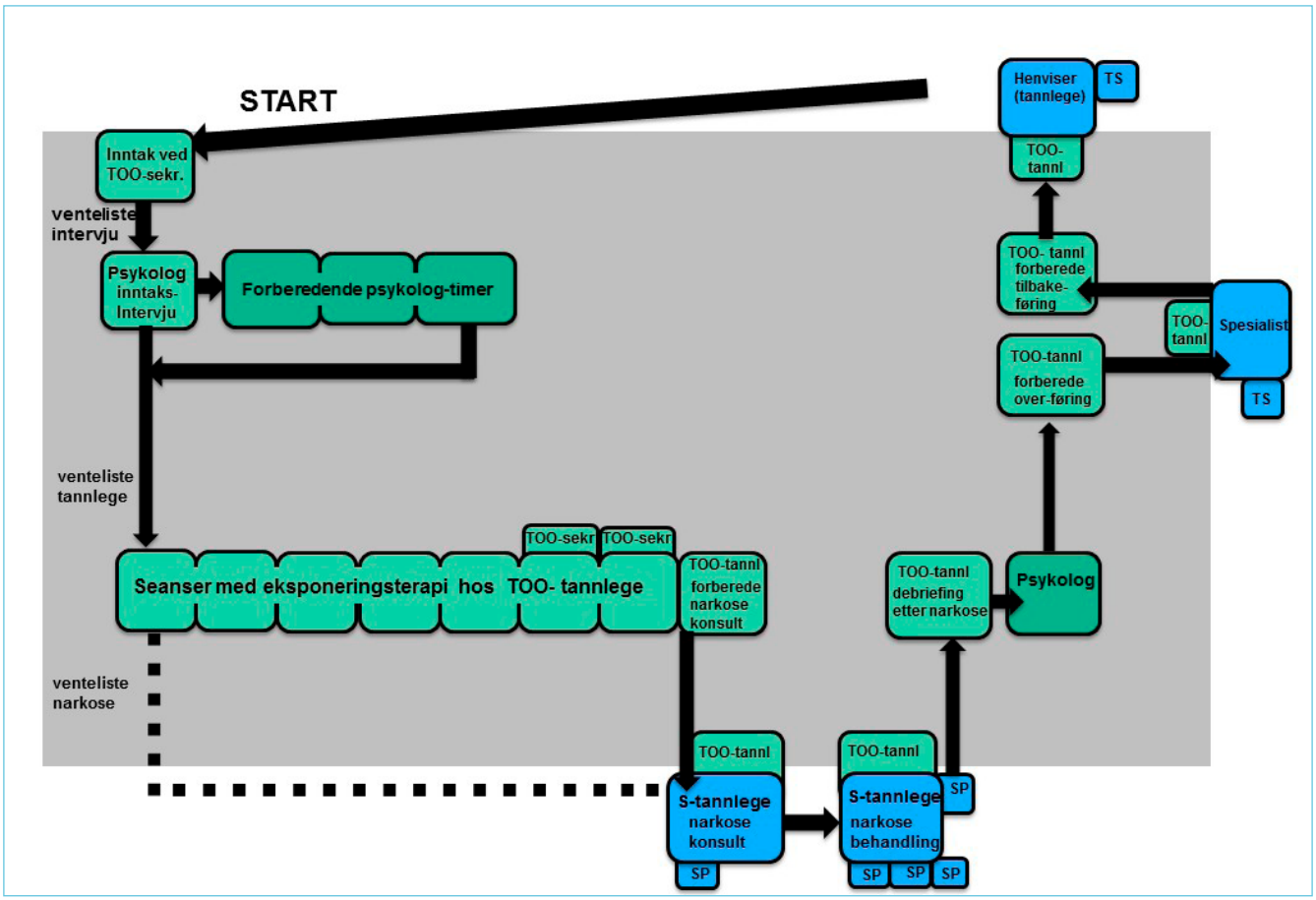


Fig.3

om bedring. Som del av relasjonsbyggingen ble det derfor lagt vekt på å vise at pasientens tidligere erfaringer ble tatt på alvor. Pasienten fikk også fortløpende forklart hensikten både med det behandler gjorde og spørsmålene som ble stilt. Ingen kommunikasjon mellom pasient og behandler ble overlatt til kroppsspråket da det særlig kan misforstås hos pasienter med Aspberger syndrom.

For å redusere pasientens uttalte opplevelse av håpløshet, ble forskjellene mellom tidligere tannbehandlingserfaringer og planlagt behandlingsforløp hos TOO fremhevet. Pasienten ble også gitt informasjon om prinsippene for eksponeringsterapi. Det ble understreket at eksponeringen skulle foregå i små kontrollerte trinn, på en planlagt og forutsigbar måte, hvor pasienten skulle ha kontroll hele veien. Dette fikk moderert pasientens oppfatning av seg selv som et håpløst tilfelle, slik at han var villig til å gi behandlingen en sjanse.

EKSPONERINGSTERAPI SOM VERKTØY

Etter tre innledende psykologtimer fulgte psykologen pasienten til første time hos TOO-tannlegen. I denne timen var fokuset på relasjonsbyggingen til tannlegen. Siste del av timen ble brukt til kartlegging av pasientens reaksjoner på ulike prosedyrer og stimuli hos tannlegen, vist i figur 4.

Det ble tidlig bekreftet at ekstraksjon lå utenfor pasientens toleranseevne. Pasienten ble derfor henvist til TAKO-senteret for å få utført dette i narkose. På grunn av flere måneders ventetid ble det planlagt å gjennomføre eksponeringsterapi i ventetiden og lagt en forutsigbar plan for de kommende timene.

Neste time hos tannlegen ble innledet med psykoedukasjon. Forklaringsmodeller for angstreaksjoner, (3) eksponeringsterapi (4,5) og toleransevindu (6) ble tegnet, gjennomgått og individualisert til pasientens aktuelle situasjon. Dette artikkelformatet gir ikke rom for å beskrive teoriene eller den kliniske anvendelsen av samtlige forklaringsmodeller. Forfatterne velger derfor å se nærmere på mulig anvendelse av de mest sentrale teoriene.

Å befinne seg innenfor sitt toleransevindu vil si at individet er aktivert i optimal grad, slik at ny læring kan finne

>>>

BLOKKERER 92 % AV DENTINKANALENE

ETTER BARE 6 SKYLLINGER in vitro*[1]

Alkoholfrie Listerine® Professional Sensitivity Therapy,et munnskyll til bruk to ganger daglig, bygger på kaliumoksalat-krystallteknologi:

- Kaliumoksalat bindes til kalsium i spyttet, og krystaller dannes.
- Krystallene lagres dypt inne i eksponerte dentinkanaler.
- Krystallene bygges opp ved hver skylling, noe som gir en dyp, stabil og heldekkende forsegling av dentinkanaler.

Listerine® Professional Sensitivity Therapy kan brukes separat for langvarig beskyttelse,[2,3] eller i kombinasjon med tannkrem mot sensitive tenner.

Profesjonell munnpleie hjemme

Dette produktet skal ikke anbefales til pasienter med kjent nyresykdom, nyrestein eller malabsorpsjonssyndrom, eller til pasienter som har et høyt inntak av vitamin C (1000 mg eller mer per døgn).

1) Sharma D et al, 'A novel potassium oxalate-containing tooth desensitizing mouthrinse: A comparative in vitro study' Journal of Dentistry Vol 41 S4 2013 Pg S18-S27 2. Ved bruk 2 ganger daglig. 3. Relief of hypersensitivity DOF 4 – 2012, Combination Tubule Occlusion, DOF 2 – 2012. *Basert på % hydraulisk konduktansreduksjon. NO/LI/13-0070a(1)

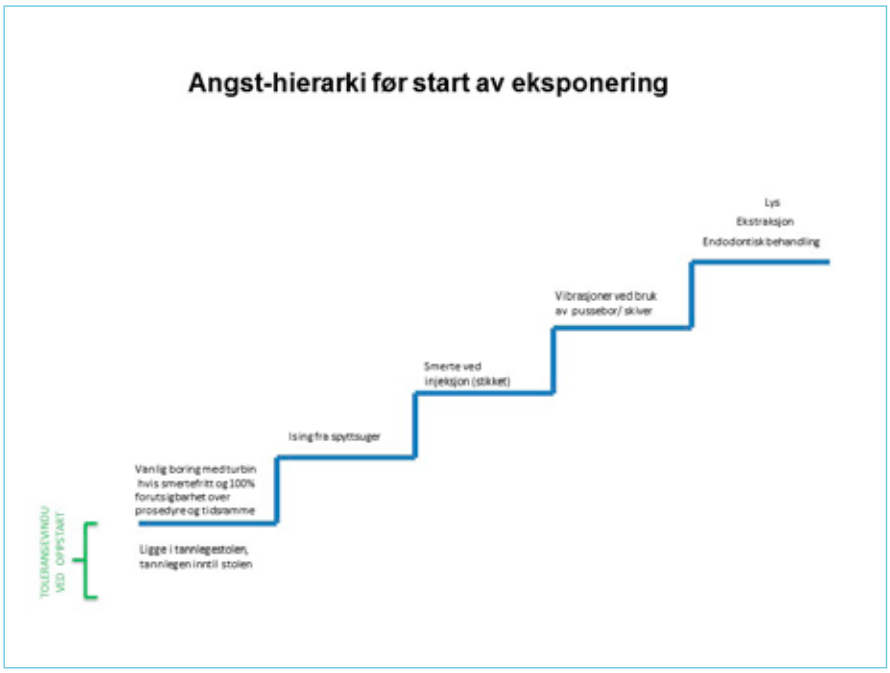


Fig.4

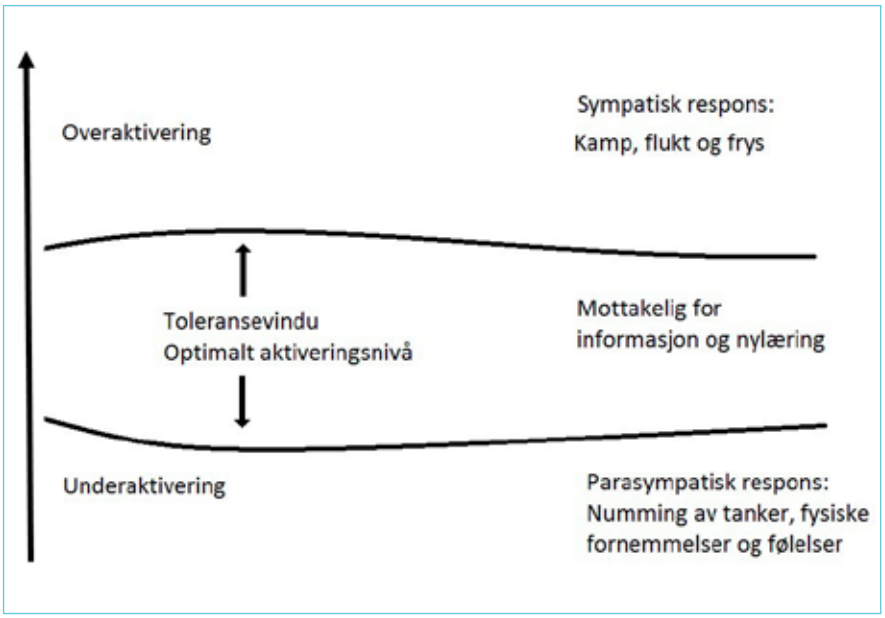


Fig.5

sted og pasienten tåler sine emosjonelle reaksjoner uten å bli for overveldet (6). Ved hyperaktivering er angsten høy og kroppen er sterkt aktivert. Ved hypo-aktivering er aktiveringen for lav og pasienten er ikke mentalt til stede i situasjonen. I begge disse tilstandene er det vanskelig å lære at tannbehandlings-situasjonen egentlig er trygg (7,8,). Det er derfor avgjørende at tannlege og pasient til enhver tid samarbeider om å kartlegge toleransevinduet og sørger for å holde pasienten innenfor dette under eksponeringen. Figur 5 viser en forenklet modell av toleransevindu. Ved oppstart var det å ligge i tannlegestolen og ha tannlegen i nærheten, det som lå innenfor pasientens daværende toleransevindu (figur 4).

I samtalen med pasienten ble det etablert klare spilleregler for hvordan eksponeringsterapien skulle foregå. Siden lys var den største angst-triggeren, fikk pasienten bruke solbriller eller sovemaske i behandlingsrommet ved behov. Pasienten hadde behov for å vite hvilke typer prosedyrer som skulle utføres, tydelig varsel ved skifte av prosedyre og nøyaktig varighet av det som skulle utføres. Pasienten ønsket imidlertid ikke informasjon om instrumenter, innholdet i selve prosedyrene eller å ha visuelt innsyn underveis i tannbehandlingen. Entydig start – og stoppsignal ble avtalt og testet ut i praksis.

Målet med eksponeringsterapien var å gjenopprette tillit til tannleger og redusere angst, blant annet gjennom å dele tannbehandlingen opp i oversiktlige og håndterbare delmål. Ved å holde pasienten innenfor toleransevinduet under eksponeringen og lære ham mestrings-verktøy, kunne angsten reduseres i løpet av åtte sesjoner med eksponering (vist som 8 grønne firkanter i figur 3). Pasienten gjennomgikk trinnvis eksponering for alle prosedyrene som var nødvendige for å ivareta rest-tannsettet i fremtiden, inkludert anestesi, konserverende behandling, puss og rens.

For å øke pasientens opplevelse av

kontroll og trygghet, ble det til slutt utarbeidet en detaljert «bestillingsliste» over hva pasienten hadde behov for av tilpasninger og spilleregler hos fremtidige tannleger. I tillegg til lys-skjerming, og spillereglene om forutsigbarhet og kontroll nevnt ovenfor, presiserte pasienten i sin bestilling til fremtidige behandlere at det mest kritiske var å bli møtt med respekt, forståelse og empati. Et eksempel på en spilleregel, som også reflekterer de negative relasjonserfaringene pasienten tok med seg inn i behandlingsrommet, var: «Ikke kjeft på eller gjør narr av meg, spesielt hvis jeg avslører noe som er sårbart for meg.»

OVERFØRING TIL NARKOSE

Etter fem måneder ble pasienten innkalt til før-konsultasjon hos sykehustannlegen ved lokalsykehus. Pasienten hadde behov for følge av TOO-tannlegen til konsultasjonen, både som støtte ved gjennomgangen av spilleregler og for å sortere informasjonen gitt angående narkosen. Pasienten hadde behov for tett oppfølging av TOO-tannlegen via e-post for å få informasjon repetert på detaljnivå og svar på nye spørsmål. Dette var helt avgjørende for å dempe uro og uforutsigbarhet i ukene han ventet på narkosen. TOO-tannlegen holdt derfor tett kontakt med både sykehustannlege og de ulike behandlerne underveis. Siden pasienten ikke hadde pårørende, ba han også om å bli fulgt av TOO-tannlegen til narkosetimen. I døgnet etter narkosebehandlingen er det obligatorisk med tilsyn hjemme. Derfor bestilte han en privat sykepleier for å få tilsyn i døgnet etter narkosen.

NARKOSEBEHANDLING

Sedasjon og lystgass ble rutinemessig vurdert, men ble utelukket fordi det å være våken under tannekstraksjonene var for angstskapende. Pasientens største utfordring med narkosen var et fobisk forhold til det å skulle ha veneflon på hånden (venekateter), med bakgrunn i tidligere negative erfaringer. Pasienten ønsket å få veneflon først etter at narkosen var innledet. På grunn av utfordringer med tverrfaglig kommunikasjon og interne rutiner ble ikke dette hensynet tatt.

POSTOPERATIVT FORLØP

I etterkant av narkosen hadde ikke helsepersonell på sykehusets oppvåkning satt seg tilstrekkelig inn i pasientens anamnese og behov. Pasienten våknet derfor opp med veneflon i armen, noe han ikke var forberedt på. Det utløste en massiv angstreaksjon, slik at pasienten rev veneflonen ut av armen med påfølgende blødning og rømningsforsøk. Pasienten opplevde situasjonen som så traumatisk at det utløste et betydelig funksjonsfall, som varte i over 6 uker. I denne perioden opplevde han en betydelig symptomøkning, inkludert søvnvansker, mareritt, høy angstaktivering, isolering og påtrengende og skremmende gjenopplevelser av situasjonen. Sykehustannlegen forsøkte å henvise pasienten til psykolog ved sykehuset, men pasienten fikk avslag. TOO-tannlegen holdt aktiv kontakt med pasienten via e-post, og fikk til slutt pasienten til å møte til debriefing hos TOO-tannlegen, med etterfølgende konsultasjon hos psykolog ved TOO.

Tre måneder senere ble pasienten fulgt av TOO-tannlege til overføringskonsultasjon hos implantatkirurg. «Bestillingslisten» ble gjennomgått i detalj og denne gangen ble pasientens spilleregler fulgt, slik at han mestret den kirurgiske behandlingen uten traumatisk etterslep. Han ble senere fulgt av TOO-tannlege tilbake til henvisende tannlege, hvor han presenterte sine spilleregler med verbal støtte fra TOO-tannlegen. Det har totalt gått ett år fra henvisning ble mottatt til pasienten kunne påbegynne implantatbehandling hos henvisende tannlege.

DRØFTING

En trygg og god relasjon er bærebjelken i all pasientbehandling. Det kreves ofte mer tid å bygge en god og tillitsfull relasjon til pasienter med sammensatt problematikk enn til andre. Denne kasusrapporten er ment som et eksempel på hvordan sårbare pasienter kan ha nytte av å bli fulgt av samme behandler over tid, og bistand ved overføring til nye behandlere (henvisende tannlege/ paraplytannlege).

Pasienter som skal motta tverrfaglig tannbehandling på tvers av institusjonene har i dag ikke krav på en koordinator. I forskrift om habilitering og rehabilitering (9) står det at pasienten har krav på en koordinator i primærhelsetjenesten. Hjelp til tannbehandling er forankret ulike steder i helsetjenesten. For en pasient kan det være en stor barriere å forstå hvor i systemet man skal ta seg frem, spesielt dersom hjelp til tannbehandling begynner i primærhelsetjenesten og på et senere tidspunkt ender i spesialisthelsetjenesten. For pasienter med behov for et tilrettelagt tilbud ville en koordinator kunne vært med på å hindre situasjoner som det vår pasient opplevde. En koordinator kan samtidig være en nøkkelperson for pasienten som kan skape bedre pasientflyt, et mest mulig effektivt behandlingsforløp og sikre kvaliteten på tannhelsetilbudet (10).

Behandlingen av denne pasienten var tidkrevende. Angstbehandlingen i TOO–teamet kan ofte omfatte inntil 10 sesjoner. Omfanget av den odontologiske behandlingen varierer mellom individer. Ofte dreier deg seg om et oppsamlet behov med kompliserte odontologiske problemer som vil kreve flere sesjoner. Skal pasienten oppnå en varig, god tannhelse mener vi at disse ressursene må til. På en annen side er det slett ikke alle pasienter som vil kreve like mye.

Kombinasjonen av vansker i sosiale settinger som et resultat av grunnlidelsen, sterk angst, følsomhet for vanlig stimuli i tannlegesettinger og et sterkt behov for forutsigbarhet gjorde denne pasienten sårbar i tannbehandlingssituasjonen. Slik sårbarhet kan bli en kompliserende faktor i møte med et tverrfaglig behandlingsapparat. Det er behov for at alle som

>>>

>>>

Fig.6

er involvert i behandlingen setter seg inn i pasientens problematikk på forhånd. Dette inkluderer å sette seg inn i både journal, eventuelle informasjonsskriv om hva pasienten har behov for, eventuelle diagnoser og hvordan disse gir seg utslag hos den aktuelle pasienten. Spesielle behov kan ofte bli utfordrende å ivareta i et stort sykehusmiljø. Stor variasjon i hvilket og omfanget av helsepersonell som er på vakt kan øke risikoen for svikt i informasjonsutveksling, med potensielt store konsekvenser for pasienten. Denne kasusbeskrivelsen viser hvor viktig det er å kvalitetssikre og kalibrere det tverrfaglige samarbeidet, spesielt i møte med sårbare pasienter. Målet bør være å hindre at behandlingen oppleves som traumatisk og begrense unødvendig bruk av ressurser.

Kasusbeskrivelsen peker på et behov for utvidet kompetanse blant allmenntannlegene og annet helsepersonell når det gjelder pasienter med sammensatte problemer. Tannbehandling av voksne med psykiatridiagnoser krever odontologisk og medisinsk tverrfaglighet, og helst etablerte nettverk av behandlere med erfaring med denne typen problematikk. Narkosebehandling er ikke en enkel løsning, og kan innebære flere mulige fallgruver knyttet til tverrfaglig samarbeid og informasjonsflyt. Psykologiske vurderinger i planleggingen av narkosebehandling bør tas med, og behandlende tannlege i narkose bør ha kjennskap til sykehusets prosedyrer og personell. Kommunikasjon mellom henvisende tannlege og alle involverte behandlere er ønskelig for å avklare endelig behandlingsmål og ansvarsfordeling. Fra et odontologisk perspektiv bør det fremheves at teknikksensitiv og avansert tannbehandling (for eksempel endodontisk behandling av 7´ere, presisjonsavtrykk og bittregistreringer) er en stor utfordring i narkose. I tillegg vil langvarig narkosebehandling øke de medisinske risikofaktorene og bivirkninger i etterkant. Vår erfaring er at angstbehandling bør være forsøkt gjennomført før narkose vurderes, blant annet fordi narkosen også kan være psykologisk belastende (11,12). Tannbehandling i narkose på pasienter med kjente psykologisk traumer er ikke beskrevet spesifikt i litteraturen (13).

REFERANSER

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed., text rev. Washington, DC: Author. 2000.
2. Shahnavaz S. Tandvårdspsykologi. Lund: Student Litteratur AB; 2012.p. 160.
3. Öst L-G, Skaret E, editors. Cognitive Behaviour Therapy for Dental Phobia and Anxiety, 1th ed.John Wiley & Son; 2013. p. 119-34, p. 44.
4. Rosquist J. Exposure Treatments for Anxiety Disorders.New York: Taylor & Francis Group; 2005. p.56.
5. Appukuttan Deva Priya. Stategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: litterature review. Clin Cosmet investig Dent. 2016; 8: 35–50.
6. Ogden P, Minton K & Pain C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: W. W. Norton; 2006. P. 26–40.
7. Siegel DJ. Devoloping Mind, 2nd ed. New York: Gulford Publications; 2012. P. 281–3.
8.Braarud H, Nordanger DØ. Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2014; 51: 530–6.
9. Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16 desember 2011 nr.1256. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256
10. Bjørkvik J. Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst.Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126:350-4.
11. AcetoP, Perilli V, LaiC, Sacco T,Ancona P, Gasperin E,Solazzi L. Update on post-traumatic stress syndrome after anestesia.Eur Rev Pharmacol Sci.2013; 17:1730-7.
12. Rattray JE, Hull AM. Emotional outcome after intensive care: litterature review. J Adv nurs 2008; 64: 2–13.
13. Telefonintervju av Dag Øystein Nordanger 29. sept. 2016.

Korresponderende forfatter: Helena.O. Haugbo, Sykehustannklinikken v/TAKO-senteret Lovisenberg Diakonale Sykehus, Lovisenberggata 17, 0440 Oslo.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Er du oppdatert på det nyeste innen medisinskteknisk utstyr?

EMS: Skånsom behandling som gir ett flott resultat.

GUIDED BIOFILM THERAPY®

Besøk vår stand på NTFs Landsmøte: B01-24 og se det siste nye innen moderne tannbehandling.

Kontakt oss om du har spørsmål.
W&H Nordic AB, Linda Kjølstadmyr mobil: 40053691, e-post: lk@whnordic.no

EMS
MAKE ME SMILE.

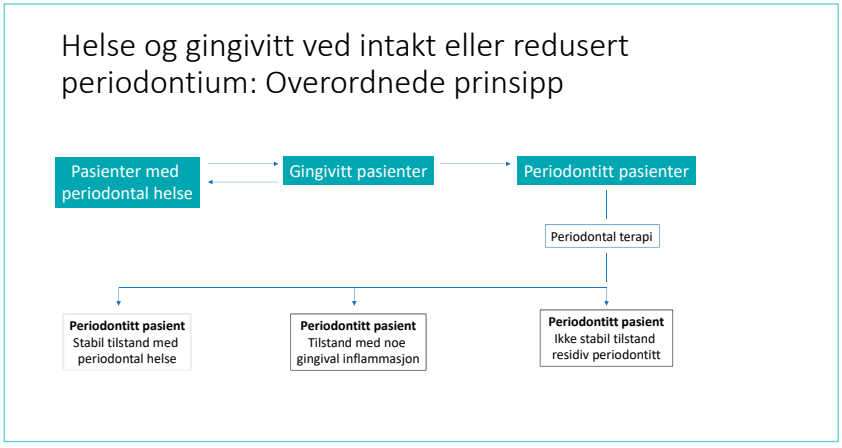
NY KLASSIFISERING AV PERIODONTALE OG PERI-IMPLANTALE SYKDOMMER OG TILSTANDER

Den europeiske foreningen for periodonti (EFP) har sammen med den amerikanske (APA), laget nye klassifiseringer av periodontale og peri-implantale sykdommer og tilstander. World workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions ble avholdt i Chicago i fjor sommer, og først nå ble de nye retningslinjene publisert. Tanken er at disse skal erstatter de gamle kriteriene fra world workshop i 1999.

Artikkelen er hentet fra Perio insight 7 – Spring 2018. Denne artikkelen kan lastes ned fra www.efp.org/perioinsight. For mer informasjon anbefales nettsiden http://perio.org/node/876. Oversatt og tilrettelagt for «Tannstikka» av tannpleier Ragnar Håkstad

Det er spesielt to store endringer fra 1999 som er viktige. Det ene er at diagnosene kronisk og aggressiv periodontitt er byttet ut med stadier og grader. Det andre er at peri-implantat sykdommer og tilstander er inkludert i kriteriene.

110 eksperter fra hele verden fordelt på 4 arbeidsgrupper jobbet for å oppdatere de gamle retningslinjene slik at de samsvarer med ny forståelse og forskning. Resultatet ble retningslinjer for å kategorisere de fire områdene; helse, periodontitt i stadier og grader, annen periodontal påvirkning og peri-implantat sykdommer og tilstander.



1. DEFINISJON AV HELSE, GINGIVAL SYKDOM OG TILSTANDER

Målsettingen for arbeidsgruppe 1 ble å gi en tydelig definisjon på gingival helse fra både et histologisk og et klinisk perspektiv.

Forrige klassifisering inneholdt ingen beskrivelse av friske forhold og gruppen mente at dette burde være et naturlig utgangspunkt om man ønsket å definere sykdom. Tidligere klassifiseringer ble også oppfattet som unødvendig komplisert og omfavnet både predisponerende faktorer og påvirkende faktorer. For eksempel hadde den man tidligere en egen sykdomsklassifisering for «diabetes mellitus assosiert gingivitt» og «askorbinmangel-gingivitt».

Periodontiet har et bredt spekter av tilstander. Noen av disse påvirkes og preges av plakk biofilm, enten direkte eller indirekte. Andre tilstander er uten mikrobisk påvirkning. Dette ble et utgangspunkt for gruppen der man delte gingivale sykdommer i to grupper; de tilstandene som var indusert av plakkbiofilm og de som ikke var det.

Et viktig utgangspunkt for arbeidsgruppene var prinsippene at gingivitt er reversibelt og at utkomme av periodontal terapi fører til utfallene helse (av betydningen frisk tilstand), gingival inflammasjon eller residiv periodontitt .

KONSENSUS

Periodontal helse kan være spesifikt (områdedefinert) eller generelt (i hele munnen).

Periodontal helse kan eksistere både på intakt periodontium eller på et redusert periodontium.

Et intakt periodontium betyr at det ikke er tilstede tap av feste. Et redusert periodontium kan være med bakgrunn i enten periodontitt eller andre ikke-periodontitt relaterte tilstander (som for eksempel gingival resesjon, kroneforlengende kirurgi etc.).

Definisjonsspørsmål: Uberørt periodontium vs. klinisk helse?

Et periodontium helt uberørt av inflammasjon eksisterer sjeldent. Det skjer nemlig en histologiske inflammatoriske endringer allerede når tennene kommer frem hos nesten alle mennesker. Disse endringene skjer i det gingivale mikrovaskulære delene ved tann erupsjon og det er alltid en tilstedeværelse av inflammatoriske infiltrat. Dette ansees som en naturlig del av den normale immunitetsutviklingen og gir subtile kliniske inflammasjonstegn på spesifikke steder. Det er altså en naturlig utvikling og dermed må dette sees på som klinisk helse (friske forhold). Altså forekommer uberørt periodontium sjelden naturlig.

Klinisk helse i et intakt eller redusert periodontium hos en ikke-periodontitt pasient defineres med

< 10 % steder med blødning ved sondering (BoP) og lommedybdemål (PPD) på < 3 mm.

Intakt periodontium har altså ikke festetap, men tilstander med redusert periodontium hos en ikke-periodontitt pasient har festetap.

Etter en vellykket behandlet periodontitt er definisjonen på klinisk helse at man har lommedybder < 4 mm (samsvarer med begrepet «lukket lomme») og uten blødning ved sondering (BoP). Blødning vil være forenelig med høy risiko for residiv og ikke forenelig med helse. Dette vil igjen være en indikasjon på behandlingsintervensjon.

Gingivitt eller gingival inflammasjon?

Den største utfordringen for å oppnå konsensus i denne arbeidsgruppen ble å definere plakkindusert gingivitt hos pasienter med et redusert periodontium. Det var enighet i at periodontitt fører til irreversible skader og det vil alltid eksistere risiko for forverring. Etter periodontal behandling kan det være friske forhold forenelig med helse, som lav blødning ved sondering og grunne lommer < 3 mm, eller 4 mm uten BoP (altså lukkede lommer). Teknisk sett betyr gingival inflammasjon og gingivitt det samme. Det var enighet i at diagnosen periodontitt er livslang og at det kan være friske forhold eller gingival inflammasjon etter behandling. Men man ønsket å holde disse diagnosene skilt. Altså ble det konsensus i at man skal unngå å bruke diagnosen gingivitt for pasienter som allerede har hatt periodontitt. De som har hatt periodontitt kan altså ikke ha gingivitt, men man skal heller bruke definisjonen gingival inflammasjon.

En periodontittpasient kan ha steder med gingival inflammasjon og lommer på < 3 mm etter behandling, men slike pasienter trenger nødvendigvis ikke depurasjon ved tilbakevendende periodontitt, men heller hygieneoppfølging og profesjonell rens for å håndtere lokaliserte gingivale inflammasjoner.

En annen utfordring var i behovet for epidemiologiske studier som omfatter prevalens av periodontitt og klinisk protokoll for håndtering for å unngå overbehandling av vellykket behandling av periodontitt.

Terskelen for å definere helse i et redusert periodontium i en behandlet periodontittpasient ble satt til < 3 mm når det gjelder forskning. Mens det i klinisk praksis ble satt til < 4 mm (men uten BoP).

Gingivitt er kategorisert kun i et intakt eller redusert periodontium uten sykdommen periodontitt.

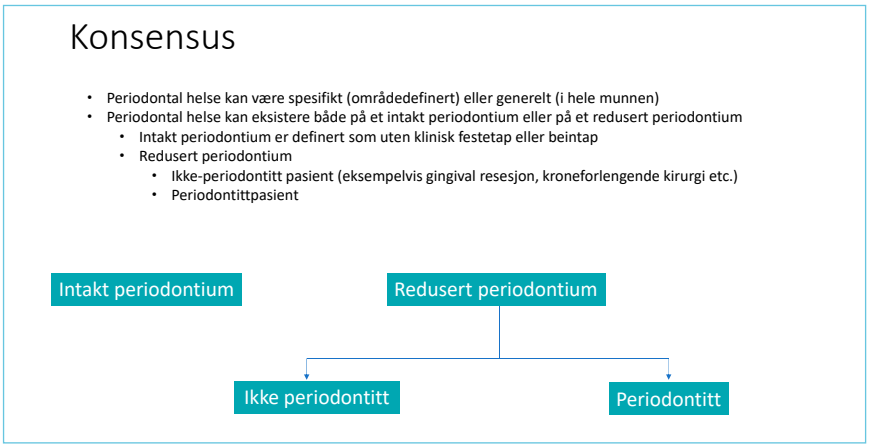
Gingivitt påvirkes av to faktorer. De predisponerende faktorer (lokale risikofaktorer) som fører til økt plakk akkumulasjon og fra modifiserende faktorer (systemiske risikofaktorer) som initierer den naturlige immuninflammatoriske responsen til plakk.

Ikke-plakk-indusert gingivale tilstander og lesjoner ble delt i åtte grupper. Disse ble videre skilt fra de ikke-plakk-induserte periodontale tilstandene: a) genetisk/ervervede, b) spesifikk infeksjon, c) inflammatorisk/immun, d) reaktiv, e) neoplastisk, f) endokrin, ernæringsrelatert eller metabolsk, g) traumatisk og h) pigmentrelatert.

Til sist ble det synliggjort et behov for å utvikle en ISO-standard, for

DE FIRE ARBEIDSGRUPPENE:

1. Klassifisering av periodontal helse og gingivale sykdommer og tilstander
2. Klassifisering av periodontitt i fire stadier og tre grader
3. Klassifisering av periodontale manifestasjoner av systemisk sykdom og utviklende og ervervede tilstander
4. Klassifisering av peri-implantat sykdommer og tilstander



konstant trykk på periodontale sonder. Uten en slik vil det være vanskelig å forholde seg til et fast millimetermål på kasusdefinisjoner

2. DEFINISJON AV PERIODONTITT FRA KRONISK OG AGGRESSIV TIL STADIER OG GRADER

Periodontitt er en kronisk multifaktoriell inflammatorisk sykdom assosiert med dysbiotisk plakk biofilm. Den karakteriseres med gradvis destruksjon av tenners festeapparat.

Klinisk kjenner vi sykdommen ved klinisk festetap, gingival blødning, registrering av dypere periodontale lommer og alveolart beintap på røntgenbilder.

Tidligere internasjonal klassifisering la til grunn en inndeling av periodontitt i to undergrupper; kronisk periodontitt (med en sakte til moderat progresjon) og en aggressiv periodontitt (en mer mangfoldig type som er svært destruktiv og som rammet i stor grad yngre mennesker. Denne ble tidligere klassifisert som tidlig ervervet periodontitt og rask progredierende periodontitt).

KONSENSUS

Arbeidsgruppen var i utgangspunktet enig i at det nåværende evidensmaterialet ikke støtter en deling mellom sykdommene kronisk periodontitt og aggressiv periodontitt.

Moderne kliniske dokumentasjonen peker på at sykdommens omfang og alvorlighetsgrad rammer ulikt for ulike aldersgrupper og at sykdommens omfang påvirkes av eksponering og/eller mottakelighet.

Ny forskningsbakgrunn peker på behovet for en klassifisering der kronisk og aggressiv bare kategoriseres under sykdommen periodontitt. Man ser nytte i å klassifisere sykdommen etter et to-dimensjonelt system basert på utviklingstrinn (steg) og grad av påvirkning.

Gjennom dette klassifiseringssystemet vil periodontitt diagnostiseres via kliniske funn som igjen konstaterer festetap. Deretter bruke en matriks som plasserer pasienten i sykdomsstadium og sykdomsgrad.

Inndeling av stadium antyder alvorlighetsgraden av sykdommen og forventet kompleksitet av sykdomshåndtering. Den omfatter også beskrivelse av sykdommens omfang og fordeling i tannsettet.

Graden gir i tillegg informasjon om biologiske kjennetegn ved sykdommen som også inkluderer sykdomsutvikling, graden av sykdomsprogresjon, risikovurdering, vurdering av behandlingsutkomme og en vurdering om sykdommen kan ha en negativ effekt på pasientens generelle helse.

4 STADIER AV SYKDOMMEN PERIODONTITT

Stadie I:
Svært tidlig stadie med klinisk festetap og beintap begrenset kun til den øvre koronale delen av tannens rotflate. Pasienten har ingen periodontal lommer og det er heller ingen tap av tenner på grunn av periodontitt.
Stadie II:
Periodontal destruksjon som rammer den koronale 1/3 av rotens lengde. Den karakteriseres med tilstedeværelse av moderate periodontale lommer (< 5 mm). Pasienten har ikke opplevd tap av tenner på grunn av periodontitt.
De to første stadiene kan behandles ikke-kirurgisk
Stadie III:
Avansert periodontitt med periodontal vevsdestruksjon over halve tannens lengde. En begrenset antall tenner kan være tapt og det forekommer furkasjonsinvolverte tenner med grad II eller III. Vertikale beindefekter er vanlig. Disse aspektene gjør behandlingen av periodontitt i dette stadiet komplisert og periodontal kirurgi er ofte nødvendig.
Stadie IV:
Økt alvorlighetsgrad og kompleksitet enn tidligere stadier. Økt tanntap (>5 tenner) og redusert bittfunksjon som ofte indikerer komplisert tverrfaglig behandling ut over vanlig periodontal behandling.

TRE GRADER AV SYKDOMMEN PERIODONTITT

Graderingssystemet definerer graden av sykdommens utvikling og tilstedeværelsen av risikofaktorer. Disse kan påvirke sykdomsprogresjon og pasientens respons på behandlingsterapi:
Grad A:
Lav grad av progresjon og pasienten har ingen kjente risikofaktorer.

Grad B: Forventet progresjon.

Grad C: Pasienten har helt klare risikofaktorer og det er stor risiko for

>>>

ANBEFALES AV DE SOM HAR KLART DET

Nicotinell

gsk

ENDELIG RØYKFRI MED Nicotinell®

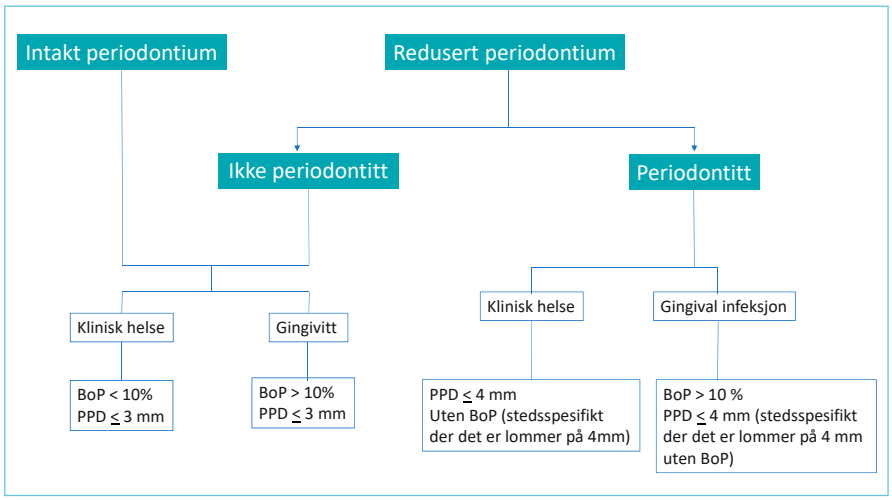
Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.

nicotinell.no

Nicotinell® plaster, tyggegummi og sugetablett er legemidler til bruk ved røykeavvenning. Nicotinell® tyggegummi og sugetablett er også hjelpemidler mot nikotinabstinens i røykfrie perioder. Brukes ikke ved graviditet eller amming. Ved alvorlig hjerte- og karsykdom skal Nicotinell® produkter kun brukes i samråd med lege. Nicotinell® produkter inneholder nikotin, og det kan være en viss tilvenningsfare. Les pakningsvedlegget før bruk. Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Norway AS Klaus Torgårdsvei 3, 0372 Oslo. www.nicotinell.no

CHNOR/CHNICOT/0028/16

>>>



periodontal sykdomsprogresjon.

Ved å kombinere disse definerte stadiene og gradene er tanken bak denne klassifiseringen at man kan individualisere behandlingen av eksisterende sekvensiell terapi og gjøre oss i stand til å bedre vurdere behandlingsresultat.

3. PERIODONTONTALE MANIFESTASJONER FRA SYSTEMISK SYKDOM, UTVIKLENDE OG ERVERVEDE TILSTANDER

Flere systemiske sykdommer kan påvirke oppstart og progresjonen av periodontitt, eller ha en negativ effekt på periodontiet. Det er en høy prevalens av mukogingivale tilstander og spesielt gingivale retraksjoner. Disse fører ofte til hypersensitivitet, karies og ikke-kariøse cervikale lesjoner på eksponerte rotflater. Ofte medfører det estetiske bekymringer og behandlingsbehov.

Okklusjonskrefter kan også føre til skader på tenner og det periodontale festeapparatet. Slike utviklende eller ervervede tilstander knyttet til tenner eller proteser kan også medvirke til periodontale sykdommer.

Arbeidsgruppe 3 tok utgangspunkt i klassifiseringene fra 1999 med tanke på disse sykdommene og tilstandene og utviklet kasusdefinisjoner og diagnostiske betraktninger.

Flere systemiske sykdommer kan påvirke oppstart og progresjonen av periodontitt eller ha en negativ effekt på periodontiet. Det er en høy prevalens av mukogingivale tilstander og spesielt gingivale retraksjoner. Disse fører ofte til hypersensitivitet, karies og ikke-kariøse cervikale lesjoner på eksponerte rotflater. Ofte fører de også med seg estetiske bekymringer.

Det er også kjent at okklusale krefter kan føre til skader på tenner og det periodontale festeapparatet. Slike utviklingende eller ervervede tilstander knyttet til tenner eller proteser kan også medvirke til periodontale sykdommer.

Arbeidsgruppe 3 tok utgangspunkt i klassifiseringene fra 1999 med tanke på disse sykdommene og tilstandene og utviklet kasusdefinisjoner og diagnostiske betraktninger.

De sjeldne systemiske tilstandene, som for eksempel Papillon-Lefèvre syndrom som resulterer i en tidlig igangsettelse av alvorlig periodontitt, klassifiseres som **«periodontitt som er manifestert av systemisk sykdom».**

Denne klassifiseringen beror på periodontitt som skyldes den primære systemiske sykdommen. Andre systemiske tilstander, som for eksempel neoplastiske sykdommer (svulster), kan påvirke periodontalt vev uavhengig av biofilmpåvirket inflammasjon. De er også klassifisert med bakgrunn i primær systemisk sykdom og er gruppert som systemisk sykdommer eller tilstander som påvirker periodontalt støttevev.

Det er flere mer utbrette sykdommer som påvirker periodontitt som for eksempel diabetes mellitus. Men diabetesmodifisert periodontitt bør ikke alene være en egen diagnose. Derfor er diabetes tatt med i det nye graderingssystemet til periodontitt som en risikofaktor. På samme vis er det med røyking, nå ansett som nikotin avhengighet og ansett som en kronisk gjentagende medisinsk tilstand med store negative effekter på periodontiet. Røyking er også tatt med som en risikofaktor.

De sjeldne systemiske tilstandene, som for eksempel Papillon-Lefèvre syndrom som resulterer i en tidlig igangsettelse av alvorlig periodontitt, klassifiseres i periodontitt som er manifestert av systemisk sykdom.

Denne klassifiseringen beror på at periodontitten skyldes den primære systemiske sykdommen. Andre systemiske tilstander, som for eksempel neoplastisk sykdommer, kan påvirke periodontalt vev uavhengig av biofilmpåvirket inflammasjon. De er også klassifisert med bakgrunn i primær systemisk sykdom og er gruppert som systemisk sykdom eller tilstander som påvirker periodontalt støttevev.

Det er flere mer utbrette sykdommer som påvirker periodontitt som for eksempel diabetes mellitus. Men diabetesmodifisert periodontitt bør ikke alene være en egen diagnose. Derfor er diabetes tatt med i det nye graderingssystemet til periodontitt som en risikofaktor. På samme vis er det med røyking, nå ansett som nikotin avhengighet og ansett som en kronisk gjentagende medisinsk tilstand med store negative effekter på periodontiet. Røyking er også tatt med i klinisk diagnosekriterium som en risikofaktor.

>>>

Colgate®

INTRODUSERER
COLGATE® PROclub
NORDIC

Colgate® PROclub er en Linkedin basert klubb eksklusivt for nordiske tannleger, tannpleiere og annet tannhelsepersonell. Som medlem vil du få eksklusiv tilgang til produkter og tjenester som kan være aktuelle og fordelaktige i din daglige praksis på klinikken. F. eks:

- Oppdatering på det siste innen forebyggende og reparativ tannbehandling
- VIP-invitasjon til etterutdannings seminarer, webinarer og symposier
- Pasientbrosjyrer og praktiske verktøy
- Webshop med eksklusive medlemsfordeler (kommer snart)
- Profesjonelt nettverk

MELD DEG PÅ NÅ & FÅ EN GRATIS VELKOMSTGAVE !

Colgate PROclub NORDIC

Log inn med din Linkedin profil. Alle aksepterte eksklusive klubbmedlemmer får en gratis velkomstgave*

* Så lenge lageret varer

LinkedIn

Scan QR koden eller log inn på linkedin.com/groups/8589598

>>>

MUKOGINGIVAL TILSTANDER

Mukogingivale tilstander beror på hvordan gingiva man har, at det eksisterer forskjellige gingivale fenotyper inkludert tykkelse og bredde. Dette er nå tatt hensyn til og er med i den nye klassifisering for gingival resesjon. Denne kombinerer kliniske parametere som gingival fenotype, interproksimalt festetap, og trekkene til den eksponerte rotflaten.

OKKLUSALE TRAUMER OG OKKLUSJONSKREFTER

Traumatisk okklusjon erstatter benevnelsen «overdrevet okklusal kraft». Med dette menes okklusjonskrefter som resulterer i en skade på tennene som for eksempel slitasje eller frakturer og/eller skader på det periodontale støttevevet.

Okklusalt traume er en histologisk benevnelse som beskriver skade på det periodontale festeapparatet.

Det er ikke evidens fra studier gjort på mennesker som peker på sammenheng i at traumatiske okklusale krefter fører til periodontalt festetap, ikke-kariøse cervikale lesjoner eller gingival resesjon. Traumatisk okklusjon fører til en tilpasset mobilitet med normal støtte, og en progressiv mobilitet i tenner med redusert støtte som vanligvis krever fiksering.

PROTESER OG TANNRELATERTE FAKTORER

Denne delen er mer omfattende i den nye klassifiseringen. Begrepet biologisk bredde er byttet ut med supraalveolært (suprakrestelt) bindende vev. Dette består av lommeepitel og supraalveolært bindende vev. Evidens fra menneskestudier indikerer at restaurasjoner som kommer forbi dette supraalveolære nivået vil være forenelig med inflammasjon og/eller tap av periodotalt støttevev.

Det er usikkert om dette tapet er et resultat av dental biofilm, trauma, toksisitet fra dentale materialer eller en kombinasjon av disse faktorene. Likevel er det stor sannsynlighet at noen tannrelaterte anatomiske faktorer er avgjørende. Disse kan være emaljeforstyrrelse (pearls/enamel projections) eller rotfrakturer, og kan føre til at plakk biofilm gir en gingival inflammasjon eller tap av periodontalt støttevev.

4. KLASSIFISERING AV PERI-IMPLANTAT SYKDOMMER OG TILSTANDER

For første gang blir også klassifisering for peri-implantat sykdommer og tilstander inkludert i World Workshop on Periodontology.

Klassifisering vil i tillegg til å ta utgangspunkt i kasusdefinisjon, også belyse karakterstiske trekk ved friske forhold, peri-implantat mukositt, peri-implantitt og tilstander knyttet til mykt- og hardt vev.

PERI-IMPLANTAT HELSE

Kjennetegnes av fravær av kliniske tegn på inflammasjon som blødning og suppurasjon ved sondering.

Det er derimot ikke mulig å definere normalverdier for lommedybder som kan defineres som helse.

Det er også enighet i at friske forhold kan eksistere på implantat med redusert beinstøtte. Derav defineres friske peri-implantatforhold som:

- Fravær av kliniske tegn på inflammasjon
- Ingen økning i lommedybde ut fra tidligere målinger
- Ingen beintap forbi det opprinnelig alvolare beinnivå etter den initiale bein remodelleringsperioden.

PERI-IMPLANTAT MUKOSITT

Peri-implantat mukositt er en inflammatorisk lesjon i de myke delene av vevet som omkranser et osseointegrert implantat uten beintap.

Lesjonen er kun lokalisert i det ytre laget i lommeepitelet og når ikke ned til bindevevet og de kollagene fibrene.

Kliniske indikasjoner for peri-implantitt mukositt er blødning ved lett sondering, men også andre klinisk tegn kan forekomme.

Dagens forskningsmateriale gjør det evident at plakk er den store etiologiske faktoren for peri-implantat mukositt.

- Blødning og/eller suppurasjon ved lett sondering
- Ingen beintap forbi det opprinnelig alvolare beinnivå etter den initiale bein remodelleringsperioden

PERI-IMPLANTITT

Peri-implantitt er en plakk-assosiert patologisk tilstand i vevet rundt dentale implantat som kjennetegnes med inflammasjon i peri-implantat mukosa og tap av støttende beinstruktur .

Peri-implantitt lesjoner har sin utbredelse apikalt av lommeepitelet og har større utbredelse enn med et peri-mukositt tilfelle.

Peri-implantitt gjenkjennes klinisk med blødning ved sondering og/eller suppurasjon, økt lommedybde i tillegg til synlig beintap på røntgenbilder.

Progresjonen av en peri-implantitt er oftest raskere sammenlignet med det vi kjenner igjen i en periodontitt. Tilstanden beveger seg alltid i et ikke-lineært mønster med akselererende trekk. Det er en sterk sammenheng mellom plakk biofilm og sykdommen. Dette underbygges av forskning der pasienter med høy plakkforekomst og som ikke følges opp regelmessig av tannpleier eller tannlege, har klart større risiko for å utvikle peri-implantitt. Det er også støtte i forskning i at forebyggende tiltak og god periodontal støttebehandling er avgjørende for å stoppe eller bremse utviklingen av sykdommen.

En annen viktig kjensgjerning er at pasienter med alvorlig periodontitt har større risiko for å utvikle peri-implantitt.

Funn forenelig med peri-implantitt:

- Blødning og/eller suppurasjon ved lett sondering
- Økning av lommedybde sammenlignet med tidligere målinger
- Beintap forbi det opprinnelig alvolare beinnivå etter den initiale bein remodelleringsperioden

Om det ikke foreligger opplysninger fra tidligere undersøkelser kan diagonosen peri-implantitt basere seg på en kombinasjon av blødning og/eller suppurasjon med lett sondering, lommedybder på > 6 mm og beintap på > 3 mm apikalt for en mest koronale delen av den osseointegrerte delen av implantatet.

HARD- OG MYKVEVSTILSTANDER

Tilheling etter en tapt tann fører til reduksjon av dimensjonen til den alveolære prosessen. Reduksjon i kjevekam kan forventes på steder med omfattende tap av periodontal støttevev, ekstraksjonstraume, endodontisk infeksjon, rotfrakturer, tynne bukkale beinstrukturer, avvikende posisjonerte tenner, skade og pneumatisering av bihulene.

Det ble også enighet i arbeidsgruppe fire at klassifiseringen skal være generell og uavhengig av type implantat. Det er en stor variasjon på implantatmarkedet av ulike typer design, kirugisk og protetiske prosedyrer. Klassifiseringene er generelle og veiledende for klinisk diagnostikk og oppfølging.

Det er altså avgjørende å vurdere blødning ved sondering og endring av lommedybde fra gang til gang. Det er også viktig å ta et røntgenbilde som referanse for endringer i beinforholdene og påfølgende røntgen for å oppdage beintap.

ALLE RØYKPAKKER OG SNUSBOKSER MÅ NÅ VÆRE STANDARDISERTE

Det er forbudt å selge røyk og snus som ikke er i standardiserte pakker og bokser etter 1. juli.

Da forskriften om standardiserte pakninger trådte i kraft i fjor, fikk produsentene en overgangsperiode på ett år for å tilpasse produksjonen. Nå er denne overgangsperioden over, og pakningene kan ikke lenger ha merkevarekjennetegn.

Målet med standardisert innpakning er å hindre barn og unge i å begynne med tobakk, blant annet ved at helseadvarselen kommer bedre fram. Med standardisert tobakkspakning menes lik utforming på merkingen av alle tobakkspakninger for både snus, sigaretter og rulletobakk. Det blir ikke tillatt med bruk av produsentens logoer, symboler, bilder, farger eller annen form for reklame. Emballasjen skal være ensfarget, og merkenavn og annen skrift skal ha en bestemt farge og standardisert stil.

FJERNER REKLAMEKANAL

– Dette er et viktig skritt for å nå det langsiktige målet om et tobakksfritt samfunn. Å beskytte barn og unge mot tobakk er kjernen i norsk tobakkspolitikk. Selve tobakkspakningen har vært en av de siste kanalene for tobakksreklame i Norge. Det er avgjørende å redusere tobakksproduktenes tiltrekningskraft på barn og unge, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Det nye utseendet er ikke helt «ferdig» og vil bli endret når EUs nye tobakksdirektiv trer i kraft i Norge. Det er usikkert når det vil skje, men trolig en gang i løpet av neste år. Da vil bildeadvarslene på røykpakkene bli større, snusboksene vil få helseadvarsel på to sider, og henvisningen til slutteinformasjon vil trolig stå i et gult felt. Det kan hende at dette vil endre oppfatningen til dem som liker den standardiserte designen.

MINDRE APPELLERENDE

Forskning viser at standardiserte tobakkspakninger gjør at pakkene oppfattes som mindre appellerende. Standardisert innpakning vil også bidra til at helseadvarslene blir mer effektive ved at de blir mer synlige. Det er påvist at design på røykpakker kan bidra til å gi et feilaktig inntrykk av at noen produkter er mindre helseskadelige enn de faktisk er. Dette kan motvirkes av standardiserte pakninger

Så mange som 1 av 3 kan lide av ising i tennene*

Slik kan de følsomme områdene av tannen se ut gjennom ett mikroskop.
Små hull i dentinet er eksponert.

Klinisk bevist for langvarig beskyttelse mot ising**

Sterk reparerende effekt gjennom ett hardt lag***

*Addy M. Int Dent J 2002; 52: 367-375. **Ved børsting 2 ganger daglig ***Danner ett beskyttende lag over de sensitive områdene av tennene.

CHNOR/CHSENO/0031/16 - 12/2016

SKAL NORSKE BARNS TANNHELSE FORTSATT SYKELIGGJØRES?

I flere lokale nyhetssendinger på NRK, 10. juli, uttaler avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Per Magne Mikaelsen at «Det kan bli bedre». Hans kommentar knytter seg til nye tall fra SSB om tannhelsen hos norsk ungdom. Løsningen ligger i en ny retningslinje fra Helsedirektoratet som kommer til høsten.

Det odontologiske fakultet ved UiO hadde betydelige innvendinger mot utkastet til denne, som ble sendt ut på høring før jul i 2016. Under tittelen «Helsedirektoratet sykeliggjør friske barn» skrev undertegnede et innlegg på NRK ytring 20. mars 2017. Dette falt i tid sammen med høringsfristen. Universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø skal utdanne tannleger til hele tannhelsetjenesten. Det vil være problematisk å skulle anbefale Norges nye tannleger å styre ressursene slik som det opprinnelige forslaget tok til orde for. Så sent som i mai i år framkom det fra SSB at bare 23 prosent av de med vedtak om hjemmesykepleie, som også har rett til «gratis oppsøkende tannbehandling» fra Den offentlige tannhelsetjenesten, ble undersøkt eller behandlet i 2017. Det er et problem at vi, 35 år etter at tannhelsetjenesteloven trådte i kraft, fortsatt ikke har kvalitetskrav til hva dette tilbudet skal inneholde. Vi vet faktisk lite, for ikke å si ingenting fra offentlige statistikker, om tannhelsen til pleietrengende gamle og langtidssyke.

TANNHELSEPROBLEMENE I 2017

Det eksisterer stadig fylkesvise forskjeller, men; 26,6 prosent av 18-åringene har ingen fyllinger eller behov for slike. 7,7 prosent hadde flere enn 9 tenner med fylling. Gjennomsnittlig antall tenner med fylling eller behandlingskrevende hull var 3.

3 av 28 eller 32 tenner, - hvis visdomstennene telles med. Hvorvidt slike statistikker kan beskrives som et helseproblem er det mulig å diskutere. Men; det eksisterer altså forskjeller, og det må absolutt være et mål å redusere disse.

LOKALE LØSNINGER

Det skal bli interessant å se Helsedirektoratets «fasit». Den opprinnelige retningslinjen som ble sendt ut på høring, var allerede da implementert flere steder i Den offentlige tannhelsetjenesten.
Det er i seg selv et underlig uttrykk for offentlig saksbehandling. Denne tok til orde for flere ressurskrevende tiltak på alle barn som ikke åpenbart hadde «liten risiko» for å utvikle tannhelseproblemer. Følgelig skulle fem hele årskull innkalles til undersøkelse for å styrke statistikkgrunnlaget. I dag innkalles de oftest, som har tannhelseproblemer. Det kalles prioritering. Videre skulle det innsettes flere tiltak med svak vitenskapelig begrunnelse. Fylkestannhelsesjefen i Finnmark kommer i NRK med flere interessante tanker om hvorfor ungdom i hennes fylke fortsatt har dårligere tannhelse enn landsgjennomsnittet. Den tredjedelen av landets fylker som har dårligere resultater må lete etter lokale årsaker og løsninger.

TANNHELSEN SKAPES HVER DAG

Skal alle fylkene, også de med god ungdomstannhelse, i framtiden måtte introdusere omfattende tiltak som de til nå har klart seg godt uten? Lokale tannhelseforskjeller kan skyldes lokale og kulturelle forskjeller. Kanskje en styrket skolehelsetjeneste og andre kommunale tiltak bedre kan påvirke ungdommene i deres hverdag, enn Tannhelsetjenesten? Det er nemlig i hverdagslivet tannhelsen blir til, - god som dårlig.

Det gjenstår å se om Helsedirektoratet opprettholder sine opprinnelige og rigide forslag. I så fall skapes det et verktøy som er helt ubrukelig til prioritering av de totale oppgavene som Den offentlige tannhelsetjenesten har hatt ansvar for i 35 år. Og; - dette skjer høsten før Blankholms regjeringsoppnevnte prioriteringsutvalg har avlevert sin innstilling. Det vil utløse debatt. Ikke minst om Helsedirektoratets rolle i helsetjenesten.

CARL CHRISTIAN BLICH
Universitetslektor, seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, UiO

SPØR OSS
OM TANNBLEKING

I MER ENN 29 ÅR HAR VI MARKEDSFØRT OG HOLDT KURS OM BLEKEBEHANDLING I NORGE

WHITE DENTAL BEAUTY NOVON 6 %

HEMMELIGHETEN BAK ET VAKKERT SMIL!

NOVON gjør at materialet akselererer og gir en blekebehandling som er trygg, effektiv og skånsom mot tennene. 6 % brukes i skinne kun 1/2 time daglig.

Benytt sjansen til selv å prøve våre blekematerialer.

8 x 1,2 ml White Dental Beauty i lekker gavepose, kr 200,- (verdi kr 599,-).

ACCREDITED BY STYLEITALIANO

OPALESCENCE TANNKREM

Opalescence tannkrem fjerne fargepigmenter fra tennene sammen med bakterier og plakk, og det blir ingen riper der nye bakterier og misfarginger får feste.

Benytt sjansen til selv å prøve vår tannkrem.

Gavepose med 3 store tannkrem
kr 200,- (verdi kr 582,-)

OPALESCENCE 10 %

Benytt sjansen til selv å prøve Opalescence 10 %.

Kjøp en Opalescence 100 ml tannkrem og få med gratis 4 x 1,2 ml Opalescence blekemiddel og 1 x Opalescence GO ok/uk.

Kr 200,-, (verdi kr 522,-).

VELKOMMEN TIL STAND B01-10

Norsk Orthoform Depot as ETABL. 1930

www.norskorthoform.no
www.bleking.no

Dronningens TENNER

Ledig vikariat på 9 md fra 12.11.18 – 12.08.19

Vi søker etter 1 tannpleier i 100 % stilling fra 12.11.18 – 12.08.19 – 9 md.
Tannklinikken er en spesialisert på kjeveortopedi for barn og voksne. Klinikken er moderne og tiltalende utstyrt og holder til i en gammel og ærverdig bygård midt i Trondheim sentrum. Vårt team består av en kjeveortoped, 4 tannpleiere. Menn oppfordres til å søke.

HOVEDARBEIDSOPPGAVER

- Arbeidsoppgaver som tilligger tannpleier og tannhelsesekretær, som hygieneoppfølging, røntgen, foto, avtrykk, bueskift, klargjøring for bonding m.m.
- Alle arbeidsoppgaver for daglig drift av en kjeveortopedisk klinikk.

KVALIFIKASJONER

- Søker må ha utdanning som tannpleier
- Søkere med yrkeserfaring er ønskelig men ikke en forutsetning.
- God ordenssans og evne til å arbeide i team
- Snakke og skrive flytende norsk, svensk eller dansk.
- Godt humør, lærevillig med gode holdninger, etikk og moral
- God arbeidsmoral er svært viktig.
- Inkluderende, sosial og utadvendt.
- En klar fordel med utdanning og erfaring fra kjeveortopedisk klinikk.

EGENSKAPER

- Du ønsker å jobbe ved ved klinikken fordi du trives i faget og virkelig er arbeidsom
- Du deler vårt engasjement for å skape den gode pasientopplevelsen
- Du trives i en hektisk arbeidshverdag.

DET TILBYS

- 100% stilling, mandag – fredag kl 0800 – 1600?
- Høyeste tariff for privat/offentlig stilling etter ansiennite.
- Muligheter for fri/permisjon i fellesferie, høstferie, jul og påske
- Det vil bli gitt god opplæring i klinikken.

SØK PÅ STILLINGEN

CV inkl. 2 oppgitte referanser fra nåværende/tidligere arbeidsforhold som tannpleier sendes siriv@dronningenstenner.no
Adresse: Dronningens gate 50, 7012 Trondheim
Postadresse: Dronningens Tenner AS v/Siri Vaslag, Postboks 819, 7408 Trondheim
I tillegg til CV skrives kort begrunnelse for
1) Hvorfor du søker stillingen i Trondheim,
2) Holdninger og arbeidsevne
3) Hva som gjør at du er den best kvalifiserte for stillingen
Kopi av vitnemål som tannpleier
Kopi av godkjenning
For spørsmål rundt stillingen, kontakt;
Kjeveortoped og daglig leder Siri Vaslag 41626348,
Styreleder Dronningens Tenner AS Tore Lund 9915580, post@dronningensbolig.no
Søknadsfrist: ingen

5 GRUNNER TIL Å ANBEFALE ZENDIUM **TIL DINE PASIENTER:**

1 STYRKER MUNNENS NATURLIGE FORSVAR

Munnen er fantastisk. Den har et eget, naturlig system av enzymer og proteiner som beskytter mot karies og tannkjøttproblemer. Zendium støtter bestanddeler i spyttet og **styrker munnens naturlige forsvar.**

2 MED ENZYMER OG PROTEINER

Zendium inneholder de samme **enzymer og proteiner** som munnen bruker til å bekjempe bakterier. Zendium bidrar til et **balansert mikrobiom.***

3 UTEN SLS (SODIUM LAURYL SULPHATE)

Zendium inneholder ikke SLS som er et skummingsmiddel som er kjent for å virke lokalirriterende og som endrer smaksoppfattelsen. Den lavtskummende konsistens gjør Zendium **velegnet for selv de mest følsomme** munner.

4 MILD OG EFFEKTIV

Zendium bidrar til rene tannoverflater. Hver gang du pusser tennene med Zendium får du ekstra styrke** til å bekjempe årsakene til karies, tannkjøttproblemer og sensitivitet.

5 TIL Å STOLE PÅ

Zendium er #1 tannkrem som norske tannleger stoler på.***

* Refererer til bakterier som er knyttet til sunt tannkjøtt og som ble merkbart endret i en klinisk studie over 14 uker med 102 forsøkspersoner.
**Øker spyttets beskyttende effektivitet mot bakterier vs en standard fluortannpasta.
***Undersøkelse utført blant 604 tannleger i Skandinavia 2017, Ipsos

No.1 Trusted Brand by Dentists in Scandinavia**

** Based on a survey completed in 2017

Norsk NTpF Tannpleier-Forening

zendium
STYRKER MUNNENS EGET FORSVAR

TePe mellomromsbørste.
Oppdatert.

Vi presenterer TePe mellomroms-børster i nye, oppfriskende farger. Finnes i ni størrelser, hvorav de fire minste har en patentert fleksibel tupp som gjør børsten mer slitesterk og gir optimal tilgang til alle mellomrom.

Utviklet i samarbeid med tannpleie spesialister for en sunnere hverdag.

We care for healthy smiles

AD18172NO

tannstikka

tidsskrift for
Norsk Tannpleierforening

UTGIVER
Norsk Tannpleierforening
Postboks 9202 Grønland
0134 Oslo
Besøksadresse
Lakkegata 23, 3. etasje
Tlf. 904 74 117 / 21 01 36 50
E-post: ntpf@delta.no
www.tannpleier.no

ABONNEMENT
kr. 600 pr. år, utland kr .700
Gratis for medlemmer

REDAKSJON
Ordkløveriet, Holmsdalen 14,
1634 Gamle Fredrikstad,
an-buvik@online.no.

REDAKTØR
Anne L. Buvik
an-buvik@online.no
95966151

FAGMEDARBEIDER:
Benthe Hansen, tlf 951 33 580, epost:
Benthe.Hansen@delta.no

ANNONSER
Linda Ludmann, NTpf
E-post: ntpf@delta.no
Tlf. 90 47 41 17

MATERIELLFRIST
Nr. 5: 25. september

FORSIDEBILDE
Høst på Kvaløya, Tromsø
Foto: Anne L. Buvik

LAYOUT
cathrines cmykeri
chfuglei@gmail.com
Mob: 90 78 09 01

TRYKK
Merkur Grafisk AS

Merkur grafisk er godkjent som svanemerket bedrift.

Merkur grafisk er PSO-sertifisert
Vi tar kvalitet på alvor!

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Norsk Tannpleierforenings styre 2018-2022

Lakkegata 23, 3. etasje
P.b. 9202 Grønland, 0134 Oslo,
Tlf 904 74 117/21 01 36 50
(kl.9-15),
ntpf@delta.no,

LEDER
Hilde Aga
Mobilnr: 92062416
(tirsdag – fredag)
(hjemmekontor fredager)
hilde.aga@delta.no

NESTLEDER
Line Kalland
Mobil: 90 55 07 85
line.kalland@hedmark.org

STYREMEDLEM
Anne-Mai Nilssen
Postboks 592, 9256 Tromsø
Tlf a 46 44 75 89
Mob 92 09 90 43
annemai.nilsen@gmail.com

STYREMEDLEM
Lisa Brændø
Mobil: 95 88 95 52
Lisa.brando@hel.oslo.kommune.no

STYREMEDLEM
Kristiane Muren
Mobil: 95 18 77 64
Kristiane.muren@mrfylke.no

1. VARAMEDLEM
Linda Kjølstadmyr
Mobil: 40 05 36 91
linda.kjolstadmyr@whnordic.no

2. VARAMEDLEM:
Mari Skeie Danielsen
Mobil: 40 88 51 79
mariskeiedanielsen@gmail.com

3. VARAMEDLEM:
Kristin Holtan Saga
Mobil: 90 87 52 98
kristinsaga@hotmail.com

NTPFs ADMINISTRASJON
Kontorleder
Linda Ludmann,
tlf. 904 74 177,
epost: ntpf@delta.no

Fagutvikler Benthe Hansen,
tlf 951 33 580,
epost: Benthe.Hansen@delta.no

IFDH REPR
Anne-Mai Nilssen
annemai.nilsen@gmail.com

Hilde Aga
hilde.aga@delta.no

NTpFs lokalavdelingsledere 2018

FINNMARK
Turid Digre
Tlf. 90564477
finnmark-tpforening@outlook.com

TROMS
Silje Kristin Hansen,
Tlf p 99 38 88 25
silje.k.hansen@tromsfylke.no,

NORDLAND
Kristin Iversen
Tlf p 917 11 887
Tlf a 75 65 50 80
kirsten.iversen@nfk.no

NORD-TRØNDELAG
Kirsten Karlsen
p 99 29 16 60
kirsten.karlsen@ntfk.no

SØR-TRØNDELAG
Maryanne Ørsleie
tlf. 98 05 04 37
ntpf.sortrondelag@gmail.com

MØRE OG ROMSDAL:
Linn Katarina Mælen
tlf. 40485522 linn.katarina.
melen@mrfylke.no

SOGN OG FJORDANE
Liv Hjørdis Ullaland
Mail: liv.hjordis.ullaland@sfj.no
Tlf: 97151631

BERGEN OG HORDALAND
Bente Bakke
Tlf p 920 43 522
Tlf a 55 11 83 80/
56 57 03 50
bente.bakke@hfk.no

ROGALAND
Katrine Høyvik Bergum
Tlf 95 28 96 97
ntpf-rogaland@hotmail.com

VEST-AGDER:
Kirsti Merete Helgesen
tlf. 93645602 Kirstihelgesen@
hotmail.com

AUST-AGDER
Andrianomena
Rasamizafimanantsoa
E-postadr.:
ntpf.avd.aust-agder@hotmail.com
Mobil: 48 25 73 96

TELEMARK
Lotte Auestad
Tlf: 93832102
Mail: Lotte.auestad@gmail.com

VESTFOLD
Svanhild Botnen
tlf. 92011779
svanbotn@online.no

OSLO OG AKERSHUS
Slavica Pejic Durasovic
ntpfavdosloogakershus@gmail.com
Mobil: 97 88 35 52

HEDMARK
Inger Haugen
Tlf 99 72 38 85
inger.haugen@hedmark.org

BUSKERUD
Hilde Stenhaug
tlf. 93262308
hilde.stenhaug@bfk.no

ØSTFOLD
Leder: Zohra Sakhi
E-postadr.: zohras@ostfoldfk.no
Mobil: 92 52 69 67

OPPLAND
Sofia Resander
E-postadr.:
sofiaresander@hotmail.com
Mobil: 47 17 21 06

Opalescence go®

Find us on facebook

Ultradent Products Nordics

Opalescence®

SPOTLIGHT YOUR **SMILE**

- Effektivt blekemiddel for tenner til hjemmebruk, med 6% H_2O_2
- Komfortabelt, klar til bruk rett fra forpakningen
- UltraFit™ tray passer perfekt og tilpasser seg pasientens individuelle smil – en avslappet blekeopplevelse

For ytterliger informasjon av Opalescence tannbleknings produkter besøk www.opalescence.com/no.

Opalescence kan fås hos LIC Scadenta, Jacobsen Dental, Norsk Orthoform Depot, Plandent og Dental Direct.

Før UltraFit™ tray brukes i munnen

UltraFit™ tray etter bare 10 minutter i munnen

ULTRADENT.COM/EU

© 2018 Ultradent Products, Inc. All Rights Reserved.

40 YEARS 1978-2018

ULTRADENT PRODUCTS, INC.