



Systematisk tobaksforebyggelse og anbefalinger af Verdenssundhedsorganisationen WHO

Petersen, Poul Erik

Published in:
Tandlægebladet

Publication date:
2017

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Document license:
[Ikke-specificeret](#)

Citation for published version (APA):
Petersen, P. E. (2017). Systematisk tobaksforebyggelse og anbefalinger af Verdenssundhedsorganisationen WHO. *Tandlægebladet*, 121 (12), 1038-1043.

tema

Rusmidler og det klinisk
odontologiske perspektiv
2. del

NR. 12 // DECEMBER 2017

ÅRGANG 121

tandlægebladet

TANDLÆGEFORENINGENS
MEDLEMSBLAD

DANISH DENTAL
JOURNAL

EVALUERING AF NKR:

TANDLÆGERNE FØLGER REGLERNE

URAFSTEMNING PÅ VEJ

Erhvervsudygtighedsforsikringen kan blive frivillig



Rusmidler
Stofafhængighed
Tobak
Alkohol
Demens
Udsatte børn og unge



Få papir på det vigtige

Med en Nordenta serviceaftale får du papir på det, du ikke kan undvære på din klinik – velfungerende udstyr!

Du slipper for søvnløse nætter, når vi løbende vedligeholder dit dentaludstyr og hurtigt rykker ud ved akutte problemer. Nordenta Service tilbyder flere typer serviceaftaler, og vi ved, det er vigtigt at finde det rette match. Derfor tager vi os tid til at finde den aftale, der passer til din klinik.

Uforpligtende gennemgang af dit udstyr

Er du i tvivl om hvor meget eller hvor lidt, du har brug for i en serviceaftale, kommer vi gerne ud på din klinik. Her tilbyder vi en helt uforpligtende gennemgang af dit udstyr. På den måde finder vi sammen den serviceaftale, der passer til dit behov, så du ikke betaler for mere, end du har brug for.

Bestil dit besøg på **87 68 16 11**.

TANDLÆGEBLADET
nr. 12/december 2017

KORT & GODT

- 1008** Leder
Tandlægerne udfører de forventede behandlinger
- 1010** Opgør med obligatoriet kan være på vej
- 1011** Kort nyt

VIDENSKAB & KLINIK

- 1020** Ege P
Behandling af mennesker med stofafhængighed
- 1028** Kongstad J, Reibel J
Konsekvenser af tobak og alkohol i mundhulen
- 1036** Selvtest
- 1038** Petersen PE
Systematisk tobaksforebyggelse og anbefalinger af Verdenssundhedsorganisationen WHO
- 1044** Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB
Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment
- 1056** Uldum B, Christensen HN, Welbury R, Haubek D
Det danske tandplejeteams professionelle rolle overfor udsatte børn
- 1062** Autoreferat

TEMA OM RUSMIDLER STOFafhængighed, ALKOHOL OG TOBAK

Se side 1020



SAMFUND & ARBEJDSLIV

- 1064** Tandlægeforeningen: Tandlæger gør, hvad de skal
Intet grundlag for kritik af tandlæger i NKR-evaluering, mener Tandlægeforeningen
- 1068** Gult chok
Sundhedsstyrelsen erkender metodemæssige svagheder i NKR-evaluering
- 1070** Fagpolitisk temadag
I slutningen af november diskuterede medlemmer fag og fremtid i Vejle
- 1076** Parodontale sygdomme: paradigmeskiftet kommer
Banebrydende forsøg udført af ni tandlægestuderende i 1960'erne flyttede forståelsen af parodontal sygdom

INDLÆG & DEBAT

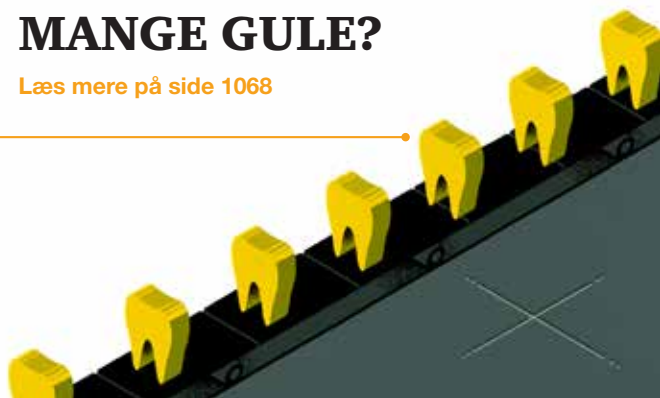
- 1078** Symposium 2017: Endodonti
- 1081** Læserbrev: Etik – TF's holdning efterlyses

SERVICESIDER

- 1082** Nyt om navne
- 1089** Kalender med kurser
- 1090** Kollegiale henvisninger
- 1096** Stillingsannoncer

Evaluering af NKR: HVORFOR SÅ MANGE GULE?

Læs mere på side 1068





MEST LÆSTE PÅ TDLNET.DK

Svar fra Kontant rejser nye spørgsmål

Nyheden om Tandlægeforeningens henvendelse til Kontants redaktion efter visningen af tv-programmet Kontant: De dyre tandlæger er med **5.749** klik ubetinget månedens mest læste nyhed – og blandt de mest læste nyheder på medlemsnettet nogensinde. Den kom efter, at svaret fra Kontant-redaktionen på Tandlægeforeningens første henvendelse rejste en række nye spørgsmål, som foreningen stillede Kontant. Klik ind på Tdlnet.dk og læs nyheden – her finder du links til Kontants svar til Tandlægeforeningen og Tandlægeforeningens reaktion derpå.



” Hvis nogen havde sagt til mig, da jeg blev ansat i januar, at jeg skulle blive klinikejer ni måneder senere, havde jeg grinet højt

JULIE CHRISTIANSEN OM AT BLIVE KLINIKEJER
SOM 27-ÅRIG

Læs mere fra side 1104 >>>

om Tandlægebladet

MANUSKRIFTVEJLEDNING

Når du skriver manuskripter til Tandlægebladet, skal du følge bladets vejledninger. Du finder disse samt de sproglige regler, som Tandlægebladet anvender, på Tandlægebladet.dk. Klik på "Om Tandlægebladet" i menuen på forsiden og derefter på "Manuskriptvejledninger". Manuskripter sendes elektronisk til Tandlægebladet til Nils-Erik Fiehn på nef@tdl.dk.

TANDLÆGEBLADETS VIDENSKABELIGE PANEL

Lisa Bøge Christensen
Lene Baad-Hansen
Erik Dabelsteen
Jon E. Dahl
Ellen Frandsen Lau
Dorte Haubek
Palle Holmstrup
Gunhild V. Strand
Flemming Isidor
Siri Beier Jensen
Mats Jontell
Lise-Lotte Kirkevang
Björn Klinge
Anne Marie Lynge Pedersen
Jesper Reibel
Søren Schou
Svante Twetman
Ann Wenzel

TANDLÆGEBLADETS REDAKTION

Nils-Erik Fiehn
Lektor, dr.odont.
(ansvarshavende og faglig-videnskabelig redaktør)
nef@tdl.dk

Trine Ganer
(administrerende redaktør)
tg@tdl.dk

Gitte Almer Nielsen
(redigerende journalist)
gan@tdl.dk

Bjarne Klausen
Tandlæge, dr.odont.
(faglig konsulent)

FAGREDAKTION
Flemming Isidor
Professor, dr.odont.

Lise-Lotte Kirkevang
Professor, ph.d.

Palle Holmstrup
Professor, dr.odont.



På Tandlægebladet.dk kan du læse mere. Læs bl.a. bladets formål og mediainformation

PRODUKT- OG LEVERANDØRANNONCER

DG Media
Tlf. 70 27 11 55
epost@dgmedia.dk
www.dgmedia.dk

STILLINGSANNONCER OG KOLLEGIALE HENV.

Tina Andersen
(marketingkoordinator)
ta@tdl.dk

SEKRETARIAT

Adresseændringer og forsendelse:
Kontakt medlemsregistreringen på e-mail medlemsregistrering@tdl.dk eller tlf. 70 25 77 11 og vælg medlemsregistrering

ADRESSER

Tandlægeforeningen
Amallegade 17
1256 København K
Telefon 70 25 77 11
www.tandlaegeforeningen.dk
info@tandlaegeforeningen.dk

Telefonåbningstid:
Mandag-torsdag 9.00 – 16.00
Fredag 9.00 – 15.30

Tandlægebladet udkommer

12 gange årligt. Distribueret oplag pr. nummer: 6.138. Medlem af Dansk Oplagskontrol. Medlem af Danske Medier.

Hvis Tandlægebladet udebliver

Giv os venligst besked med dit medlemsnummer til tblevering@tdl.dk, så retter vi fejlen.

Gengivelse af artikler fra Tandlægebladet og www.tandlaegebladet.dk er kun tilladt efter aftale med redaktionen.

UDGIVER

Tandlægeforeningen

Design og grafisk produktion:

vahle-nikolaisen
Julie Asmussen
Forside: Flemming Dupont
ISSN: 0039-9353



ØJEBLIK

BUSREKLAME

I København kører linje 26 rundt med reklamer for Tandlægerne på Østerbro. Og det er langtfra et særsyn. Indenfor de sidste tre år er antallet af klinikker, der reklamerer på og i busser i hovedstadsområdet, eksploderet med hele 700 %. Det viser tal fra Out of Home Media, som er Danmarks største udbyder af busreklamer.

TANDLÆGERNE UDFØRER DE FORVENTEDE BEHANDLINGER

Efter lang tids tilløb har Sundhedsstyrelsen offentliggjort en evaluering af de nationale kliniske retningslinjer for undersøgelsesintervaller. Altså de retningslinjer, der bl.a. rummer rød-gul-grøn-ordningen.

Ved første øjekast ser det ud, som om Sundhedsstyrelsen melder sig i råbekoret af kritikere af vores arbejde på tandklinikkerne. Men jo længere man læser sig ind i evalueringen, desto mere anerkendende er den over for os.

Sundhedsstyrelsen slår eksempelvis fast, at tandlægerne ikke har haft intentioner om at kategorisere raske patienter som værende syge. Evalueringen bekræfter også, at tandlægerne ikke har behandlet patienterne for sygdomme, som de ikke havde. Sundhedsstyrelsen anser antallet af patienter, som har modtaget behandling for gingivitis, parodontitis og caries, som værende ”som forventet”.

Den del af evalueringen er jeg meget glad for. De seneste to år har vi nemlig måttet stå model til det ene angreb på tandlægestanden efter det andet for at snyde på vægtskålen, indkalde patienter for ofte og give dem ydelser, som de ikke har brug for. Senest i DR-programmet Kontant, som anklagede os for at gøre patienter gule af hensyn til vores egen indtjening. Det er meget positivt, at Sundhedsstyrelsen nu har manet denne ubehagelige mistro til vores faglige integritet i jorden.

Jeg skal gerne medgive, at der har været startproblemer med at indplacere patienterne i korrekt farvekategori. Disse problemer har vi selv gjort opmærksom på gennem lang tid, og vi er nu i gang med at løse dem i samarbejde med Danske Regioner. Ligesom man gør det med startproblemer med andre systemer i sundhedsvæsenet. Tænk blot på Sundhedsplatformen.

Evalueringen viser, at Sundhedsstyrelsen fra begyndelsen havde en forventning om, hvordan patienterne ville fordele sig i de tre farvekategorier. Det ville have været rart, hvis Sundhedsstyrelsen i 2013-14 havde delt denne forventning med Tandlægeforeningen og Danske Regioner. I givet fald kunne alle parter måske have undgået en væsentlig del af de problemer, vi står med nu.

” Jo længere man læser sig ind i evalueringen, desto mere anerkendende er den over for os

Freddie Sloth-Lisbjerg

Freddie Sloth-Lisbjerg
Formand for Tandlægeforeningen

Læs også artiklen om Sundhedsstyrelsens evaluering på side 1064.

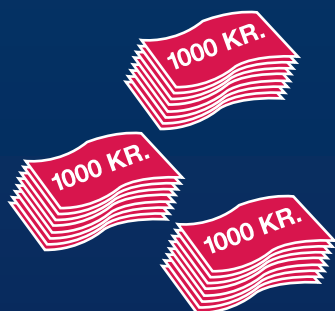


FOTO: UZETTE KÆRRE

Vi gør hverdagen lettere ...

HUSK

indbetaling til pension



tryghedsordningerne.dk

Vi kender tandlægenes behov

ERHVERVSUDYGTIGHEDSFORSIKRING:

OPGØR MED OBLIGATORIET KAN VÆRE PÅ VEJ

Efter mange års debat, om Erhvervsudygtighedsforsikringen skal være obligatorisk, trækker hovedbestyrelsen nu en streg i sandet og sender spørgsmålet til urafstemning blandt medlemmerne. Internt i hovedbestyrelsen har man taget stilling til spørgsmålet.

Gitte Almer Nielsen

Skal Erhvervsudygtighedsforsikringens grundmodul fortsat være obligatorisk for privatpraktiserende medlemmer? Eller er tiden løbet fra idéen om, at en fagforening kan tvinge medlemmer til at tegne en solidarisk forsikring? Det skal Tandlægeforeningens privatpraktiserende medlemmer tage stilling til næste år, hvor spørgsmålet bliver sendt til urafstemning.

- I alle de 15 år, jeg har været i fagpolitik, har vi diskuteret, om Erhvervsudygtighedsforsikringen skal være obligatorisk eller ej. Nu ulmer uroen yderligere pga. en øget præmie og en stramning af betingelserne. Derfor synes vi, det er rigtigt at spørge medlemmerne, hvad de synes. Det er en forsikring, der har stor betydning for den enkeltes økonomi og sikkerhed, understreger Freddie Sloth-Lisbjerg, formand for Tandlægeforeningen.

Formanden erkender, at det er et svært spørgsmål, som medlemmerne bliver stillet overfor. Også i hovedbestyrelsen har spørgsmålet været udfordrende, bl.a. fordi der er mange forskellige interesser på spil. På den ene side oplever foreningen, at især de unge tandlæger frasier sig medlemskab, fordi de ikke ønsker at tegne Erhvervsudygtighedsforsikringen, mens gruppen af lidt ældre tandlæger oplever at have glæde af forsikringen.

- Vi har diskuteret det meget intenst, og vi bakker 100 % op om nødvendigheden af en solidarisk erhvervsudygtighedsforsikring, men vi mener ikke, den bør være obligatorisk, fastslår formanden.

Politisk selvmord

Afstemningen er planlagt til primo marts 2018. I beslutningsgrundlaget for afstemningen fremgår det, at det

kun er en vejledende urafstemning. Men ifølge Freddie Sloth-Lisbjerg er der tale om juristeri og ikke en kattelerm.

- Afstemningen er politisk bindende, og jeg har ikke fantasi til at forestille mig, at man ikke vil følge resultatet. Det ville være politisk selvmord, siger Freddie Sloth-Lisbjerg.

Tandlægeforeningen har planlagt seks medlemsmøder, hvor Erhvervsudygtighedsforsikringen vil være på dagsordenen (se side 1075), og der vil også blive udarbejdet informationsmateriale, der skal sikre, at medlemmerne træffer beslutning på et oplyst grundlag.

I næste nummer af Tandlægebladet kan du læse meget mere om urafstemningen og Erhvervsudygtighedsforsikringen.

Ændringer i Erhvervsudygtighedsforsikringen

Fra 1. januar 2018 stiger præmien med 7 %, men holdes på samme niveau som i 2011. Det skyldes, at udbetalinger og hensættelser til syge tandlæger overstiger indbetalingen til forsikringen. Der bliver fra 1. januar strammet på vilkårene for udbetaling grundet psykiske lidelser, herunder bl.a. stress, depression og angst. Fremover kan der kun ske udbetaling i op til to år for de lidelser.

Kilde: *Tandlægernes Tryghedsordninger*

FRIT VALG IGEN

Fra årsskiftet er der igen tilskud til tandbehandling i privat praksis af børn under 16 år og patienter i omsorgstandplejen.

Det er regeringen, der sammen med et flertal i Folketinget har besluttet at genindføre den såkaldte fritvalgsordning, som den socialdemokratiske regering for år tilbage afskaffede.

KONTANT-UDSENDELSE FÅR EFTERSPIG



Da Kontant på DR midt i november bragte programmet **De Dyre Tandlæger**, var udsendelsen fyldt med grundløse påstande, fejl og udeladte oplysninger. Det mener Tandlægeforeningen, der efter forsøg på dialog med redaktionen bag programmet har klaget til lytternes og seernes redaktør i DR.

– Jeg har oplevet meget i mine 17 år som presse- og kommunikationschef i Tandlægeforeningen, men **jeg har aldrig været ude for noget lignende**. Vi har tidligere haft et fint samarbejde med Kontant-redaktionen, hvor der er blevet gået til stålet, men fakta har været korrekte. Det har ikke været tilfældet denne gang. Derfor er det naturligvis en sag, vi tager meget alvorligt, siger Claus Jørgensen.

Bl.a. påstås det i programmet, at indtjeningen på danske tandklinikker er steget med 38 % på tre år, og at tandlægeområdet er præget af kartellignende forhold.

Tandlægeforeningen har derfor **besluttet at klage over udsendelsen** til lytternes og seernes redaktør i DR.

5.300.000.000 KR.

Den skønnede årlige omsætning på landets ca. 1.900 private tandlægeklinikker.

KILDE: TANDLÆGEFORENINGEN IF. RAPPORTEN "TANDLÆGEKÆDERS EJERSKABSRESTRIKTIONER" CEPOS



Foto: Shutterstock

DANSK FORSKNINGSNYT

SELV SMÅ BEVÆGELSER KAN ØDELÆGGE EN CBCT

Tre millimeter er ikke ret meget. Men hvis en patient **flytter hovedet** bare 3 mm under eksponeringen ved en CBCT-optagelse, kan det **gå ud over billedkvaliteten**. Det er konklusionen på en klinisk undersøgelse foretaget på Institut for Odontologi og Oral Sundhed ved Aarhus Universitet.

Der blev foretaget 162 CBCT-undersøgelser på 134 patienter med en gennemsnitsalder på 27,2 år. Under eksponeringen blev ændringer i patienternes hovedstilling registreret med et accelerometer-gyroskopsystem. Efterfølgende blev optagelserne vurderet af tre erfarne observatører, som bedømte, om billederne var uskarpe, og om billedkvaliteten var så dårlig, at optagelserne ikke kunne bruges til den ønskede diagnostik.

Resultaterne viste, at der var signifikant risiko for **uacceptable billeder**, hvis patienten bevægede hovedet 3 mm eller mere. Faktisk blev næsten halvdelen af billederne i denne undergruppe bedømt som **uegnede til diagnostik**. Også forekomst af metal eller andre radioopake materialer i billedfeltet kunne kompromittere billedkvaliteten. Hos patienter over 31 år var metalrestaureringer den hyppigste årsag til filmfejl, mens børn under 15 år havde større tilbøjelighed til at flytte hovedet end de øvrige aldersgrupper.

Spin-Neto R, Costa C, Salgado DM, Zambrana NR, Gotfredsen E, Wenzel A. Patient movement characteristics and the impact on CBCT image quality and interpretability. *Dentomaxillofac Radiol* 2017;46:20170216.

” Meget tyder på, at danskerne i langt højere grad rejser til udlandet for behandlinger, end udlændinge tager den anden vej. Det skyldes jo nok på tandlægeområdet de høje priser herhjemme

MIA AMALIE HOLSTEIN, VELFÆRDESPOLITISK CHEF, CEPOS, I BERLINGSKE DEN 1. DEC. 2017



INTERNATIONALT FORSKNINGSNYTT

AKUT BEHANDLING AF KOMPLICEREDE KRONEFRAKTURER

Det er en universelt accepteret sandhed, at tænder ikke altid knækker inden for normale børne- eller voksenklinikkers åbningstid. Den akutte behandling kommer derfor ofte til at foregå på en skadestue eller vagtklinik, hvor man typisk vil vælge den mest konservative behandling: **direkte overkapning**.

Men hvad betyder dette for tandens videre skæbne? Det prøver en ny kinesisk undersøgelse at give et svar på.

I en retrospektiv undersøgelse indgik data vedrørende 324 børn i alderen 6-16 år, som havde i alt 375 incisiver med kompliceret kronefraktur. Tænderne blev observeret i 6-140 måneder efter traumet (median 23 måneder). 57,1 % af de 28 tænder, der havde fået direkte overkapning som eneste behandling, udviklede pulpanekrose, mens frekvensen af nekrose lå på omkring 10 % for de 314 tænder, der var blevet behandlet med koronal eller partiel pulpotomi. I materialet indgik imidlertid også 33 tænder, der initialt var blevet behandlet med overkapning og efterfølgende (typisk 1-2 døgn senere) havde fået foretaget pulpotomi, og blandt disse tænder var der kun to (6,1 %), der udviklede pulpanekrose.

Forfatterne konkluderer, at **pulpotomi** er den korrekte behandling af **komplicerede kronefrakturer**, men at direkte overkapning kan være en udmærket **nødbehandling**, hvis den hurtigt følges op af pulpotomi.

Kommentar ved overtandlæge, ph.d. Eva Lauridsen, Odontologisk Videncenter, Rigshospitalet:

– Det er en interessant undersøgelse af **pulpaheling** i tænder med kompliceret **kronfraktur** baseret på et ganske omfattende materiale. Undersøgelsen viser en signifikant højere **succesrate** efter partiel pulpotomi sammenlignet med direkte overkapning. Dette resultat understreger, hvad vi allerede ved; den største trussel mod pulpaheling er bakterier!

Når man udfører partiel pulpotomi, så fjernes det superficielle pulpavæv, som er inflammert som følge af kontakt med mundhulens bakterier. Amputationsmaterialet kommer derved i kontakt med ikke-inflammeret pulpavæv, hvilket skaber bedre forhold for dannelse af ny dentin. Partiel pulpotomi giver ligeledes mulighed for en tættere **forsegling**, hvilket er helt afgørende for **helingen**. I den akutte situation er forholdene for optimal behandling ikke altid til stede. Det kan derfor være en god idé at anvende overkapning som nødbehandling efterfulgt af en partiel pulpotomi, når behandlingen kan udføres under mere kontrollerede forhold.

Det er glædeligt at bide mærke i, at endnu et studie viser, at tænder med kompliceret kronefraktur generelt har en rigtig god **prognose**, hvis de får den rette behandling.

Wang G, Wang C, Qin M.

Pulp prognosis following conservative pulp treatment in teeth with complicated crown fractures – A retrospective study. Dental Traumatol 2017;33:255-60.



SVERIGE ØGER OFFENTLIGT TILSKUD TIL TANDPLEJE

Mens danske politikeres vilje til at yde tilskud til tandbehandling er til at overse, kan patienterne på den anden side af Sundet fra næste år se frem til at få dækket **en større del** af tandlægeregningen. Det fremgår af den svenske regerings budget for 2018, hvor man har afsat 531 mio. kr. ekstra til tandplejen – et tal, der stiger til **750 mio. kr.** årligt, når reformen er fuldt implementeret.

De ekstra penge skal bruges til at **fordoble** det såkaldte tandplejebidrag, der er et fast årligt tandplejetilskud, som alle svenske patienter får. Fordoblingen betyder, at unge mellem 22-29 år og ældre over 65 år fremover får 600 kr. årligt mod 300 kr. i dag, mens tandplejebidraget til de 30-64-årige stiger fra 150 kr. til 300 kr. årligt.

KILDE: TANDLÄKARTIDNINGEN

NY VIDEN

COMPUTERSPIK AN INSPIRERE CARIESAKTIVE BØRN TIL AT ÆNDRE KOSTVANER

Børn bruger i gennemsnit ni en halv time om ugen på computerspil, og det synes derfor oplagt at bruge computerspil til at snige lidt lærdom ind i børnenes hoveder. Ifølge en randomiseret kontrolleret undersøgelse fra England er det faktisk muligt at få **sundhedspædagogiske budskaber** igennem ved hjælp af **computerspil**.

I undersøgelsen indgik 109 socialt belastede børn med en gennemsnitsalder på 6,5 år. Børnene havde så alvorlige cariesproblemer, at der var behov for behandling i generel anæstesi. 54 af børnene fik sammen med deres forældre orientering om mundhygiejne og sunde kostvaner i en individuel seance med en tandplejer, og de øvrige 55 fik informationen via et specielt udviklet computerspil, som de spillede sammen med deres forældre på klinikken. Ved et opfølgende telefoninterview tre måneder senere kunne man konstatere, at forældre og børn i begge grupper havde fået større viden om kost og mundhygiejne, og at der i begge grupper var sket en **reduktion i forbruget af læskedrikke** og usunde fødevarer. Der var ingen signifikante forskelle imellem grupperne.

Børnene var generelt begejstrede for computerspillet, selv om kun en fjerdedel af dem havde lyst til at spille det mere end én gang; men der var en tendens til, at de ældste af børnene fandt spillet for nemt. Forfatterne konkluderede, at **computerspil kan inspirere** nogle familier med cariesaktive børn til at ændre kostvaner.

Aljafari A, Gallagher JE, Hosey MT. Can oral health education be delivered to high-caries-risk children and their parents using a computer game? – A randomized controlled trial. Int J Paediatric Dent 2017;27:476-85.



Illustration: Shutterstock

NY VIDEN

KVALITETEN AF SUNDHEDS-OPLYSNINGER VIA GOOGLE ER RIMELIG HØJ

Det er en kendt sag, at patienter i stort omfang søger information om deres helbred, sygdomme og behandlingsmuligheder på internettet. Og det kan være bekymrende, hvis den information, de finder, er misvisende, forældet, udokumenteret eller slet og ret ubrugelig.

En brasiliansk forskergruppe har prøvet at søge efter "gum disease" på Google og MedlinePlus og efterfølgende analyseret de første 200 hits efter kvalitetskriterier, som er formuleret af den amerikanske lægeforenings tidsskrift (JAMA) og den schweiziske non-profit organisation Health On the Net Foundation (HONCode).

Ikke overraskende var kvaliteten af informationerne signifikant højere på MedlinePlus end på Google; men faktisk var **kvaliteten også rimeligt høj på Google**, især hvis man holdt sig til de første 10 hits. Journalistiske hjemmesider og sundhedsportaler scorede højest, mens kvaliteten var mere svingende på kommercielle sider og på tandlægeklinikkens hjemmesider. Det, der især mangler på tandlægenes hjemmesider, er oplysninger om, hvem der har skrevet teksten, hvor informationerne stammer fra, samt hvornår hjemmesiden er opdateret.

Forfatterne nævner i øvrigt, at sundhedsprofessionelle også oftere søger informationer på Google end på videnskabeligt funderede sites som PubMed.

Bizzi I, Ghezzi P, Paudyal P. Health information quality of websites on periodontology. *J Clin Periodontol* 2017;44:308-14.

NY VIDEN

YOUTUBE-VIDEOER OM CARIES IMPONERER IKKE

YouTube er meget andet end musikvideoer og kattevideoer. For den nuværende generation af **småbørnsforældre** er kanalen også et naturligt sted at søge **oplysning om sundhed og sygdom**. En jordansk/britisk forskergruppe har derfor forsøgt at vurdere kvaliteten af de videoer, der fremkommer, når man på YouTube søger på *Early Childhood Caries* (ECC). I alt gav søgningen 2.300 videoer, hvoraf de første 60 blev undersøgt nærmere. 30 videoer blev frasorteret som irrelevante, mens de øvrige 30 blev kvalitetsvurderet efter retningslinjer, som *American Academy of Pediatric Dentistry* har udgivet.

Over 80 % af videoerne var produceret af tandlæger, forskningsenheder eller faglige organisationer. Alligevel var det faglige niveau **ikke imponerende**. I alt kunne opnås 13 point, og gennemsnittet var 5,1 point (spredning 1-11). Kun godt halvdelen af videoerne viste kliniske billeder af caries, og næsten ingen viste billeder af tidlige tegn på caries. 66,7 % omtalte natlig brug af sutteflaske som en årsag til ECC; men kun 25 % nævnte, at søde mellemmåltider kunne være en årsag. Tilsvarende blev tandbørstning og besøg hos tandlægen anbefalet i hhv. 70 % og 56 % af videoerne, mens fluor-tandpasta og fluorbehandling hos tandlægen meget sjældent blev omtalt. Endelig gav flere af videoerne direkte misvisende information om indtag af frugt og juice.

Forskerne anbefaler, at tandlæger oplyser forældre til småbørn, om at man ikke kan **forlade sig på** YouTube, hvis man vil finde oplysning om ECC.

Elkarmi R, Hassona Y, Taimeh D et al. YouTube as a source for parents' education on early childhood caries. *Int J Paediatric Dent* 2017;27:437-43.



DANSK FORSKNINGSNYT

GIPSMODELLER ER MERE PRÆCISE END DIGITALT FREMSTILLEDE MODELLER

FOTO: WINNIE BRODAM

Der kan være mange gode grunde til at anvende **digital teknik** frem for **traditionel aftrykstagning**, når man fremstiller kroner og broer. Men ifølge en ny *in vitro*-undersøgelse, som er udført på Odontologisk Institut ved Københavns Universitet, ser det ud til, at gipsmodeller stadig giver en **mere nøjagtig gengivelse** af virkeligheden end digitalt fremstillede modeller.

På et fantom blev der udført chamferpræparation svarende til en femleddet bro fra 7+ til 3+. Den aktuelle kvadrant blev scannet ni gange med en digital scanner, hvorefter der blev fremstillet modeller med stereolitografisk additiv teknik (SLA). Der blev brugt to forskellige SLA-systemer (Dreve og Scanbiz, ni af hver). Endelig blev der taget ni konventionelle aftryk med polyvinyl siloxan, som blev udstøbt med gips. Modellernes overensstemmelse med den oprindelige fantommodel blev beregnet ved hjælp af en ekstraoral scanner.

Resultaterne viste, at **gipsmodellerne** var **mere akkurate** end de digitalt fremstillede modeller, og at Dreve-systemet gav mere akkurate modeller end Scanbiz. Forfatterne anbefaler, at klinikere og laboratorieteknikere bør overveje, hvilken type **SLA-modeller** de arbejder med, da dette kan have betydning for præcisionen af de færdige restaureringer.

Al-Imam H, Gram M, Benetti AR, Gotfredsen K. Accuracy of stereolithography additive casts used in a digital workflow. J Prosthet Dent 2017 Aug 4; DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.05.020>. [Epub ahead of print]

474.010

Antallet af patienter der modtog en eller flere tanddrossrensninger i 2016.
Det er 119.110 flere end i 2012.

KILDE: SUNDHEDSSTYRELSEN

LÆS MERE PÅ SIDE 1064

DANSK FORSKNINGSNYT

5.000 PPM FLUORID ØGER FLUORIDKONCENTRATIONEN I SPYT OG BIOFILM

Tandlæger ordinerer ofte tandpasta med højt fluoridindhold (5.000 ppm) til meget cariesaktive patienter; men den hidtil eneste kliniske undersøgelse af effekten af tandpasta med 5.000 ppm fluorid har ikke kunnet påvise nogen ændring i cariesincidens. En forudsætning for effekt er, at tilførsel af fluorid i høje koncentrationer fører til forøget fluoridkoncentration i spyt og biofilm, og en ny undersøgelse foretaget på Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet, tyder på, at dette faktisk er tilfældet.

Undersøgelsen var designet som et randomiseret dobbeltblindt overkrydsningsstudie. Forsøgspersonerne var 12 kvindelige tandlægestuderende, som i tre perioder a tre uger skyllede mund med opløsninger med hhv. 0 ppm, 1.500 ppm og 5.000 ppm fluorid. De første to uger i hver periode børstede forsøgspersonerne tænder med en tandpasta uden fluorid, og den sidste uge afstod de fra tandbørstning, så en biofilm kunne dannes. Ved afslutningen af hver periode blev der taget prøver af spyt og biofilm umiddelbart før samt 0, 10, 30 og 60 minutter efter den sidste skylning.

Fluoridkoncentrationen i spyt og dental biofilm var signifikant højere efter skylning med 5.000 ppm fluorid end efter 0 og 1.500 ppm. Forfatterne konkluderer derfor, at **brug af tandpasta med 5.000 ppm fluorid kan være et redskab til bedre carieskontrol.**

Staub Larsen L, Baelum V, Tenuta LMA, Richards A, Nyvad B.
Fluoride in saliva and dental biofilm after 1500 and 5000 ppm fluoride exposure.
Clin Oral Invest 2017; doi: 10.1007/s00784-017-2195-y. [Epub ahead of print]



Foto: Shutterstock



Vores bud på en optimal klasse II fyldning



1

Optimale kontaktpunkter
Palodent® V3
Sektionsmatrixsystem



2

Pålidelig binding
Prime&Bond active™
Universalbonding



3

Perfekt adaption i kaviteten
SDR® flow+
Selvudjævnende
bulkfyldningsmateriale



4

Udmærket æstetik
ceram.x®
Universal nanokeramisk
komposit

www.dentsply.eu

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 **Dentsply
Sirona**

ER TANDLÆGERS ANNONCERING GÅET FOR VIDT?

Antallet af tandlæger, der annoncerer på busser, er steget med 700 %.
Se side 1007



IRENE ØSTERBY
Privatansat, Ansager

Er tandlægers annoncering gået for vidt?

– Det må være op til den enkelte, hvordan man reklamerer, så længe det bliver holdt på et sagligt niveau og ikke bliver for discountagtigt. Som tandlæge kan man måske godt tænke på at reklamere de mere seriøse steder som fx aviser. Men igen, der er ikke så mange, der holder den skrevne avis længere, så det kan godt være svært.

Annoncerer du?

– Nej. Vi er en forholdsvis lille klinik, der dækker et stort område, så folk er ofte kommet her i mange år. Eller så kommer de, fordi de har hørt om klinikken fra nogen, der kommer her.

Kunne du selv finde på at annoncere på en bus?

– Ikke umiddelbart. Det betyder nok, at der ikke er samme behov for at annoncere herude. Der er slet ikke de samme valgmuligheder for patienterne, som der er i en større by.



MARIE HOFFMANN
Klinikejer, Hareskovby

Er tandlægers annoncering gået for vidt?

– Nej, det er nye tider, og man må markedsføre sig derefter. Jeg synes ikke, at man skal gå ud og lave alle mulige tilbud – hvilket vi jo heller ikke må. Men at gøre opmærksom på sig selv, og at der ligger en klinik, det må man gerne. Hvor skulle folk ellers vide det fra?

Annoncerer du?

– Ja. Jeg betaler til Google AdWords og KRAK for at få mig op i søgefeltet. Og så har jeg gjort lidt i lokalavisen, men det var for dyrt i forhold til, hvad jeg fik ud af det.

Kunne du finde på at reklamere på en bus?

– Nej, nej, nej. Det her er en enkeltmandspraksis, så det ville være fuldstændig overdrevet. Første gang jeg så en, tænkte jeg da "hold da op", men det er ikke noget, jeg kan hidse mig op over. Det må jo kunne betale sig for dem.



OLE SLOTH ANDERSEN
Sæby

Er tandlægers annoncering gået for vidt?

– Nej, det synes jeg ikke. Det er jo sådan i mange brancher – det skal bare holdes etisk forsvarligt! Med det mener jeg, at man ikke skal føre sig frem på andres bekostning, og man skal give en korrekt beskrivelse af, hvad klinikken kan tilbyde.

Annoncerer du?

– Ja, det gør jeg. Vi har en annonce med billede i lokalavisen hver uge.

Er det i orden, at tandlæger markedsfører sig som en kommerciel vare?

– Selvom vi er sundhedspersoner, er det også et liberalt erhverv. Vi skal jo tiltrække kunder ligesom fx fysioterapeuter og kiropraktorer. Så så længe man gør det ordentligt og holder den rigtige balancegang, kan jeg ikke se problemet.

ABSTRACT

Hvordan hjælpes mennesker med stofproblemer

Ansvar for behandlingen af stofafhængige er placeret i kommunerne, som imidlertid kan delegerer hele eller dele af behandlingen til private institutioner eller til andre kommuner. De stofafhængige har et retskrav på at komme i behandling, og dette gælder også den medicamentelle behandling, senest 14 dage efter deres henvendelse til behandlingssystemet. Behandlingen retter sig ikke kun mod stofafhængigheden, men også mod de psykiske, sociale og helbredsrelaterede problemer, som belaster flertallet af de stofafhængige. Der skønnes at være ca. 33.000 stofafhængige i Danmark, heraf ca. 20.000 heroinafhængige, og halvdelen af disse indtager stofferne intravenøst, og det er specielt i denne gruppe, man ser store helbredsrelaterede problemer. I 2014 var ca. 16.000 personer i behandling, heraf 7.000 personer i substitutionsbehandling og flertallet i behandling med metadon. Behandlingssystemet har problemer med både at tiltrække og fastholde de stofafhængige i behandlingen.



Henvendelse til forfatter:
Peter Ege, email: P.Ege@dadlnet.dk

Behandling af mennesker med stofafhængighed

Peter Ege, konsulent, fhv. socialoverlæge, Københavns Kommune

Accepteret til publikation den 11. januar 2017

Misbrug defineres i henhold til diagnosesystemerne (WHO ICD-10 og DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual-IV)) som et brug, der er fysisk og/eller psykisk skadeligt for brugeren. Afhængighed er en syndromdiagnose, der inkluderer toleransudvikling, abstinenssymptomer ved ophør med indtagelsen af et givet stof eller medikament og stoftrang karakteriseret ved svækket evne til at styre indtagelsen af stoffet; stofindtagelsen får en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug, og der ses et vedblivende brug trods erkendte skadevirkninger. I WHO's diagnosesystem udelukker diagnosen "afhængighed" diagnosen "misbrug", hvilket betyder, at man ikke kan betegnes som både misbruger og afhængig. I praksis giver denne skelnen dog ikke megen mening, idet grænsen mellem misbrug og afhængighed ofte er flydende (1).

Som konsekvens heraf reviderede det amerikanske Psykiatriske Selskab det psykiatriske diagnosesystem (DSM-IV), og diagnosen "misbrug" er fjernet i det senest publicerede DSM-V (2). WHO forventes at foretage tilsvarende ændringer. Når der i det følgende skrives om stoffer og rusmidler, vil anvendelsen af disse blive dikotomiseret i det ikke destruktive og normalt socialt accepterede **brug** og i **afhængighed**, som er et tvangsmæssigt brug af en sådan størrelsesorden og på en sådan måde hos en given person, at det har negative konsekvenser for brugeren selv og ofte også for omgivelserne. Betegnelserne misbrug og afhængighed vil dog stadig blive brugt, når der refereres til artikler mv. hvor disse betegnelser er brugt, og hvor det ikke vil være korrekt at ændre terminologien.

Sygdomme hos personer med stofafhængighed

Stofafhængige har en stor somatisk sygelighed og dødelighed. Livet og afhængigheden slider på dem. Deres sygdomme skyldes dels det intravenøse brug og de deraf følgende infektioner som endokarditis, HIV, hepatitis, især hepatitis C, som flertallet af de intravenøse brugere pådrager sig, dels de stofafhængiges livsstil præget af social elendighed, arbejdsløsh-

EMNEORD

Drug addiction;
opioids;
treatment

Faktaboks

Sundhedsskader ved biocider

- Det anslås, at der er ca. 33.000 behandlingskrævende stofafhængige i Danmark.
- Ca. 20.000 er opioidafhængige, og 13.000 har et intravenøst brug af stoffer; især denne sidste gruppe har store helbredsmæssige problemer, inkl. tandsygdomme.
- Ca. 16.000 personer var i behandling i 2014. 7.000 er i substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin.
- Der anvendes årligt ca. 1 mia. kr. på behandling.

hed og dårlige boligforhold og for manges vedkommende hjemløshed. Det betyder, at de også er ramt af de typiske livsstilssygdomme, kredsløbslidelser og KOL. Herudover rammes mange stofafhængige af tandsygdomme (se efterfølgende oversigtsartikler i dette temanummer).

Formålet med denne oversigtsartikel er at beskrive behandlingssystemet i Danmark, herunder de lovgivningsmæssige rammer, målgrupper for behandlingen, de anvendte behandlingsmetoder og de udfordringer, som behandlingssystemet står overfor.

Lovgrundlag og organisering

Med kommunalreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 fik de nye kommuner det primære ansvar for behandlingen af stofafhængige. Kommunerne kan vælge at udføre hele behandlingen selv, hvilket er det mest almindelige, eller de kan købe hele eller dele af behandlingen i andre kommuner, i regionen eller hos private. Men uanset hvor meget eller lidt de udliciterer, er det bopælskommunen, der har det samlede overordnede ansvar for behandlingen og er forpligtiget til i et samarbejde med stofbrugeren at udarbejde en behandlingsplan og en social handleplan (Servicelovens §141), der angiver de kort- og langsigtede mål for behandlingen, og de behandlingsmæssige og sociale foranstaltninger, som skal sættes i værk for at realisere målene (3).

Stofbrugere har siden 2003 haft krav på at kunne komme i behandling 14 dage efter, at de har henvendt sig til kommunen med et ønske om behandling (3). Retten gjaldt dog indtil januar 2015 kun den sociale del af behandlingen og ikke den medikamentelle. De har ligeledes ret til frit at vælge mellem behandlingstilbud af tilsvarende karakter. Lovændringen (4) indebærer, at:

- den behandlingsgaranti, der gælder for den sociale behandling, også kommer til at gælde den sundhedsfaglige behandling, fx abstinensbehandling og behandling af psykiske og somatiske komplikationer til misbruget,

- alle brugere, der henvender sig til en kommunal behandlingsskole, aktivt skal tilbydes en lægesamtale inden for 14 dage uanset problemløstets karakter. I dag er det de færreste brugere, der ses af en læge på noget tidspunkt af behandlingen.
- brugerne får frit valg indenfor visse rammer til at vælge mellem forskellige offentlige og private sundhedsfaglige tilbud.

De foreslåede ændringer kan komme til at betyde et væsentligt løft i behandlingens kvalitet, men det bliver ikke helt nemt for kommunerne at indfri de intentioner, der ligger i forslaget til loven pga. vanskelighederne med at rekruttere det nødvendige sundhedsfaglige personale.

Det påhviler kommunalbestyrelsen efter Sundhedslovens §132 at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende midler til personer med et problematisk opioidbrug (abstinens- og substitutionsbehandling) (4,5).

Behandlingen er helt overvejende frivillig. Der er i lovgivningen begrænsede muligheder for behandling med tvang, specielt i forhold til gravide, men denne lovgivning har kun været anvendt i ganske få tilfælde, siden den trådte i kraft i 2008.

Behandlingens genstandsområder

Problembrug af et eller flere rusmidler

Behandlingen bør primært rette sig mod det tvangsprægede, destruktive brug. Afgiftning eller nedtrapning og det at gøre folk stoffri er sjældent noget problem. Problemet er at vedligeholde den opnåede stoffrihed og at minimere de negative konsekvenser af de helt uundgåelige tilbagefald.

De metoder, behandlingsskolerne kan anvende her, er at forsøge at lære folk strategier, der mindsker risikoen for tilbagefald, at tilføre den viden og de sociale og psykiske ressourcer, der gør sådanne strategier mulige, og at etablere tilknytning til selvhjælpsgrupper (AN grupper, dvs. Anonyme Narkomaner mv.). Alternativt kan man forsøge at stabilisere problembruget ved konstant administration af metadon eller buprenorfin (længerevarende substitutionsbehandling) på en sådan måde og i sådanne doser, at de psykomotoriske funktioner ikke påvirkes negativt, og således den vej rundt forsøge at reducere trangten til stoffer.

Psykiske og personlige problemer

I nogle tilfælde er opgaven diagnostisk og henvisende. Hvis der foreligger en psykose (skizofreni eller anden paranoid psykose) er den relevante foranstaltning henvisning til det psykiatriske behandlingssystem. Herudover er behandlingen rådgivning, evt. medikamentel behandling, evt. psykoterapi, deltagelse i selvhjælpsgrupper og aktiviteter med henblik på styrkelse af selvværd og social kompetence.

Sociale problemer

Disse står oftest i kø hos stofbrugeren. Der er problemer i forhold til bolig, økonomi, gæld, arbejde og uddannelse. Der er →

altid behov for socialrådgiverfaglig bistand i et samarbejde med brugerens socialcenter. Erfaringsmæssigt har stofbrugerne ofte svært ved at benytte det normale bistandssystem, og en effektiv hjælp forudsætter derfor, at løsningen af sociale problemer integreres i den øvrige behandling. Det er vigtigt, at behandlingen af stofafhængigheden og afhjælpningen af sociale problemer integreres fra behandlingens start. Det er fastsat ved lov, at der meget hurtigt efter behandlingens påbegyndelse skal udarbejdes en "social handleplan". Denne skal udfærdiges i et samarbejde mellem stofbrugeren, den kommunale behandlingsinstitution og kommunens socialcenter. I den sociale handleplan fastlægges kort- og langsigtede mål for indsatsen, hvordan målene realiseres og indenfor hvilken tidsramme. Handleplanen skal løbende revideres, dvs. ca. hver tredje måned, og skal fungere som et styringsredskab samt som den overordnede plan for den samlede indsats. Selvom handleplaner er lovfæstede, er alt for mange behandlingsforløb karakteriserede ved, at der ikke eksisterer handleplaner eller kun helt indholdstomme sådanne. Forklaringen på dette er ofte, at handleplanen kun er et bureaukratisk instrument, eller at udarbejdelse af en handleplan må afvente, at det problematiske stofbrug "færdigbehandles", men kan bedst anskues som en manglende professionalisme fra behandlingsinstitutionernes side.

Hjælp til (gen)etablering af det sociale netværk og til at bryde den sociale isolation

Denne indsats er lige så vanskelig, som den er vigtig. Ofte er det umiddelbare resultat af en vellykket behandling, at stofbrugeren bryder med det stofbrugende miljø, med det resultat at ensomheden bliver et helt dominerende problem. Der skal gøres et målrettet arbejde for at skabe tilknytning til den oprindelige familie og til selvhjælpsgrupper, og i øvrigt må afhjælpningen af den sociale isolation integreres i bearbejdningen af de sociale, personlige og psykiske problemer.

Helbredsmæssige problemer

Alle stofmisbrugere, som henvender sig, skal undersøges og tilbydes behandling for deres helbredsmæssige problemer. Dette kan ske hos deres egen læge, men erfaringen viser, at det oftest ikke sker der. Det skyldes ofte, at den aktive stofafhængige har haft for travlt med at skaffe stoffer til at bekymre sig om og gøre noget ved sine helbredsproblemer, og at livet som stofafhængig – og stofferne – har undertrykt de symptomer, der måtte være. Stofbrugere har undertiden også et ret så dårligt og nedslidt forhold til deres egen læge, fordi de har brugt deres læge mere som en forsyningskilde til diverse stoffer (smertestillende, sove- og nervemedicin) end som egentlig læge. Desuden passer den måde, den praktiserende læge organiserer sin virksomhed på, ofte svært dårligt med den stofafhængiges kaotiske og "fortravlede" tilværelse. Dette indebærer, at lægen ved behandlingsinstitutionerne kan og skal behandle de ofte mange helbredsmæssige problemer, stofmisbrugerne frembyder, med en orientering til og i et samarbejde med egen læge. Indtil si-

tuationen er så tilpas stabiliseret, at forholdet til egen læge kan normaliseres.

Behandlingen skal oftest være langvarig, fra måneder til år. Og det er ubetinget en nødvendighed i betragtning af problemets sammensatte karakter, at den er tværfagligt organiseret.

Indholdet i behandlingen kan karakteriseres som en kombination af sociale tilbud og social støtte, psykosocial rådgivning, aktiviteter med henblik på at udvikle/fremme social kompetence, psykologisk og medikamentel behandling. Området har i høj grad været præget af eksperimenteren, af metodeusikkerhed, manglende efteruddannelse og manglende supervision, men der kan spores en både faglig og politisk vilje til at kvalitetsforbedre arbejdet.

Uanset at behandlingsarbejdet næppe endnu har trådt sine børnesko, skal man ikke undervurdere dets positive effekt. Behandlingen virker så længe, den varer, og ofte også, hvis den har været tilstrækkeligt kvalificeret, ud over behandlingstiden (6,7). Men virkning betyder her langtfra kun stoffrihed (og ofte er dette slet ikke relevant, fx ved substitutionsbehandling). Det betyder snarere en reduktion af de skader, den stofafhængige påfører sig selv og andre, et bedre helbred, mindre kriminalitet, større social integration og i det hele taget en bedre livskvalitet – med eller uden stoffer.

Hvad forstås vi ved behandling?

Meget kort kan behandling defineres som en systematisk, planlagt aktivitet, der sigter mod en forandring og bedring hos den enkelte, en forandring, der gerne skulle manifestere sig som en ændret adfærd. Denne systematiske aktivitet er organiseret i et behandlingssystem, der helst skal rumme følgende bestanddele:

En indgangsport

Visitation

Vurdering/diagnosticering

Fordeling af de hjælpøgende til relevante foranstaltninger.

Den konkrete behandling kan finde sted i

Ambulant og/eller døgnregi,

og den kan være

medikamentelt eller ikke-medikamentelt understøttet (stoffri).

Den medicinske behandling kan inddeles i:

Afgiftning

Antagonistbehandling

Substitutionsbehandling

Behandling af komplicerende somatiske og/eller psykiatriske tilstande.

Uanset om behandlingen er ambulant eller døgnbaseret, medikamentelt understøttet eller ikke-medikamentelt understøttet, skal der kunne tilbydes klienten en række ydelser, der kan kaldes *uspecifikke*, i og med de skal kunne tilbydes ved enhver form for behandling:

Rådgivning

Sociale ydelser (bolig, økonomi, beskæftigelse)

Psykiatrisk/psykologisk/psykoterapeutisk behandling
Lægelige ydelser
Tilknytning til selvhjælpsgrupper/andre uformelle netværk

Dag eller døgnbehandling

Der bør være et behandlingstilbud til alle stofmisbrugere i de ofte lange perioder af deres liv, hvor de har behov for hjælp. Et differentieret ambulante behandlingstilbud er den nødvendige forudsætning for at kunne realisere dette, *suppleret* med døgnforanstaltninger til de personer, der i afgrænsede faser af deres behandlingsforløb har behov for miljøskift og en mere massiv og struktureret påvirkning, ofte i forbindelse med forsøg på at opnå stoffrihed. Problemstillingen dag eller døgnbehandling er følgelig falsk, men netop på grund af behandlingens langvarighed bliver ambulante behandling det basale.

Døgnbehandling skal opfattes som et supplement til den ambulante behandling, men også som et undertiden nødvendigt supplement. Nogle stofmisbrugerers situation kan i perioder være så kaotisk, at døgnbehandling er nødvendig. Der kan være behov for miljøskift eller en intensiv struktureret påvirkning; afgiftninger kan i nogle tilfælde kun gennemføres under indlæggelse eller i andet døgnregi osv. Men døgnbehandling bør altid være en fase i en samlet behandlingsplan – ikke hele behandlingen.

Der findes mange forskellige former for døgnbehandling, og de psykiatriske afdelingers tilbud er det mindste af det. Man kan gruppere dem i familieplejetilbud, socialpædagogiske kollektiver, som lægger hovedvægten på socialisering, stramt strukturerede, hierarkiske terapeutiske samfund (som man har få af i Danmark sammenlignet med Norge og Sverige), Minnesota behandlingsinstitutioner og en lang række ”hybrider”, som indeholder elementer fra flere af de ovennævnte.

Minnesota modellen er i dag det helt dominerende døgnbehandlingstilbud, hvad der hænger sammen med den voldsomme vækst i antallet af selvhjælpsgrupper, og at behandlingen er billigere end andre former for døgnbehandling.

Døgnbehandling har en effekt, men i sig selv er den meget beskedent (7). Vurderet på opnåelse af stoffrihed er det næppe flere end 10-15 % af de behandlede, der opnår stoffrihed årligt (8), så det er marginale effekter, vi taler om, men bedre end ingenting, og som nævnt giver det ikke nogen særlig mening at vurdere døgnbehandling isoleret fra det samlede behandlingsforløb. Center for Rusmiddelforskning har evalueret flere danske døgnbehandlingstilbud og fandt, at effekten generelt set var den samme i de forskellige typer af døgninstitutioner (9). Men det betyder ikke, at alle døgninstitutioner var lige gode, faktisk var der nogle, der var dobbelt så gode som andre. Det, der bl.a. karakteriserede de gode institutioner, var kompetence og professionalitet, en systematisk og reflekterende praksis baseret på en god skriftlig dokumentation, klarhed i metoden, erfarne behandlere, lavt personaleflow, fravær af konflikter i institutionen og rummelighed.

KLINISK RELEVANS



De fleste stofafhængige og specielt de ældre opioidafhængige har massive tandproblemer, der vanskeliggør deres liv, og som er en bar-

riere i forhold til deres behandling og den videre revalideringsproces. Det er derfor afgørende vigtigt, at de får deres tænder behandlet.

Den medikamentelle behandling

Her skal kun omtales behandlingsformer, der er specifikke for stofbehandling, dvs. afgiftning og behandling med agonister (substitutionsbehandling), og ikke den symptomatiske behandling med beroligende, angstdæmpende, antidepressive og anti-psykotiske lægemidler, som følger de samme retningslinjer som ved behandling af ikke-problebrugende psykotiske patienter. Der har været en tendens til at se den medikamentelle og den stoffri behandling som hinandens modsætninger, og der har især fra tilhængerne af den stoffri behandling nærmest været ført religionskrig mod den medikamentelle behandling. Det er imidlertid uhensigtsmæssigt at opfatte den medikamentelle og den ikke-medikamentelle (psykosociale) behandling som hinandens modsætninger. Den medikamentelle behandling kan i mange tilfælde stå alene, men ofte er det nødvendigt at supplere med en psykosocial indsats for at opnå en effekt. I de fleste tilfælde er der tale om en synergieffekt mellem den medikamentelle og den psykosociale behandling. I nogle tilfælde, eller rettere i perioder af et behandlingsforløb, kan behandlingen udelukkende være ikke-medikamentel, psykosocial, psykoterapeutisk eller miljøterapeutisk behandling, men i de fleste tilfælde er den medikamentelle behandling en forudsætning for den psykosociale behandling, af den simple grund, at patienten ikke vil være tilgængelig for nogen som helst form for behandling uden en samtidig medikamentel intervention.

Afgiftning

En afgiftning kan defineres som den proces, hvor en person, der er fysisk afhængig af et rusmiddel, hjælpes ud af brugen af det pågældende stof, enten abrupt eller gradvist. En afgiftning sker således under alle omstændigheder, når en person, der er fysisk afhængig af et stof, ophører med brugen af stoffet. Afhængigt af hvilket rusmiddel det drejer sig om samt graden af fysisk afhængighed og personkarakteristika (fx forventningsangst), kan abstinenssymptomerne gå fra det bagatelagte til det meget ubehagelige, evt. livstruende. Symptomer-nes sværhedsgrad er naturligvis bestemmende for, om en person skal tilbydes en gradvis medicinsk afgiftning (også kaldet nedtrapning) for at mindske abstinenssymptomernes sværhedsgrad.

Abstinenssymptomerne efter ophør med cannabis, hallucinogener og centralstimulantia er så moderate, at der ingen

gevinst er ved en medicinsk afgiftning, bortset fra evt. symptomatisk behandling. Medicinsk behandling kommer således kun på tale ved afgiftning fra opioider og benzodiazepiner samt alkohol.

En afgiftning er et indgreb eller en foranstaltning, som kun retter sig mod den fysiske afhængighed, og man må således aldrig forvente mere og andet af den end en (forbigående) afbrydelse/reduktion af den fysiske afhængighed.

Formålet med en medicinsk afgiftning er at reducere smerte og ubehag og at etablere en kontakt med den afhængige, der kan skabe grundlaget for et fortsat og længerevarende behandlingsforløb.

Ofte forlader misbrugerer imidlertid behandlingen, umiddelbart efter eller noget før den er afsluttet. Det er der intet mærkeligt i, for misbrugerer har fået opfyldt det primære formål med afgiftningen: at reducere den fysiske afhængighed. Men det tolkes fejlagtigt, som om afgiftningen er mislykkedes, og har givet anledning til en vurdering af afgiftninger som formålsløse. Det skal derfor understreges, at en medicinsk afgiftning er en human, nem og brugervenlig foranstaltning, der som regel opfylder sit formål, og som kan skabe en positiv kontakt til den afhængige.

Ved valg af afgiftningsmetode skal man gå efter det eller de præparater, der er nemme at administrere, som er medicinsk sikre og ufarlige, som er attraktive for patienten, dvs. virkningsfulde, og som er billige. Der er i tidernes løb udarbejdet utallige fantasifulde nedtrappingsregimer, som har forsynet sig mod disse simple regler.

I praksis anvendes næsten altid en agonist (som har krydstolerans med det præparat, der skal afgiftes fra), som kan indtages peroralt, som har lang virkningstid, og som har det mindst mulige afhængighedsskabende potentiale.

Afgiftning ved opioidafhængighed

Strengt taget kan man undlade at behandle abstinenssymptomerne, men humant er det ikke, og tilbud om abstinensbehandling er en god og brugervenlig indgang til den videre behandling. Mest hensigtsmæssig er anvendelsen af en agonist med lang virkningstid, dvs. metadon eller buprenorphin. Såfremt afhængigheden ikke er for udtalt (svarende til mindre end 40 mg metadon), er det hensigtsmæssigt at bruge buprenorphin, som det er lettere at trappe ud af end metadon.

Afgiftning fra benzodiazepiner

Her anvendes et benzodiazepin med lang virkningstid, fx clonazepam (Rivotril®) eller diazepam.

Den anvendte dosis skal være dækkende uden at sløve klienten unødigt. Da man sjældent ved, hvilket niveau den stofafhængige ligger på, skal man altid starte med en lav dosis, som øges gradvist over nogle få dage til tilstrækkelig effekt. Varigheden af afgiftningen er en skønssag, den afhænger af formålet med afgiftningen og skal aftales med den stofafhængige. Ved afgift-

ning med metadon er det tolerabelt, at dosis reduceres med ca. 10 % af udgangsniveauet hver eller hver anden dag, mens afgiftning med benzodiazepiner erfaringsmæssigt skal strækkes over længere tid, oftest flere måneder.

Normalt kan og skal man afgifte ambulant, men døgnanbringelse kan være nødvendigt.

Substitutionsbehandling

Substitutionsbehandling er den hyppigst anvendte og mest effektive behandling til personer, der er afhængige af opioider. Ca. 7.000 personer er i substitutionsbehandling, heraf 20-30 % i behandling med buprenorphin (10).

Hvem skal tilbydes substitutionsbehandling?

Indikationen for metadon- og anden substitutionsbehandling er primært et problemfyldt forbrug (afhængighed) af opioider. Det betyder i praksis, at behandlingen retter sig mod personer, som har haft et mangeårigt problematisk brug af opioider og i løbet af denne proces har udviklet afhængighed. Et mere eller mindre sporadisk brug er således ikke tilstrækkeligt grundlag for en substitutionsbehandling. Da substitutionsbehandling er en langvarig (undertiden livslang) og krævende behandling, vil det sjældent være første behandlingsvalg – ambulant og/eller døgnbaseret stoffri behandling bør som regel forsøges først. Men ellers gælder det, at hvis der foreligger et langvarigt, problemfyldt brug af opioider, er det primært den afhængige, der må afgøre, om en substitutionsbehandling er den bedste strategi i forhold til at frigøre sig fra et problembrug i forsøget på at komme videre med sit liv.

Også gravide skal tilbydes substitutionsbehandling, hvis alternativet til denne er et fortsat illegalt brug, som er langt mere skadeligt for fostret end en veltilrettelagt substitutionsbehandling.

Dosering

Ved påbegyndelsen af en behandling med metadon skal man altid starte på en lav dosis, dvs. 30 mg eller mindre, uanset hvor meget eller lidt stof den afhængige oplyser at have taget inden behandlingens start. Det er svært at vurdere forbrugets størrelse pga. dets illegale karakter, og hvis toleransen overfor opioider har været lille, risikerer man at slå den behandlede ihjel ved at anvende større doser end 30 mg. Herefter stiger man i dosis med 10 mg hver anden dag, indtil den behandlede ikke længere klager over abstinenssymptomer, men ikke mere end at de psykomotoriske funktioner er upåvirkede. Man skal altså ende med at placere sig i et dosisinterval, hvor den behandlede hverken er påvirket eller plaget af abstinenssymptomer. Det er lidt af en kunst, men dog muligt i de fleste tilfælde. Normalt stabiliseres den stofafhængige ved doser på mellem 70 og 100 mg, men med store individuelle variationer. Ved behandling med buprenorphin, som er en partiel opioidagonist, skal der i modsætning til ved start af metadonbehandling ikke foretages

gradvis dosisøgning. Det gælder om at nå den optimale dosering på 12-32 mg/dag i løbet af få døgn.

Organisering af behandlingen – kontrolforanstaltninger

Det er vigtigt at gøre sig klart, at målet med substitutionsbehandling er et bedre liv og social integration. Målet er ikke primært ”harm reduction”, selvom man som regel altid opnår en begrænsning af kriminalitet og anden risikoadfærd. ”Harm reduction” er et legitimt mål, men det er ofte for uambitiøst på den behandlede vegne. Substitutionsbehandlingen skal altid indgå i en samlet plan, som lægges i et samarbejde med den behandlede, og som ikke kun retter sig mod stofbrugen, men også mod alle de sociale, psykiske og andre helbredsmæssige problemer, som den stofafhængige bærer rundt på. Behandlingen skal derfor være tværfagligt og undertiden også tværsektorielt organiseret. Som al anden behandling indeholder substitutionsbehandlingen elementer af uformel social kontrol. Det er bl.a. derfor, den virker. Men hertil kommer en række andre formaliserede kontrolforanstaltninger, som skal sikre, at den ordinerede substitutionsmedicin indtages som foreskrevet og ikke videresælges. De kontrolforanstaltninger, der anvendes, er primært overvåget indtagelse i de fleste af ugens dage, og urinkontrol, dvs. undersøgelse af urin, ladet under opsyn, for illegale stoffer og medikamenter. Den overvågede indtagelse er en rimelig og fornuftig foranstaltning, men omfanget kan diskuteres. Hvis den drives for vidt, kan det have karakter af magtmisbrug, og det må aldrig drives så vidt, at den behandlede ikke kan opretholde et normalt liv med arbejde, uddannelse, ferie og fritid. Mere problematisk er de regelmæssige, overvågede urinkontroller, som har været en integreret del af substitutionsbehandlingen lige så længe, som denne behandlingsform har eksisteret. Den behandlingsmæssige værdi er imidlertid ikke dokumenteret (11), og det kan være en af årsagerne til, at urinkontrol, herunder prøvetagningsprocedurer og reaktionerne på prøvesvarene, gennemføres meget varierende fra behandlingsprogram til behandlingsprogram. Urinprøvekontrol er relativt dyrt, ydmygende for patienter og personale, har formentlig en negativ virkning på den terapeutiske alliance og på fastholdelse i behandlingen og ser ikke ud til at have nogen betydende effekt på patienternes stofbrug. Det er ikke udtryk for en monitorering i sædvanlig forstand, i og med man kontrollerer for noget, som patienten ved i forvejen, og som derfor primært har til formål at konfrontere og sanktionere patienten for den adfærd, som patienten søger behandling for. Den omfattende brug af urinkontrol kan således ikke forklares hverken som en procedure til at optimere behandlingen eller inden for rammerne af det normale læge-patient-forhold, men afspejler snarere den negative holdning til både stofbrugere og vedligeholdelsesbehandling som en behandlingsmodalitet.

Metadon eller buprenorfin?

Buprenorfin, som til stofbrugere forhandles under varenavnene *Subutex*[®] og *Suboxone*[®], er blevet markedsført aggressivt af

det medicinalfirma, der markedsfører det. Firmaet har drevet en aggressiv lobbyvirksomhed overfor både læger, behandlere, politikere, sagsbehandlere i kommunen og Sundhedsstyrelsen. Man har især slået på præparatets mindre giftighed, og at man med en udstrakt brug af buprenorfin kan reducere antallet af forgiftningsdødsfald ganske væsentligt. Det sidste er ganske usikkert, og i en stor australsk forløbsundersøgelse (kohorte) er det vist, at brugere i buprenorfinbehandling ikke har en lavere dødelighed end personer i metadonbehandling (12). På den anden side er der ikke megen tvivl om, at metadon er et mere effektivt præparat end buprenorfin (13,14), og at patienter i metadonbehandling derfor i langt mindre grad dropper ud af deres behandling sammenlignet med patienter i buprenorfinbehandling.

Det er fint, at vi har fået to præparater, der kan anvendes i substitutionsbehandlingen med hver sine fordele og ulemper, men der er ingen grund til at slå det ene præparat i hovedet med det andet. Lad os følge de mere fornuftige og afdæmpede anbefalinger fra England (15,16), der anbefaler, at valget af medikament skal fastlægges individuelt under hensyntagen til personens afhængighedshistorik, præference for det ene eller andet medikament og ricisi og fordele ved de enkelte behandlinger. Hvis begge medikamenter kan bruges, anbefales metadon som førstevalg, fordi dette synes at komme bedst ud af kost-effekt-analyser.

Konklusion

Det anslås, at der er godt 30.000 stofafhængige i Danmark, heraf 20.000 opioidafhængige og heraf igen ca. 10.000 med et intravenøst brug af stoffer. Det er især denne gruppe, der har mange helbredsmæssige problemer inklusive svære tandproblemer.

Misbrugsmønstret skifter i disse år karakter med en stigende tilgang af især unge cannabisaafhængige og en meget beskeden tilgang af nye heroinafhængige. Ikke desto mindre er det stadig de heroinafhængige, der fylder mest, hvilket hænger sammen med, at heroinafhængighed er en meget langvarig tilstand – undertiden kronisk. Det betyder også, at de heroinafhængige er en stadig ældre gruppe med en gennemsnitsalder på omkring de 40.

Det er en nedslidt gruppe, som har et stort og udækket behov for ydelser fra Sundhedssystemet, men som regel opsøger de det kun i akutte tilfælde, fordi de har så meget andet, de skal passe. Afhængighed er et problem, som lægger beslag på tid og penge, som derfor ikke bliver brugt til at passe ordentligt på sig selv.

De søger også behandling relativt sent (efter ca. syv år) i deres afhængighedsforløb, og ca. halvdelen af de afhængige er ikke i behandling. Men det betyder omvendt, at halvdelen er, og en af behandlingssystemets vigtigste opgaver er at hjælpe de stofafhængige med deres helbredsmæssige problemer ved at bygge bro til sundhedsvæsenet og motivere brugerne til at bruge det. Det er ikke nogen nem opgave, specielt ikke når det gælder tandsygdomme, som er omgærdet af megen frygt og økonomiske barrierer. Men det er afgørende for et vellykket behandlingsforløb, at der tages fat på disse problemer.



ABSTRACT (ENGLISH)

Drug addiction treatment in Denmark

In Denmark, the municipalities are responsible for organising both the social and medical treatment of drug users, but they can delegate all or part of the treatment to private institutions or to other municipalities. Drug addicts are guaranteed access to treatment within 14 days of the first contact or request from the drug addict. The treatment is focused on handling the drug dependency as well as the social and medical problems related

to drug abuse. It is estimated that there are about 33.000 drug dependent persons in Denmark, including 20.000 heroin addicts, of whom half of them are taking heroin intravenously. The latter group is characterised by having a particular large number of health-related problems. In 2014 there were 16.000 persons in treatment including 7.000 persons in substitution treatment, mainly with methadone. It is difficult for the treatment system to both attract and retain the drug dependent persons in treatment.

Litteratur

- O'Brien C. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction* 2011;106:866-7.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing, 2013.
- SOCIALSTYRELSEN. Bekendtgørelse af lov om social service. København: Socialstyrelsen, 2015. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: www.ret-sinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183958
- SUNDHEDSMINISTERIET. Lov om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love. København: Sundhedsministeriet, 2016. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: www.ret-sinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=181810
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin – Lovkrav og anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen, 2016/2017. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: www.sst.dk
- Ravndal E. Virker behandling? Stockholm: Nordark, 1993.
- Ege P. Handling giver forvandling. Hvad giver behandling? *STOF* 2008, nr. 11: 9-13.
- STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammansättning. Malmö, 2001. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: www.sbu.se
- Pedersen MU. Stofmisbrugere før under efter døgnbehandling. Center for Rusmiddelforskning. Aarhus: Aarhus Universitet, 2000.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Narkotikasituationen i Danmark 2016. København: Sundhedsstyrelsen, 2016. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: www.sst.dk
- Ege P. Urinkontrol i behandlingen af opioidmisbrugere. *Ugeskr Læger* 2003;165 1346-8.
- Bell J, Trinh L, Butler B et al. Comparing retention in treatment and mortality in people after initial entry to methadone and buprenorphine treatment. *Addiction* 2009;104:1193-1200.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, 2, art. no.: CD002207.
- Davoli M, Amato L, Clark N et al. The role of Cochrane reviews in informing international guidelines: a case study of using the grading of recommendations, assessment, development and evaluation system to develop WHO guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. *Addiction* 2015;110: 891-8.
- DEPARTMENT OF HEALTH (ENGLAND) AND THE INVOLVED ADMINISTRATIONS. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. (Set 2017 januar). Tilgængelig fra: URL: www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf.
- Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 2012;26:899-952.

Originalen, nu endnu bedre

NobelProcera® Implant Bridge

Den Nye NobelProcera Implant Bridge kombinerer højtranslucent Zirconia i flere lag med fuld anatomi og vinklede skruekanaler. Det giver en cementfri, stærk og estetisk løsning.

Minimer risikoen for porcelænsfraktur og omlavning.

Spar tid og undgå problemer med cementoverskud ved at vælge en skrueretineret løsning.

Optimer estetik og okklusal tilgang med vinklede skruekanaler.

NobelProcera kvalitet med præcis pasform hver gang.

Nu med vinklet skruekanal



Læs mere på: nobelbiocare.com/fcz

ABSTRACT

Konsekvenser for den orale sundhed af tobaksrygning og alkoholforbrug

Tobaksrygning og alkoholforbrug er de klassiske livsstilsfaktorer, der giver anledning til flest problemer, hvad mundhulesygdomme angår. Ikke sjældent hænger højt alkoholforbrug sammen med negligering af mundhygiejne, hvilket yderligere accentuerer problemerne. Rygning er aftaget i Danmark i de senere år, men dæmpning ved e-cigaretter og snusforbruget synes i stigning. Tandlægen skal være opmærksom på de symptomer og forandringer, der kan være udløst af forbruget af tobak og alkohol, herunder misfarvninger af tænder og fyldninger, mundtørhed, de klassiske symptomer på parodontal sygdom og peri-implantitis, svie og brænden, der kan være udløst af gærsvampeinfektion, fornemmelsen af ruhed i slimhinden relateret til slimhindens reaktion i form af hyperkeratose, samt ømhed eller smerte, der kan være relateret til begyndende eller manifesteret cancerudvikling. Tandlægens indsats i form af oplysning og rådgivning i forbindelse med de sundhedsskadelige virkninger af tobaks- og alkoholforbrug har stor betydning også i et bredere sundhedsmæssigt perspektiv, idet tobaks- og alkoholinducerede invaliderende og livstruende sygdomme i andre væv og organer herved kan forebygges. Endvidere har tandlæger en unik mulighed for sekundær forebyggelse gennem den daglige screening af mundhulen hos et stort antal danskere. I nærværende artikel gives en opdatering inden for mundhulesygdomme udløst af rygning og alkoholforbrug, hvor de væsentligste sundhedsmæssige problemer er relateret til parodontal sygdom, implantatoverlevelse og oral cancer.



Henvendelse til førsteforfatter:
Johanne Kongstad,
e-mail: jkg@sund.ku.dk

Konsekvenser af tobak og alkohol i mundhulen

Johanne Kongstad, adjunkt, ph.d., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Jesper Reibel, professor, lic. et dr.odont., Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Accepteret til publikation den 14. august 2017

Andelen af rygere i befolkningen har de seneste årtier været nedadgående, men blandt 16-25-årige er der sket en stigning, således at 22 % af de 16-25-årige angiver at ryge dagligt eller ugentligt. Til sammenligning er andelen af voksne danskere, der ryger dagligt, stagnerende på 16 % (17 % af kvinderne; 15 % af mændene), hvoraf 7 % er storrygere (≥ 15 cigaretter dagligt) (1). En repræsentativ undersøgelse fra 2008 med deltagelse af godt 4.000 personer viste, at danskernes gennemsnitlige alkoholforbrug er 7,2 genstande pr. uge (mænd: 9,8; kvinder: 5,1 genstande pr. uge) med de 16-20-årige som mest drikkende (12,2 genstande pr. uge) (2).

Det er velkendt, at der er øget risiko for negative helbreds-mæssige konsekvenser forårsaget af de to livsstilsfaktorer, og det er derfor vigtigt, at tandlæger kender til følgevirkningerne i mundhulen og konsekvent journalfører patientens forbrug af tobak og alkohol, hvad enten man arbejder i kommunalt eller privat regi.

Misfarvning af tænder, parodontale problemer og mundtørhed var blandt de hyppigste selvoplevede problemer blandt rygere i en svensk undersøgelse (3).

Æstetiske problemer i form af misfarvning af tænder og fyldninger har ikke stor somatisk helbredsmæssig betydning, men er hyppigt forekommende (4,5) og giver anledning til større utilfredshed med eget udseende blandt rygere end blandt ikke-rygere (6). Brug af nikotintyggegummi i forbindelse med rygestop er vist at nedsætte eksisterende misfarvninger og hindre yderligere misfarvning fra fødeemner mv. (7), hvilket kan være motiverende for patienter, der påtænker at gennemføre rygestop med nikotintyggegummi.

EMNEORD

Tobacco; alcohol; periodontal disease; dental implants; mouth mucosa

Smagssansen er nedsat hos rygere målt gustometri (8), og det er på rotter vist, at nikotin nedsætter størrelsen af smagsløg i de fungiforme papiller på tungen (9). Interessant, og anvendeligt i motivation for rygestop, er det, at smagssan-

sen vender relativt hurtigt tilbage efter rygestop (8). Personer med højt alkoholforbrug synes ligeledes at have nedsat smagsans (10). Også lugtesansen påvirkes negativt af rygning (11).

Komplikationer efter kirurgiske indgreb, herunder sårheling, er generelt kompromitteret hos rygere og alkoholbrugere (12). I mundhulen fandtes forsinket heling efter tandekstraktion (13) og hyppigere udvikling af dry socket hos rygere end hos ikke-rygere (14,15). Rygestop bør derfor iværksættes i forbindelse med operationer i mundhulen.

Følelsen af mundtørhed er, som nævnt ovenfor, en hyppig oplevelse hos rygere (3). Alkoholisme er vist scintigrafisk at føre til abnormiteter i gl. submandibularis og gl. parotis i forbindelse med alkoholinduceret kronisk pancreatitis, som kan være associeret med spytkirtelhævelse (16,17). Det er usikkert, om dette giver anledning til hyposalivation.

Børn af mødre, der har anvendt snus eller har røget under graviditeten, har øget risiko for udvikling af læbe-gane-spalte (18).

Anvendelse af e-cigaretter må forventes at stige i de kommende år. Forbruget angives af Kræftens Bekæmpelse at være 3 % af voksne danskere med 12 % brugere blandt de 16-25-årige (19). Enkelte artikler registrerer subjektiv fornemmelse af mundtørhed hos e-cigaretbrugere (20,21), men effekten i mundhulen afventer systematiske kliniske studier, og emnet berøres således ikke yderligere i nærværende artikel.

Der kan indledningsvist henvises til hæfter om emnet (22) og til en app omhandlende oral medicin, hvor nogle af de her omtalte lidelser indgår (23).

Nærværende oversigtsartikel, der er baseret på et udvalg af dansk- og engelsksproget litteratur, beskriver de mulige skader og/eller sygdomme, der kan følge med et øget forbrug af tobak og alkohol.

Parodontal sygdom

Rygning har længe været erkendt som en sand risikofaktor for marginal parodontitis, hvilket er fastslået i en række tværsnits- og longitudinelle studier (for oversigt, se 24). Rygning er direkte associeret med prævalens og sværhedsgrad af marginal parodontitis, hvilket betyder, at rygere har flere og dybere pøcher, mere fæstetab og knoglesvind samt flere mistede tænder sammenlignet med ikke-rygere (25). Årsagen til den lokale påvirkning af parodontiet, der som bekendt er en del af den samlede organisme, findes netop i rygnings systemiske påvirkning af bl.a. vaskularisering, immunrespons og cellesignaleringsprocesser (for oversigt, se 24,26). Klinisk ses derfor hos rygere mindre rødme, blødning og mængde af pocheekssudat i forhold til ikke-rygere (27,28).

Udover evidens for den tværgående sammenhæng mellem rygning og marginal parodontitis er der ligeledes i longitudinelle undersøgelser konstateret en dosis-respons-sammenhæng, hvilket betyder, at der med stigende tobaksforbrug er fundet øget og alvorligere forekomst af parodontal sygdom (29,30). I og med rygning kompromitterer heling generelt, er dette naturligvis også tilfældet ved heling efter parodontalbehandling,

hvilket er fastslået både for non-kirurgisk og kirurgisk behandling (31,32). Den forringede heling efter parodontalbehandling hos rygere i forhold til ikke-rygere gør ikke, at behandling ikke anbefales hos disse patienter, men det er blot vigtigt at informere om det forventede behandlingsresultat, inden behandling påbegyndes. I forhold til betydning af tobaksseponering er det vist, at tidligere rygere har bedre parodontal status end nuværende rygere, men at tidligere rygere nok aldrig helt kan side-stilles med aldrig-rygere (33,34). Ved rygestop bør patienten informeres om, at der i en periode kan forekomme øget tegn på inflammation i form af rødme og blødning i parodontiet (35), hvilket anses som en naturlig reaktion på ætiologiske faktorer, men som kan have været dæmpet i perioden med tobaksforbrug (36,37).

Alkohol påvirker værtsresponsen med forringet immunitet og deraf øget infektionsrisiko, hvilket er en biologisk plausibel mekanisme bag en eventuel sammenhæng mellem alkoholforbrug og marginal parodontitis. I et nyligt publiceret systematisk review, der indeholder både meta-analyse, dosis-responsanalyse og subgruppeanalyser konkluderes, at alkoholforbrug kan være en risikofaktor for marginal parodontitis, og det anbefales, at patienters alkoholforbrug journaliseres, så patienter med øget risiko identificeres, og sygdom forhindres i at opstå, eller alvorligheden reduceres ved målrettet indsats (38).

Implantatoverlevelse

Implantatbehandling er en veldokumenteret behandlingsmulighed ved hel eller delvis tandløshed. Implantatoverlevelsen afhænger af såvel biologiske, mekaniske som iatrogene forhold. I nærværende artikel er fokus på de biologiske komplikationer, og hvordan de modificeres af tobaks- og alkoholforbrug.

Rygere mister flere tænder end ikke-rygere (39-44), hvorfor en betragtelig andel af patienter med indikation for implantat-sætelse er rygere. En nyligt publiceret meta-analyse af rygning og risiko for peri-implantitis konkluderes, at rygere har 2,1 gange større risiko for peri-implantitis end ikke-rygere (45). Peri-implantitis medfører tab af osseointegration og ubehandlet ultimativt tab af implantatet. Foruden ændret immunrespons som følge af rygning, har rygere også signifikant mindre mikrobiel diversitet omkring deres implantater sammenlignet med ikke-rygere (46). Derudover har rygere selv ved sunde parodontale forhold flere sygdomsassocierede bakterier. Ved peri-mucositis, dvs. inflammation i gingiva omkring implantat uden samtidigt knogletab, tabes kommensale bakteriearter, hvilket efterlader en større andel af sygdomsassocierede bakterier omkring implantaterne. Ved peri-implantitis svarer sammensætningen af rygeres mikrobiom omkring implantaterne til det ved peri-mucositis (46). Det er således vigtigt at behandle peri-mucositis for at undgå, at tilstanden udvikler sig til peri-implantitis. Slutteligt er rygning en risikofaktor for succesfuld behandling af peri-implantitis (47).

Alkoholforbrug bliver traditionelt sidestillet med adfærdsmønstre, som kan føre til øget knogletab, herunder insufficiante

hjemmetandplejevaner (48,49). Det er imidlertid kun få studier, som har undersøgt alkohols betydning for implantatoverlevelse (48-50). I 2005 viste Galindo-Moreno et al. (50), at indtag af alkohol er associeret med større knogletab ved opfølgning tre år efter implantationsætelse, mens et dagligt alkoholindtag på mere end 10 g alkohol i tillæg er associeret med højere plak- og blødningsindeks. Studiet inkluderede 514 implantater hos 185 personer og fandt desuden, at alkohol inducerede større knogletab end tobaksrygning. Dertil vist, at tobaks- og alkoholforbrug forstærkede hinandens skadelige virkninger og gav tilsammen signifikant mere knogletab end hver for sig (50).

Caries

Evidensen bag en sammenhæng mellem henholdsvis tobaksrygning, alkoholforbrug og caries er svag, omend positive sammenhænge er fundet i nogle studier. Et systematisk review fra 2013 baseret på fem undersøgelser konkluderer, at tobaksrygning kan associeres til caries, men at kvaliteten af de inkluderede studier er ringe, og at der er behov for flere og især prospektive undersøgelser indenfor emnet (51). Et studie fra Finland fandt statistisk signifikant sammenhæng mellem rygning og caries blandt yngre mænd, men alkoholindtag kunne ikke relateres til caries (52). I et dansk studie af data fra KRAM-undersøgelsen (Kost, Rygning, Alkohol, Motion) blev der fundet association mellem henholdsvis tobaksrygning og alkoholforbrug og forekomst af rodcaries og restaureringer på rodoverflader især hos personer ældre end 45 år (53). Et tidligere longitudinelt studie fra Sverige fandt ligeledes sammenhæng mellem alkoholforbrug og caries og apikale læsioner, hvorimod selv samme

studie ikke fandt sammenhæng mellem alkohol og marginal paradontitis eller tandtab (54).

Mundslimhinden

Oral cancer

Der diagnosticeres omkring 300 tilfælde af oral cancer årligt i Danmark, og langt hovedparten af disse er planocellulære karcinomer, hvoraf 60-70 % er lokaliseret til mundbunden og de forreste to tredjedele af tungen (55). Der er solid og indiskutabel evidens for rygning som den væsentligste årsag til orale planocellulære karcinomer. Litteraturen er righoldig, og en detaljeret gennemgang kunne fylde et Tandlægeblad. Der henvises til nylige oversigtsartikler og monografier (56-60). Studier har estimeret, at mere end 80 % af orale cancertilfælde hos mænd og ca. 50 % hos kvinder er forårsaget af rygning (Fig. 1) (61). I samme undersøgelse syntes alkoholforbrug hos ikke-rygere ikke at være en væsentlig faktor, men samtidigt tobaks- og alkoholforbrug forstærkede effekten – den velkendte synergistiske effekt påvist i talrige undersøgelser (Fig. 2) (62-64). Andre undersøgelser har påvist en selvstændig effekt af alkohol (64-67).

Cancer på prolabet er også fundet relateret til rygning, om end sammenhængen er mindre klar end for intraoral cancer (68).

Rygning og alkohol er ikke blot associeret med udvikling af oral cancer, men er også vist at forværre prognosen efter behandling (69). Det er endvidere interessant, at patienter diagnosticeret og behandlet for oral cancer er dårligt informeret om eller ikke har forstået betydningen af tobak og alkohol for cancerudvikling og prognose (70). Dette kalder på øget profylaktisk indsats også hos patienter, der har fået diagnosticeret oral cancer.

De basale mekanismer, der kan føre til cancerudvikling ved rygning og alkoholforbrug, er til dels kendte, og der henvises til anden litteratur om emnet (56-58).

Potentielt maligne lidelser – leukoplaki

Leukoplaki er den hyppigste potentielt maligne lidelse og er traditionelt associeret med rygning (71). Befolkningsundersøgelser fra Sverige og Italien har vist, at rygning er en væsentlig faktor for udvikling af leukoplaki (72,73). En hollandsk undersøgelse fandt, at især leukoplakier i mundbunden og, hos mænd, i kindslimhinden var relateret til rygning, mens leukoplakier på tungen siderand ikke syntes relateret til rygning (74). Alkohol fandtes også associeret til forekomsten af leukoplakier (73), muligvis i forbindelse med en forstærkende virkning ved samtidig rygning (75). Alkohols rolle i fravær af rygning må dog betegnes som uafklaret.

Tilstedeværelsen af epiteldysplasi i leukoplakier er i de fleste undersøgelser forbundet med øget risiko for malign udvikling (76,77), og det er vist, at der hos rygere er større risiko for epiteldysplasi i leukoplakier end hos ikke-rygere, og at alkohol forstærker effekten (78). Alkohol synes i sig selv at være en risiko i denne forbindelse, men af mindre betydning end rygning (78).

Planocellulært karcinom



Fig. 1. 67-årig mand der har røget 20 cigaretter dagligt gennem 50 år. Alkoholforbrug oplyses til et par glas rødvin dagligt. Smerter fra venstre tungsiderand. Biopsi viste planocellulært karcinom.

Fig. 1. 67-year-old man having smoked 20 cigarettes daily through 50 years. Alcohol consumption stated as two glasses of red wine daily. Pain from left border of tongue. Biopsy showed squamous cell carcinoma.



KLINISK RELEVANS

Tobaksrygning og alkoholforbrug har alvorlige konsekvenser for den orale sundhed. Tandlægen skal derfor have grundig og opdateret viden om de sygdomme, der initieres eller forværres af disse livsstilsfaktorer. Patienternes tobaks- og alkoholforbrug

skal indgå som en naturlig del af anamnesen og konsekvent journalføres. Herved identificeres patienter med øget risiko for de i artiklen nævnte sygdomme, som kan forhindres i at opstå, eller hvis alvorlighed kan reduceres ved målrettet indsats.

Sammenhængen med rygning substantieres af, at nogle leukoplakier forsvinder ved rygeophør (79). Det kan generelt ikke forudses, hvilke leukoplakier der vil forsvinde ved rygeophør, men de, der viser såkaldt fingeraftrykstegning eller pimpstensagtig overflade, vil dog altid forsvinde (80). Da rygning er tæt associeret med cancerudvikling i mundhulen, er det oplagt, at rygere med potentielt maligne lidelser kraftigt skal opfordres til at ophøre med tobaksforbruget.

Ryggers gane og ryggers melanose

Begge disse forandringer er i sig selv ufarlige, men er af betydning som indikatorer for rygningens indflydelse på mundslimhinden. De kan let demonstreres for patienterne og kan derfor anvendes som led i motivation for rygeophør.

Udvikling af planocellulært karcinom

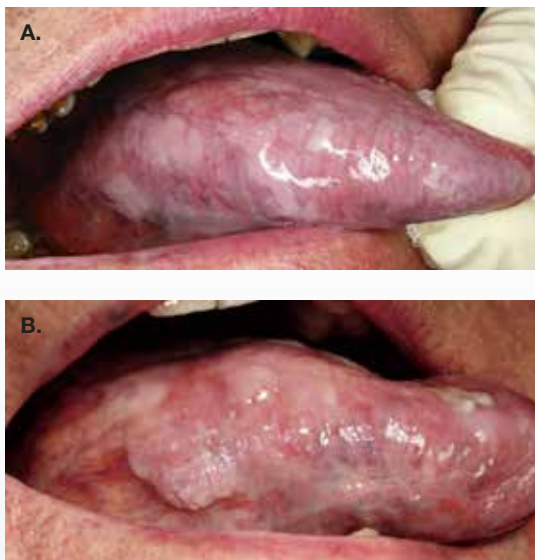


Fig. 2. 70-årig mand med et alkoholforbrug på mere end 21 genstande ugentligt gennem mange år. Tobaksforbrug (pibe) stoppet for en del år siden. **A.** Udtalte leukoplakiske forandringer på tungsens overside og højre siderand ved første undersøgelse. Flere biopsier og delvise eksstirpationer gennem de følgende 11 år har vist epiteldysplasi, og der er behandlet for gærsvampeinfektion flere gange i forløbet. **B.** Nu exofytisk forandring bagtil på højre tungerand. Biopsi viste planocellulært karcinom.

Fig. 2. 70-year-old man with an alcohol consumption of more than 21 units weekly through many years. Stopped smoking some years ago. **A.** Leukoplakic changes at the dorsum and right lateral border of the tongue. Several biopsies and partly extirpations through 11 years have revealed epithelial dysplasia and yeast infection has been treated several times. **B.** Now exofytic change at the posterior part of the right border of the tongue. Biopsy showed squamous cell carcinoma.

Ryggers gane (tidligere benævnt leukokeratosis nicotina palati) kan ses hos alle rygere, men er især prævalent blandt piberygere (81). Der synes at være en individuel disposition for tilstanden, idet det blandt rygere med samme forbrug af samme tobakstype kun er en del, der udvikler ryggers gane. Mængden, der ryges, har betydning for udvikling af tilstanden, men der synes ikke at være en sammenhæng med antal år, rygningen har stået på (81). Formentlig er det varmepåvirkningen af ganen snarere end en kemisk påvirkning, der giver anledning til forandringerne (82,83). Ryggers gane er reversibel og forsvinder ofte efter kort tids rygeophør. Tilstanden skal ikke forveksles med ganeforandringer induceret af omvendt rygning ("reverse smoking"), som det ses i bl.a. Indien (84,85). Disse forandringer er præmaligne.

Ryggers melanose, øget forekomst af melaninpigmentering, er hyppigt forekommende hos rygere, hos cigaretrygere især lokaliseret til gingiva i frontregionerne, hos piberygere især lokaliseret i kommissurerne og kindslimhinden (86,87). Tilstanden er reversibel, om end det kan tage flere år efter rygeophør, før pigmenteringen forsvinder (Fig. 3) (88). Det er væsentligt at understrege, at pigmentering af mundslimhinden er hyppig som normalt fysiologisk fænomen hos nogle befolkninger og endvidere forekommer i forbindelse med indtag af visse medicintyper samt ved visse sygdomme (89). Melaninpigmentering i mundslimhinden hos ikke-rygere bør således lede til udredning af andre ætiologiske faktorer, medmindre der oplagt er tale om en fysiologisk pigmentering.

Gærsvampeinfektion

Mange undersøgelser tyder på, at rygning er en prædisponerende faktor for udvikling af candidose i mundhulen, og at rygere har højere load af gærsvampe. Dette er især vist for HIV-positive patienter og patienter med diabetes (90,91), men nogle undersøgelser kan ikke understøtte disse resultater, og en grundig oversigtsartikel sammenfatter, at en generel positiv sammenhæng mellem rygning og candidainfektion kræver yderligere →

Ryggers melanose



Fig. 3. 23-årig kvinde med dansk baggrund. Har stoppet tobaksforbrug (cigaretter) for ca. et år siden. På faciale gingiva i frontregionen i underkæben ses brun pigmentering som udtryk for ryggers melanose.

Fig. 3. 23-year-old woman of native Danish ancestry. Stopped smoking about 1 year ago. At the facial aspect of the gingiva in the lower jaw brownish pigmentation is seen representing smokers melanosis.

undersøgelser (92). Det er dog bemærkelsesværdigt, at 32 og 53 konsekutive patienter med henholdsvis kronisk oral multifokal candidose og candidainficerede leukoplakier alle var rygere (93,94), og det er endvidere en klinisk erfaring, at i det mindste nogle candidainfektioner kan helbredes ved rygestop alene (93, egne observationer).

Infektion af mundslimhinden med gærsvamp kræver adfærelse, vækst og biofilmdannelse på slimhindeoverfladen. Kondensat af cigaretrøg er vist eksperimentelt at inducere disse forudsætninger hos svampen, og er således en mulig forklaring på rygningens formodede indflydelse på candidainfektion i mundhulen (95).

Hos HIV-positive patienter fandtes væsentligt bedre respons på antimykotisk behandling blandt ikke-rygere end blandt rygere (96), og sammenholdt med ovenstående er rygeophør således et væsentligt tiltag i forbindelse med behandling af oral candidose.

Hvad med snus?

Snusforbruget i Danmark er i stigning, og if. en undersøgelse udført for Kræftens Bekæmpelse i 2016 bruger 3 % af 16-25-åri-

ge snus dagligt (97). Det er primært svensk portionspakket snus, der anvendes, hvorfor der her fokuseres på denne type. Undersøgelser har vist en meget lille eller ingen risiko for udvikling af oral cancer i forbindelse med svensk snus (67,98-99). På stedet hvor snusen placeres, kan der udvikles hvidlige/grålige, rynkede slimhindeforandringer, der forsvinder igen efter ophør af snusanvendelsen, og tillige kan der udvikles gingivaretraktioner på applikationsstedet. Begge kliniske forandringer er mindre prævalente ved anvendelse af portionspakket snus end løs snus (100). Snusanvendelsen er fundet associeret med hjerte-kar-sygdomme og andre cancertyper, herunder specielt pancreascancer (98), selvom en nylig meta-analyse ikke kan bekræfte sidstnævnte risiko (101). Om end anvendelse af snus har væsentlig mindre sundhedsskadelig virkning end rygning, er muligheden for anvendelse af snus som rygeafvænningsmiddel ikke tiltrækkende, idet det under alle omstændigheder drejer sig om et afhængighedsskabende tobaksprodukt med stor frigivelse af nikotin og indhold af karcinogene stoffer. Det skal understreges, at flere af de røgfri tobakstyper, der anvendes andre steder i verden, fx Afrika, Asien og til dels USA, indebærer en væsentlig risiko for udvikling af oral cancer. Årsagerne til denne forskel skal søges i tobakstyperne, der anvendes, tilvirkningsmetoden og traditionerne for opbevaring af det færdige produkt (køl/stuetemperatur).

Konklusioner

Tobaks- og alkoholforbrug spiller en meget væsentlig og velunderbygget rolle for udvikling og/eller forværring af orale sygdomme. Kendskab til patienternes forbrug af disse nydelsesmidler er derfor af stor betydning for tandlægens udredning, diagnostik og, ikke mindst, forebyggelse og behandling af orale sygdomme, herunder væsentligst marginal parodontitis, potentielt maligne lidelser og oral cancer. Endvidere påvirkes prognosen for implantatbehandling væsentligt af disse livsstilsfaktorer. Systematisk og konsekvent journalføring af patienternes tobaks- og alkoholforbrug er derfor nødvendigt, ligesom tandlægen skal være fortrolig med muligheder for afvænningsmuligheder, såvel på klinikken som gennem professionel hjælp. Undersøgelser tyder på, at der er et behov for styrkelse af tandlægers indsats i tobaksforebyggelsen (102).

Tak

Forfatterne takker adjunkt, ph.d. Christian Damgaard, Odontologisk Institut, Københavns Universitet, for bidrag til artiklen.

ABSTRACT (ENGLISH)

Consequences of tobacco and alcohol in the oral cavity

Tobacco and alcohol consumption are classical life style factors causing oral diseases and conditions. Usually, high consumption of alcohol is associated with neglect of oral hygiene, which increases the problems. Smoking has decreased in Denmark in later years, but the use of electronic cigarettes and snuff seems to increase. Importantly, dentists should recognise symptoms and signs caused by tobacco and alcohol such as discolourations of teeth and dental restorations, classical symptoms of periodontal disease, peri-implantitis, stinging related to yeast infection, roughness of the oral mucosa caused by hyperkerato-

sis, and soreness and pain that might be related to cancer development. Dentists' efforts in counselling on the effect of high consumption of tobacco and alcohol have been shown to have an impact in a broader health perspective preventing disabling and life threatening diseases in other organs and tissues. Also, dentists have a unique opportunity for secondary prevention in a high percentage of the population through daily routine screening of the oral mucosa. In this article an update on oral diseases caused by smoking and alcohol consumption is given, with the most important oral health problems being related to periodontal disease, implant survival, and oral cancer.

Litteratur

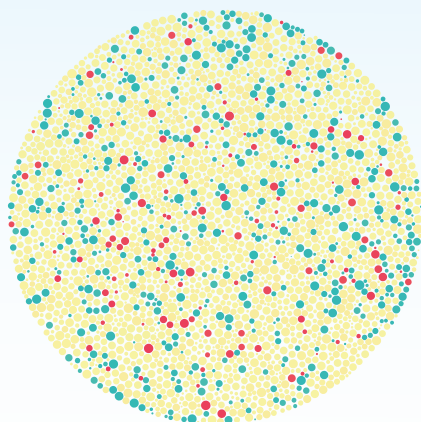
- KRÆFTENS BEKÆMPELSE. Fakta om rygning. (Set 2017 august). Tilgængelig fra: URL: <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/fakta-om-rygning/>
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Danskernes alkoholvaner 2008. (Set 2017 august). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/~/media/A7AA58D5347C437D924B7E492EFE6B62.ashx>
- Andersson P, Johannsen A. Dental patients' perceptions and motivation in smoking cessation activities. *Acta Odontol Scand* 2016;74:285-90.
- Eriksen HM, Nordbø H. Extrinsic discoloration of teeth. *J Clin Periodontol* 1978;5:229-36.
- Asmussen E, Hansen EK. Surface discoloration of restorative resins in relation to surface softening and oral hygiene. *Scand J Dent Res* 1986;94:174-7.
- Alkhatib MN, Holt RD, Bedi R. Smoking and tooth discoloration: findings from a national cross-sectional study. *BMC Public Health* 2005;5:27.
- Whelton H, Kingston R, O'Mullane D et al. Randomized controlled trial to evaluate tooth stain reduction with nicotine replacement gum during a smoking cessation program. *BMC Oral Health* 2012;12:13.
- Chéruel F, Jarlier M, Sancho-Garnier H. Effect of cigarette smoke on gustatory sensitivity, evaluation of the deficit and of the recovery time-course after smoking cessation. *Tob Induc Dis* 2017;15:15.
- Tomassini S, Coughi V, Catalani E et al. Long-term effects of nicotine on rat fungiform taste buds. *Neuroscience* 2007;147:803-10.
- Smith SE. Taste thresholds in drug addicts and alcoholics. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 1972;67:317-21.
- Frye RE, Schwartz BS, Doty RL. Dose-related effects of cigarette smoking on olfactory function. *JAMA* 1990;263:1233-6.
- SUNDHEDSSTYRELSEN. Alkohol, rygning og postoperative komplikationer. Sundhedsstyrelsen 2012. (Set 2017 august). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/~/media/5FF75A15E5484811BD7B83EB926B398A.ashx>
- Meehan JG, Macgregor ID, Rogers SN et al. The effect of smoking on immediate post-extraction socket filling with blood and on the incidence of painful socket. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1988;26:402-9.
- Larsen PE. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. Identification of the patient at risk. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:393-7.
- Al-Belasy FA. The relationship of "shisha" (water pipe) smoking to postextraction dry socket. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:10-4.
- Scully C, Bagán JV, Eveson JW et al. Sialosis: 35 cases of persistent parotid swelling from two countries. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:468-72.
- Friedlander AH, Marder SR, Piseña JR et al. Alcohol abuse and dependence. Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2003;134:731-40.
- Gunnerbeck A, Edstedt Bonamy AK, Wikström AK et al. Maternal snuff use and smoking and the risk of oral cleft malformations – a population-based cohort study. *PLoS ONE* 2014;9:e84715.
- KRÆFTENS BEKÆMPELSE. E-rygning i tal. (Set 2017 august). Tilgængelig fra: URL: <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/e-cigarettet-og-snus/e-cigarettet/tal-om-e-cigarettet/>
- Etter JF. Electronic cigarettes: a survey of users. *BMC Public Health* 2010;10:231.
- Farsalinos KE, Romagna G, Tsiapras D et al. Characteristics, perceived side effects and benefits of electronic cigarette use: a worldwide survey of more than 19,000 consumers. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:4356-73.
- TANDLÆGEFORENINGEN. Tobak og mundhulen. (Set 2017 maj). Tilgængelig fra: URL: https://www.tdlnet.dk/arbejds miljo_sundhed/sundhed/Tobak
- TANDLÆGEFORENINGEN. App om oral medicin. (Set 2017 maj). Tilgængelig fra: URL: https://www.tandlaegeforeningen.dk/Efteruddannelse/Nyt_fra_efteruddannelsen/App_Oral_medicin
- Kinane DF, Chestnutt IG. Smoking and Periodontal Disease. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000;11:356-65.
- Lalla E, Papapanou PN. Modifying factors. In: Lindhe J, Lang NP, eds. *Clinical periodontology and implant dentistry*. 6th ed. Iowa: Wiley-Blackwell, 2015; 850-91.
- Palmer RM, Wilson RF, Hasan AS et al. Mechanisms of action of environmental factors – tobacco smoking. *J Clin Periodontol* 2005;32 (Supp 6):180-95.
- Preber H, Bergström J. Occurrence of gingival bleeding in smoker and non-smoker patients. *Acta Odontol Scand* 1985;43:315-20.
- Persson L, Bergström J, Gustafsson A et al. Tobacco smoking and gingival neutrophil activity in young adults. *J Clin Periodontol* 1999;26:9-13.
- Tomar SL, Asma S. Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol* 2000;71:743-51.
- Calsina G, Ramón JM, Echeverría JJ. Effects of smoking on periodontal tissues. *J Clin Periodontol* 2002;29:771-6.
- Rieder C, Joss A, Lang NP. Influence of compliance and smoking habits on the outcomes of supportive periodontal therapy (SPT) in a private practice. *Oral Health Prev Dent* 2004;2:89-94.
- Trombelli L, Cho KS, Kim CK et al. Impaired healing response of periodontal furcation defects following flap debridement surgery in smokers. A controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2003;30:81-7.
- Albandar JM, Streckfus CF, Adesanya MR et al. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. *J Periodontol* 2000;71:1874-81.
- Bergström J, Eliasson S, Dock J. Exposure to tobacco smoking and periodontal health. *J Clin Periodontol* 2000;27:61-8.
- Nair P, Sutherland G, Palmer RM et al. Gingival bleeding on probing increases after quitting smoking. *J Clin Periodontol* 2003;30:435-7.
- Bergström J, Bostrom L. Tobacco smoking and periodontal hemorrhagic responsiveness. *J Clin Periodontol* 2001;28:680-5.
- Dietrich T, Bernimoulin JP, Glynn RJ. The effect of cigarette smoking on gingival bleeding. *J Periodontol* 2004;75:16-22.
- Wang J, Lv J, Wang W et al. Alcohol consumption and risk of periodontitis: a meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2016;43:572-83.
- Osterberg T, Mellström D. Tobacco smoking: a major risk factor for loss of teeth in three 70-year-old cohorts. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986;14:367-70.
- Ragnarsson E, Eliasson ST, Olafsson SH. Tobacco smoking, a factor in tooth loss in Reykjavik, Iceland. *Scand J Dent Res* 1992;100:322-6.
- Jette AM, Feldman HA, Tennstedt SL. Tobacco use: a modifiable risk factor for dental disease among the elderly. *Am J Public Health* 1993;83:1271-6.
- Holm G. Smoking as an additional risk for tooth loss. *J Periodontol* 1994;65:996-1001.
- Krall EA, Dawson-Hughes B, Garvey AJ et al. Smoking, smoking cessation, and tooth loss. *J Dent Res* 1997;76:1653-9.
- Kerdvongbudit V, Wikesjö UM.

- Effect of smoking on periodontal health in molar teeth. *J Periodontol* 2000;71:433-7.
45. Sgolastra F, Petrucci A, Severino M et al. Smoking and the risk of peri-implantitis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Implants Res* 2015;26:e62-7.
 46. Tsigarida AA, Dabdoub SM, Nagaraja HN et al. The Influence of Smoking on the Peri-Implant Microbiome. *J Dent Res* 2015;94:1202-17.
 47. Leonhardt A, Dahlén G, Renvert S. Five-year clinical, microbiological, and radiological outcome following treatment of peri-implantitis in man. *J Periodontol* 2003;74:1415-22.
 48. Ekfeldt A, Christiansson U, Eriksson T et al. A retrospective analysis of factors associated with multiple implant failures in maxillae. *Clin Oral Implants Res* 2001;12:462-7.
 49. Weyant RJ. Characteristics associated with the loss and peri-implant tissue health of endosseous dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1994;9:95-102.
 50. Galindo-Moreno P, Fauri M, Avila-Ortiz G et al. Influence of alcohol and tobacco habits on peri-implant marginal bone loss: a prospective study. *Clin Oral Implants Res* 2005;16:579-86.
 51. Benedetti G, Campus G, Strohmenger L et al. Tobacco and dental caries: a systematic review. *Acta Odontol Scand* 2013;71:363-71.
 52. Tanner T, Päckilä J, Karjalainen K et al. Smoking, alcohol use, socioeconomic background and oral health among young Finnish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43:406-14.
 53. Christensen LB, Bardow A, Ekstrand K et al. Root caries, root surface restorations and lifestyle factors in adult Danes. *Acta Odontol Scand* 2005;16:579-86.
 54. Jansson L. Association between alcohol consumption and dental health. *J Clin Periodontol* 2008;35:379-84.
 55. DAHANCA. Behandling af plancellulært karcinom i mundhulen. Nationale retningslinjer. (Set august 2017). Tilgængelig fra: URL: <file:///C:/Users/skj/Downloads/Mundhulekraeft%20retningslinjer%202016.pdf>
 56. IARC. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2004;83:1-1438.
 57. IARC. Smokeless tobacco and some tobacco-specific N-nitrosamines. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2007;89:1-592.
 58. IARC. Alcoholic beverage consumption and ethyl carbamate. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2010;96:3-1383.
 59. Gandini S, Botteri E, Iodice S et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2008;122:155-64.
 60. Radoi L, Menvielle G, Cyr D et al. Population attributable risks of oral cavity cancer to behavioral and medical risk factors in France: results of a large population-based case-control study, the ICARE study. *BMC Cancer* 2015;15:827.
 61. Negri E, La Vecchia C, Franceschi S et al. Attributable Risk for Oral Cancer in Northern Italy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1993;2:189-93.
 62. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988;48:3282-7.
 63. Bundgaard T, Wildt J, Frydenberg M et al. Case-control study of squamous cell cancer of the oral cavity in Denmark. *Cancer Causes Control* 1995;6:57-67.
 64. Franceschi S, Talamini R, Barra S et al. Smoking and Drinking in Relation to Cancers of the Oral Cavity, Pharynx, Larynx, and Esophagus in Northern Italy. *Cancer Res* 1990;50:6502-7.
 65. Altieri A, Bosetti C, Gallus S et al. Wine, beer and spirits and risk of oral and pharyngeal cancer: a case-control study from Italy and Switzerland. *Oral Oncol* 2004;40:904-9.
 66. Fioretti F, Bosetti C, Tavania A et al. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in never smokers. *Oral Oncol* 1999;35:375-8.
 67. Schildt EB, Eriksson M, Hardell L et al. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. *Int J Cancer* 1998;77:341-6.
 68. Moore S, Johnson N, Pierce A et al. The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and aetiology. *Oral Dis* 1999;5:185-95.
 69. Bundgaard T, Bentzen SM, Wildt J. The prognostic effect of tobacco and alcohol consumption in intra-oral squamous cell carcinoma. *Eur J Cancer* B *Oral Oncol* 1994;30B:323-8.
 70. Kerawala CJ. Oral cancer, smoking and alcohol: the patients' perspective. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1999;37:374-6.
 71. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008;37:1-10.
 72. Salonen L, Axéll T, Hellén L. Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult Swedish population. *J Oral Pathol Med* 1990;19:170-6.
 73. Pentenero M, Broccoletti R, Carbone M et al. The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin area. *Oral Dis* 2008;14:356-66.
 74. Schepman KP, Bezemer PD, van der Meij EH et al. Tobacco usage in relation to the anatomical site of oral leukoplakia. *Oral Dis* 2001;7:25-7.
 75. Gupta PC. Epidemiologic study of the association between alcohol habits and oral leukoplakia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;12:47-50.
 76. Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J et al. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement. *J Oral Pathol Med* 2008;37:127-33.
 77. Reibel J, Gale N, Hille J et al. Oral potentially malignant disorders and oral epithelial dysplasia. In: El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR et al., eds. WHO classification of head and neck tumours. 4th ed. Lyon: IARC, 2017; 112-3.
 78. Jaber MA, Porter SR, Gilthorpe MS et al. Risk factors for oral epithelial dysplasia – the role of smoking and alcohol. *Oral Oncol* 1999;35:151-6.
 79. Roed-Petersen B. Effect on oral leukoplakia of reducing or ceasing tobacco smoking. *Acta Derm Venereol* 1982;62:164-7.
 80. Pindborg JJ, Reibel J, Roed-Petersen B et al. Tobacco-induced changes in oral leukoplakic epithelium. *Cancer* 1980;45:2330-6.
 81. Saietz L. Prevalence of leukokeratosis nicotina palati among 3,819 Danes. *Community Dent Oral Epidemiol* 1975;3:80-5.
 82. Sewerin I. Leukokeratosis in the palate of a non-smoker. *Tandlægebladet* 1973;77:340-3 (Danish).
 83. Rossie KM, Guggenheimer J. Thermally induced 'nicotine' stomatitis. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990;70:597-9.
 84. Pindborg JJ, Mehta FS, Gupta PC et al. Reverse smoking in Andhra Pradesh, India: a study of palatal lesions among 10,169 villagers. *Br J Cancer* 1971;25:10-20.
 85. Ortiz GM, Pierce AM, Wilson DF. Palatal changes associated with reverse smoking in Filipino women. *Oral Dis* 1996;2:232-7.
 86. Hedin CA. Smokers' melanosis. Occurrence and localization in the attached gingiva. *Arch Dermatol* 1977;113:1533-8.
 87. Axéll T, Hedin CA. Epidemiologic study of excessive oral melanin pigmentation with special reference to the influence of tobacco habits. *Scand J Dent Res* 1982;90:434-42.
 88. Hedin CA, Pindborg JJ, Axéll T. Disappearance of smoker's melanosis after reducing smoking. *J Oral Pathol Med* 1993;22:228-30.
 89. Hassona Y, Sawair F, Al-Karadshah O et al. Prevalence and clinical features of pigmented oral lesions. *Int J Dermatol* 2016;55:1005-13.
 90. Willis AM, Coulter WA, Fulton CR et al. Oral candidal carriage and infection in insulin-treated diabetic patients. *Diabet Med* 1999;16:275-9.
 91. Nolan A, Lamey PJ, MacFarlane TW et al. The effect of nebulised pentamidine on the concentration of intra-oral *Candida albicans* in HIV-infected patients. *J Med Microbiol* 1994;41:95-7.
 92. Soysa NS, Ellepola AN. The impact of cigarette/tobacco smoking on oral candidosis: an overview. *Oral Dis* 2005;11:268-73.
 93. Holmstrup P, Bessermann M. Clinical, therapeutic, and pathogenic aspects of chronic oral multifocal candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983;56:388-95.
 94. Arendorf TM, Walker DM, Kingdom RJ et al. Tobacco smoking and denture wearing in oral candidal leukoplakia. *Br Dent J* 1983;155:340-3.
 95. Semlali A, Killer K, Alanazi H et al. Cigarette smoke condensate increases *C. albicans* adhesion, growth, biofilm formation, and EAP1, HWP1 and SAP2 gene expression. *BMC Microbiol* 2014;14:61.
 96. Silverman S Jr, Gallo JW, McKnight ML et al. Clinical characteristics and management responses in 85 HIV-infected patients with oral candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;82:402-7.
 97. KRÆFTENS BEKÆMPELSE. Snus og anden røgfri tobak. (Set 2017 august). Tilgængelig fra: URL: <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/e-cigaretter-og-snus/snus/>.
 98. Luo J, Ye W, Zendeהל K et al. Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *Lancet* 2007;369:2015-20.
 99. Roosaar A, Johansson AL, Sandborgh-Englund G et al. Cancer and mortality among users and nonusers of snus. *Int J Cancer* 2008;123:168-73.
 100. Andersson G, Axéll T. Clinical appearance of lesions associated with the use of loose and portion-bag packed Swedish moist snuff: a comparative study. *J Oral Pathol Med* 1989;18:2-7.
 101. Araghi M, Rosaria Galanti M, Lundberg M et al. Use of moist oral snuff (snus) and pancreatic cancer: Pooled analysis of nine prospective observational studies. *Int J Cancer* 2017;141:687-93.
 102. Cortsen B, Petersen PE. Tobaksforebyggelse i voksentandplejen. *Tandlægebladet* 2001;105:1260-9.

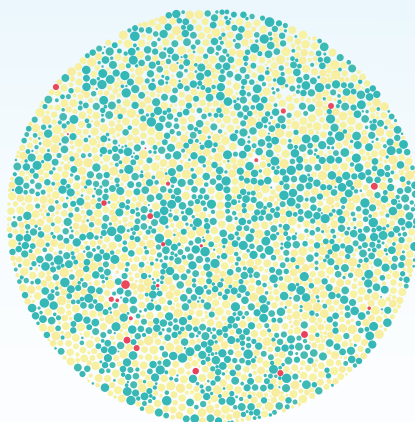
DET ER KLINISK DOKUMENTERET, AT ZENDIUM FREMMER ET BALANCERET ORALT MIKROBIOM*

Et balanceret oralt microbiom er væsentligt for tandsundheden. I et nyt skelsættende klinisk mikrobiomstudie udført på verdenskendte genteknologi centre, har Zendium vist et signifikant skifte i mikrobiomet på bakterieniveau.

Zendium øgede sundhedsrelaterede bakterier signifikant og reducerede sygdomsrelaterede bakterier.



BASE



14 UGER

BAKTERIEARTER:* • Sundhedsrelateret • Sygdomsrelateret • Ingen kendt sammenhæng

Visualisering af faktiske data for bakterietyper, hvis relative forekomst ændredes væsentligt i løbet af 14 uger.



Et balanceret oralt microbiom er afgørende for oral sundhed. Banebrydende mikrobiom analyser har vist et signifikant skifte i det orale mikrobiom på arts niveau.1. Med klassifikation af over 14 millioner DNA sekvenser og 414 identificerede bakteriearter, er det klinisk dokumenteret, at **Zendium fremmer et balanceret oralt microbiom.**

Ønsker du at vide mere om Zendium tandpasta og hvordan kombinationen af enzymer og proteiner styrker mundens naturlige forsvar, så besøg www.zendium.dk

zendium STYRKER MUNDENS EGET FORSVAR

*Resultaterne viste, at Zendium øgede sundhedsrelaterede bakterier og reducerede sygdomsrelaterede bakterier i munden væsentligt efter 14 ugers tandbørstning to gange dagligt med Zendium sammenlignet med baseline.



No.1 Trusted Brand
by Dentists in Scandinavia*

* Based on a survey completed in 2015



Dokumenteret efteruddannelse:

Optjen point med Tandlægebladet

I forbindelse med dokumenteret efteruddannelse har Tandlægeforeningens erhvervsaktive medlemmer mulighed for ved hjælp af en selvtest at dokumentere, at de har sat sig ind i faglig-videnskabelige artikler, bragt i Tandlægebladet.

Selvtestene bringes i forbindelse med originalartikler og oversigtsartikler. De består af tre spørgsmål, som dækker artiklens faglige indhold. Hvert spørgsmål har tre svarmuligheder, hvoraf **der kan være flere korrekte svar pr. opgave**. Besvares selvtesten korrekt (alle svar er rigtige), opnås 1 point svarende til en times efteruddannelse.

Hvordan gør jeg?

Gå ind på Tandlaegebladet.dk og log ind med dine koder til Tdlnet.dk. Herefter gennemføres selvtesten ved afkrydsning i svarrubrikkerne. Det er muligt at gentage selvtesten, indtil den er bestået.

For at overføre 1 point til dine efteruddannelsesaktiviteter skal du selv indberette dem på Tdlnet.dk. Klik på banneret med overskriften "Klik her for at registrere dine eksterne kurser" på forsiden af Tdlnet.dk. Du kan også gå ind på Efteruddannelsens sider og vælge menupunktet Kurser Mine kurser.

For at registrere selvtesten korrekt skal du under "Kursusnavn" skrive "Selvtest" og evt. bladnummer, fx "Selvtest TB15". Under "Kursusdato" vælger du dags dato, og under "Kursusansvarlig" skriver du Tandlægebladet. Til slut anfører du 1 point. Slut med at trykke "Gem".

Selvtest for artiklen:

Konsekvenser af tobak og alkohol i mundhulen.

Tandlægebladet 2017;121:1028-34.

Spørgsmål 1.

En sammenhæng mellem udvikling af marginal parodontitis og rygning:

Svar A. Er veldokumenteret.

Svar B. Er mistænkt, men uden sikker evidens.

Svar C. Kan afvises.

Spørgsmål 2.

Oral cancer induceret af rygning:

Svar A. Forekommer hyppigst på gingiva anteriort i over- og underkæbe.

Svar B. Forekommer hyppigst i den bløde gane.

Svar C. Forekommer hyppigst i mundbunden og tungen.

Spørgsmål 3.

Anvendelse af svensk snus:

Svar A. Er ganske ufarligt og kan anvendes som rygeafvænning.

Svar B. Fører hyppigt til cancerudvikling i mundhulen.

Svar C. Kan have konsekvenser for udvikling af sygdom i andre væv/organer ud over mundhulen.



Tag testen på din smartphone!

Som noget nyt kan du nu tage testen på din smartphone. Scan QR-koden eller indtast Selvtest.tandlaegebladet.dk i browseren.



Et skridt foran.

Admira Fusion

Nano-hybrid ORMOCER®

2003

Nano-hybrid

1999

ORMOCER®

1993

Kompomer

Micro-hybrid



DEN FØRSTE KERAMIK TIL DIREKTE FYLDNINGER

- Ren Silikat teknologi: Filler og resin matrix baseret udelukkende på siliciumoxid
- Laveste Polymerisationskontraktion (1,25 vol.-%) og særdeles lav kontraktionsstress*
- Inaktivt materiale, der sikrer en høj biokompatibilitet og meget stor farvestabilitet
- Fremragende håndteringsegenskaber, enkel højglanspolering og høj overfladehårdhed garanterer førsteklasses langtidsholdbare resultater
- Kompatibel med alle konventionelle bondingsystemer
- Føres også i flow og bulk fill

*i sammenligning med alle konventionelle plastfyldningsmaterialer

Admira Fusion



ABSTRACT

Tobaksforebyggelse og WHO-anbefalinger

Tobaksinducerede orale sygdomstilstande er vigtige folkesundhedsproblemer. Denne artikel sætter fokus på: 1) brugen af tobak i Danmark og Europa, 2) WHO's rolle i tobaksforebyggelsen og 3) tandlægers unikke rolle i forebyggelsen af tobaksrelaterede sundhedsskader. I alt 16 % af voksenbefolkningen i Danmark ryger tobak dagligt, og 2 % bruger røgfri tobak. Brug af e-cigaretter med indhold af nikotin er attraktivt for unge mennesker. Tobaksrygning i de nordiske lande er moderat, mens niveauet er højere i Central- og Østeuropa. Ifølge WHO spiller tandlæger en betydelig rolle i tobaksforebyggelsen, og organisationen har i 2017 udgivet tre nye rapporter for at styrke tandlægers arbejde mod tobakken. Den nyeste evidens om tobaksskader i munden beskrives, ligesom der orienteres om sundhedsgevinsterne af rygestop. Rapporterne beskriver relevante fremgangsmåder for tandlæger i tobaksforebyggelsen blandt patienter, der ryger. Tandlæger kan tillige bidrage til generel oplysning af befolkningen om sundhedsskadelige virkninger af tobakken og bistå folkesundhedsprogrammer med viden om sundhedsgevinster af rygestop.

Systematisk tobaksforebyggelse og anbefalinger af Verdenssundhedsorganisationen WHO

Poul Erik Petersen, WHO senior consultant, dr.odont., cand.scient.soc., Oral Health Programme, Division of Non-communicable Disease Prevention and Promoting Health through the Life-course, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Accepteret til publikation den 22. november 2017

Brugen af tobak er en betydningsfuld risikofaktor for kroniske sygdomme og tidlig død. På globalt plan dræber tobak hvert år godt 7 mio. mennesker, og langt de fleste af disse dødsfald finder sted i lav- og mellemindkomstlande (1). I disse lande forventes tobaksrelaterede dødsfald at stige over de næste årtier, såfremt der ikke sættes ind med politisk handling imod tobaksforbrug, med populationsorienteret sygdomsforebyggelse, og med opbygningen af et effektivt sundhedsvæsen. Brugen af tobak er derimod vigende i mange højindkomstlande i takt med den øgede opmærksomhed om tobakkens skadelige virkninger og effekten af sundhedspolitiske tiltag. I alle lande indebærer brugen af tobak store samfundsmæssige omkostninger, idet kroniske sygdomme har både økonomiske, menneskelige, familiemæssige og sociale konsekvenser. De tunge tobaksrelaterede kroniske sygdomme omfatter især sygdomme i respirationsveje, cancer, hjerte-kar-sygdomme og diabetes, men tobaksinducerede orale sygdomstilstande spiller også en vigtig rolle for folkesundheden.

Formålet med denne fokusartikel er at belyse brugen af tobak i Danmark og Europa, at orientere om WHO's rolle i tobaksforebyggelsen samt at beskrive tre nye WHO-publikationer, der har fokus på tandlægers rolle i forebyggelsen af tobaksrelaterede sundhedsskader.

Brugere af tobak i Danmark

I Danmark er tobaksrygning hos voksne reduceret markant gennem mange år; i 1953 var der 80 % rygere blandt mænd og 40 % blandt kvinder (2). I 2016 er andelen af voksne rygere imidlertid faldet til 21 % (mænd 21 %, kvinder 21 %), 16 % ryger dagligt, og 7 % voksne er storrygere defineret som rygning af 15 cigaretter eller flere dagligt (2). I alt 43 % af dagligrygerne

EMNEORD

Tobacco use; chronic diseases; oral diseases; prevention; cessation; guidelines



Henvisning til forfatter:

Poul Erik Petersen, e-mail: petersenpe@who.int

tilkendegiver at være meget afhængige af nikotin. Mange rygere er dog motiverede for at kvitte tobakken; således anfører 76 % af rygerne, at de har forsøgt at kvitte rygningen én eller flere gange, og 60 % af dem, der ryger dagligt, vil gerne holde op med at ryge.

Røgfri tobak omfatter tyggetobak, tobakspastiller, skrå og snus. Blandt voksne danskere (15 år +) benytter 2 % røgfri tobak, og halvdelen af disse bruger snus (2). Det er forbudt at sælge snus i EU og dermed også i Danmark; på trods heraf har en tredjedel af unge mænd prøvet snus, og 12 pct. bruger det dagligt, ugentligt eller sjældnere (3).

I alt 2 % af voksne danskere bruger e-cigaretter dagligt (2). Hovedparten af brugerne benytter e-cigaretter med nikotin. Brug af e-cigaretter er dog især tillokkende for unge mennesker. En undersøgelse af skolebørn i 2014 (4) har således vist, at 17 % af 15-årige drenge havde røget e-cigaretter inden for den seneste måned, mens det gjaldt for 13 % af de 15-årige piger.

Brugere af tobak i europæisk perspektiv

Ifølge WHO (1) var 27,2 % af voksne europæere (15 år +) brugere af tobak i 2015. Gennem de seneste år har de fleste lande vist en faldende tendens i andelen af brugere af tobak, og fort-

sætter denne udvikling, forventes prævalensen af tobaksbrugere at ligge på 23,3 % i år 2025. Fig. 1 viser for udvalgte lande andelen af voksne personer, der dagligt ryger tobak. Disse tal er aldersstandardiserede og omfatter begge køn. Niveaulet for tobaksrygning er lavere i Norden end i det øvrige Vesteuropa; en højere hyppighed ses i Central- og Østeuropa, hvor omkring 25 % af voksne bruger tobak. Visse lande ligger i top med en tredjedel af voksne, der dagligt bruger tobak. I Rusland, for eksempel, er der således tre gange flere rygere end i Sverige.

WHO's internationale rolle i tobaksforebyggelsen

WHO's Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) blev til i 2003 (5-7) og har været en afgørende politisk rettesnor for styrkelsen af verdens tobakskontrol. WHO FCTC er en globalt bindende politisk traktat for begrænsning af landes tobaksforbrug, og med landtilslutningen af i dag er omkring 90 % af verdens befolkning omfattet af denne politik. Danmark tilsluttede sig WHO FCTC traktaten i 2003, og den er herefter ratificeret i 2005 med Udenrigsministeriets Bekendtgørelse om WHO's rammekonvention af 21. maj 2003 (8). For at hjælpe lande til at opfylde mål for tobakskontrol og det tobaksfrie miljø introducerede

Prevalence of adult daily smoking (pct) 2015 Age-standardized rates (both sexes combined)

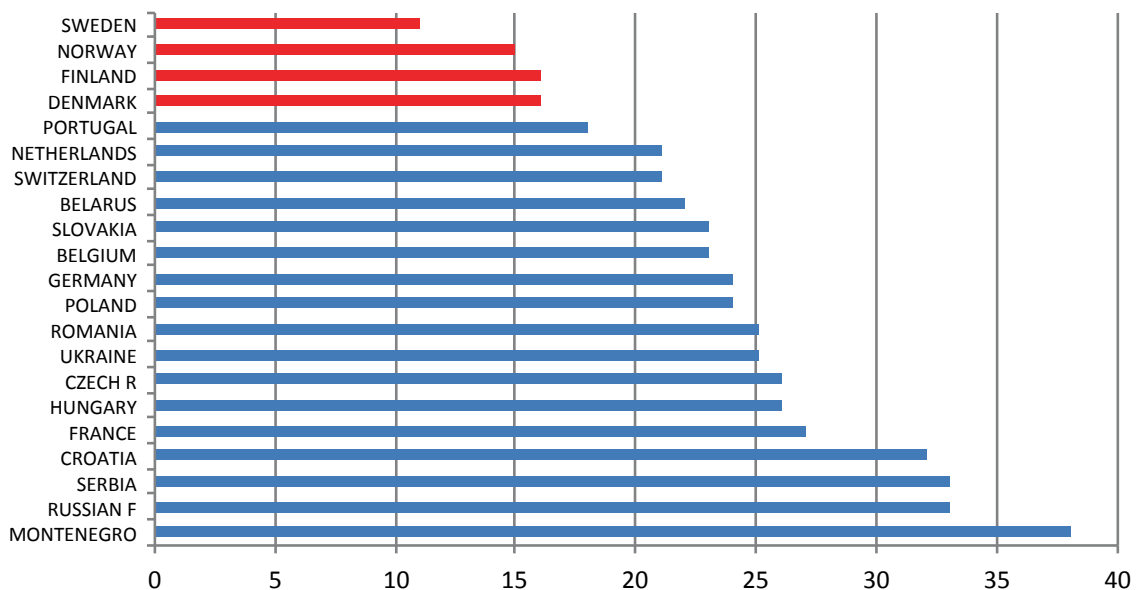


Fig. 1. Variationen i procentandelen af voksne mennesker (15 år+), der dagligt ryger tobak i udvalgte lande i Europa.

Fig. 1. Variation in percentages of adults (aged 15+ years) with daily tobacco smoking in selected countries of Europe.

WHO i 2008 en såkaldt *MPOWER package* (1), der inddrager seks evidensbaserede tobakskontrolmidler. Midlerne omfatter: 1) indførelse af en forebyggelsespolitik og monitorering af tobaksforbruget (*Monitor*), 2) en beskyttelse af mennesker fra brugen af tobak (*Protect*), 3) en hjælp til tobaksbrugere til at kvitte tobakken (*Offer*), 4) advarsler mod skadelige virkninger af tobak (*Warn*), 5) indførelse af forbud mod annoncering af tobak, tobaksfremmende initiativer og sponsorvirksomhed (*Enforce*) samt 6) øgningen af skatter ved salg af tobak (*Raise*). Flere metoder har således betydning for realiseringen af tobaksforebyggelse; den aktuelle udformning af landeprogrammer kan være forskellig, idet indsatsen for tobaksforebyggelse har varierende virkebetingelser fra land til land. WHO følger udviklingen i forebyggelsespolitik på globalt, regionalt og nationalt niveau. Organisation har også samlet eksempler på materiale for tilvejebringelse af tobaksbudskaber med relevans for massemedier (*Warn*) og tillige oplysninger for beskyttelse af mennesker ved brugen af tobak. Udover forebyggelsesindsatsen gennem folkesundhedsoplysning er sundhedspersonalets indsats i tobaksforebyggelsen naturligvis også vigtig, og WHO's tekniske programmer udvikler aktiviteter, der kan øge forudsætningerne for tobaksforebyggelse i relation til sundhedsprofessioner, patienter, population og lokalsamfund.

WHO og oral health

I 2017 har WHO udgivet tre vigtige publikationer, der skal tjene som vejledning i tandlægers arbejde med tobaksforebyggelse:

- 1) *WHO Monograph on tobacco cessation and oral health integration* (Fig. 2),
- 2) *Toolkit for oral health professionals to deliver brief tobacco interventions* (Fig. 3), og
- 3) *A guide for oral disease patients to quit tobacco use* (Fig.4).

Tobacco cessation and oral health integration

Denne publikation (9) beskriver nødvendigheden af at integrere tobaksintervention i sundhedsvæsenet, og interventionen fra tandplejen må prioriteres og integreres som led i den primære sundhedstjeneste. Der lægges vægt på anvendelse af den nyeste evidens for sammenhængen mellem brug af tobak og orale sygdomme. WHO har netop opdateret den eksisterende viden om kausaliteten ved at udføre et systematisk review af den videnskabelige litteratur. Relevante studier publiceret i perioden 2005 til 2015 er undersøgt, og i alt 53 folkesundhedsvidenskabelige studier er således blevet evalueret. Hovedkonklusionerne fra meta-analyser af associationen mellem brug af tobak og oral cancer, leukoplaki, parodontale sygdomme, passiv rygning og caries samt brug af tobak og præmatur tandtab er følgende:

1. Brug af tobak (rygning og røgfri tobak) øger risikoen for oral cancer og leukoplaki med en faktor 5-6.
2. Brug af tobak øger risikoen for parodontale sygdomme med en faktor 2.
3. Brug af tobak øger risikoen for tandtab med en faktor 1,5.
4. Passiv rygning øger risikoen for caries i det primære og permanente tandsæt med en faktor 1,5-2.

Tobaksforebyggelse og integration af oral sundhed

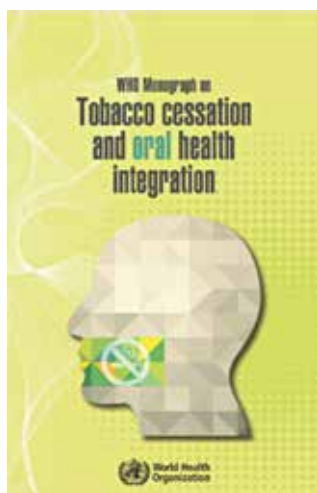


Fig. 2. WHO-rapport om tobaksforebyggelse og integration af oral sundhed, 2017 (9).

Fig. 2. WHO report about tobacco prevention and integration of oral health, 2017 (9).

Toolkit for tobaksintervention



Fig. 3. WHO-rapport om tandlægers rolle i tobaksforebyggelsen, 2017 (10).

Fig. 3. WHO report about the role of dentists in tobacco use prevention, 2017 (10).



KLINISK RELEVANS

I et andet WHO review undersøges den gavnlige virkning på oral sundhed af at kvitte tobakken. På basis af identificerede relevante populationsstudier gennemført i perioden 1996-2015 konkluderes der følgende fra meta-analyser:

1. Rygestop er signifikant associeret med bedre oral sundhed, målt ved antallet af mistede tænder, risikoen for nye tobaksrelaterede læsioner, udviklingen af maligne tilstande samt parodontal sygdom
2. Rygestop har demonstreret parodontal sundhedsgevinst målt ved klinisk fæstetab.

Den foreliggende viden om tobaksrelaterede orale sygdomme og den eksisterende viden om betydningen af forebyggelsesprogrammer, hvor tobaksbrugere kvitter tobakken, tilsiger, at tandplejen spiller en afgørende rolle i tobaksforebyggelsen for patienter og i relation til borgere og lokalsamfund. På dette grundlag har WHO således specificeret politiske anbefalinger for praksis og integration af tandplejen i national tobaksforebyggelse.

Toolkit for oral health professionals to deliver brief tobacco interventions

Denne vejledning (10) henvender sig til tandlæger og indeholder en guide til tobaksintervention som led i arbejdet med patienter. Toolkit inkluderer følgende emner:

- Orientering om brug af tobak og skader i mundhulen
- Den unikke rolle for tandlæger i arbejdet for tobakskontrol
- Information om tobak og tobaksafhængighed

Tobak er en betydningsfuld risikofaktor for kroniske sygdomme, herunder også en række sygdomstilstande i mundhulen. WHO har publiceret tre nye rapporter, der kan bistå tandlæger i deres kliniske arbejde med patienter, der ryger tobak og/eller bruger røgfri tobak (fx snus). Den kliniske undersøgelse af patienten, der bruger tobak,

bør altid indeholde en samtale om at kvitte tobakken, således at sundhedsskader kan forebygges eller behandles tidligt. WHO's rapporter giver vejledning om relevante emner for udvikling af patientens viden om tobaksrelaterede sygdomme i munden. Vejledning fokuserer desuden på, hvordan man kan øge patientens motivation for at kvitte tobakken.

- 5A-princippet, der kan hjælpe patienters parathed til at kvitte tobakken
- 5R-princippet, der kan øge patientens motivation til at kvitte tobakken
- 5A-princippet, der fokuserer på at undgå eksponering for passiv rygning

Patientguide – kvit tobakken



Fig. 4. WHO's vejledende patientinformation om tobaksforebyggelse, 2017 (11).

Fig. 4. WHO recommendation for patient information about tobacco use prevention, 2017 (11).

Orale aspekter

Ændring af smag

Tandsten

Tandmisfarvning

Gingival absces

Gingival melaninpigmentering

Leukoplaki

Oral cancer

Dårlig ånde

Parodontal sygdom

Præmaturo tandtab

Rygerlæbe

Rygergane

Table 1. Hyppige manifestationer af tobaksrelaterede orale sygdomme (9).

Table 1. Frequent manifestations of tobacco-related oral diseases (9).



Orienteringen fokuserer på tobaksrelaterede orale tilstande, som tandlægen hyppigt møder hos patienter, der bruger tobak (Tabel 1). Tandlægers særlige rolle i tobaksforebyggelsen knytter sig til professionens opmærksomhed på forandringer i mundhule og svælg. Tandlæger ser mange personer fra væsentlige befolkningsgrupper, inklusive børn og unge samt gravide kvinder; de ser ofte patienterne i længere tid sammenlignet med andet sundhedspersonale, og de kan fremme interessen for at kvitte tobakken ved at vise skadevirkninger af tobak direkte i mundhulen. Ud over sundhedseffekten i mundhulen har tandlægen mulighed for at påpege betydningen af tobak for andre kroniske sygdomme i kroppen, og de økonomiske og sociale fordele ved at kvitte tobakken kan fremhæves.

5A-princippet (Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange) er baseret på samtale, der tilstræber at opnå målet, hvor patienten føler sig klar til at kvitte tobakken. Der gives vejledende strategier for kommunikation ved regelmæssige patientbesøg og evt. supplerende medikamentel behandling. 5R-princippet (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, and Repetition) sigter mod at øge patientens motivation, herunder troen på, at det er muligt at kvitte tobakken. Endelig kan 5A-princippet også have relevans for vejledningen af, hvordan patienten kan undgå passiv rygning.

A guide for oral disease patients to quit tobacco use

WHO har udviklet en guide (11) med henblik på, at patienter kan hjælpe sig selv til at kvitte tobakken. Patienten bliver orienteret om tobakkens indhold af giftstoffer, indholdet af karcinogener i rygefri tobak, betydningen af tobak for det generelle helbred og livskvaliteten, tobaksrelaterede orale sygdomme og tobakkens effekt på udkommet af behandling (fx mindre effektiv parodontal behandling; prolongeret sårheling efter tandekstraktion). De sociale konsekvenser ved brug af tobak,

de negative virkninger for familien, tobaksfyldte miljøer og de personlige økonomiske omkostninger af tobak belyses. Også helbredsfordelene ved at kvitte tobakken omtales.

En særlig komponent af denne guide sigter mod at bibringe patienten troen på, at man kan kvitte tobakken. Kognitive, psykologiske og adfærdsmæssige metoder appliceres på hyppige barrierer, som patienten møder i sine forsøg på at kvitte tobakken. Endelig diskuteres, hvordan patienten kan tackle abstinenssymptomer.

Konklusion

Der er endnu et stykke vej til det "tobaksfrie samfund". Siden etableringen af WHO FCTC i 2003 har WHO Oral Health Programme på globalt og regionalt niveau søgt at styrke implementering af tobaksforebyggelsen i flere lande. Fx har WHO udviklet skolesundhedsprogrammer, der omfatter oral sundhed for børn og unge, og som samtidig inkluderer tobaksforebyggelse (12,13). I 2005 tog WHO sammen med World Dental Federation FDI initiativ til at producere en "advocacy guide for tobacco prevention" (14) som støtte til tandlægeforeninger verden over. Globalt overvåger WHO forekomsten af oral cancer ud fra epidemiologiske data fra International Agency for Cancer Research, Lyon – France (15), og organisationen følger for specifikke aldersgrupper udviklingen i parodontal sundhed (16). De tre nye WHO-publikationer omtalt i denne fokusartikel er bidrag til at styrke arbejdet i tobaksforebyggelsen, som den udføres af tandlæger og andet sundhedspersonale, jf. WHO's MPOWER Package. Endelig primo 2018 udsender WHO Regional Office for Europe et "Fact Sheet on Tobacco and Oral Health", der forhåbentlig yderligere kan skærpe interessen for forebyggelsen af tobaksrelaterede sygdomme blandt sundhedsprofessioner og nationale sundhedsinstanser.

ABSTRACT (ENGLISH)

The systemic prevention of the use of tobacco, and recommendation of WHO

Tobacco induced oral health conditions are important public health problems. This article focuses on 1. The use of tobacco in Denmark and Europe; 2. The work of WHO in tobacco prevention and 3. The unique role of dentists in the prevention of tobacco related diseases. In total, 16 % of the adult population in Denmark use tobacco every day and 2 % use smoke-free tobacco. Use of e-cigarettes containing nicotine is attractive to young people. The use of tobacco is moderate in Nordic countries while the level is

higher in Central and Eastern Europe. Dentists play a vital role in tobacco prevention and in 2017 WHO published three reports to strengthen the prevention of use of tobacco. Update evidence about the health hazards of the mouth is described, and benefits of tobacco cessation are outlined. The reports emphasise key preventive strategies in tobacco use among oral disease patients. Dentists may contribute to the raising awareness of health hazards associated with tobacco use, and assist in public health programmes by providing knowledge about the health benefits of ceasing tobacco use.

Litteratur

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Report on the global tobacco epidemic 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: WHO, 2017.
2. SUNDHEDSSTYRELSEN. Danskernes Rygevaner 2016. Foretaget af TNS Gallup for Sundhedsstyrelsen, Hjerteforeningen, Lungeforeningen og Kræftens Bekæmpelse. København: Sundhedsstyrelsen, 2016. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/danskernes-rygevaner-2016>
3. KRÆFTENS BEKÆMPELSE. Undersøgelse af 16-25-åriges rygevaner. Epinion for Kræftens Bekæmpelse. København: Kræftens Bekæmpelse, 2016. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/fakta-om-rygning/unges-rygevaner/>.
4. Rasmussen M, Pedersen TP, Due P, eds. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed 2015.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Geneva: WHO, 2003.
6. Petersen PE. Global framework convention on tobacco control: the implications for oral health. *Community Dent Health* 2003; 20:137-8.
7. Petersen PE. Tobacco and oral health – the role of the world health organization. *Oral Health Prev Dent* 2003;1:309-15.
8. UDENRIGSMINISTERIET. Bekendtgørelse af WHO rammekonvention af 21. maj 2003 om tobakskontrol. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=23111#K5>.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Monograph on Tobacco Cessation and Oral Health Integration. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/monograph-tb-cessation-oral-health/en/.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Toolkit for Oral Health Professionals to Deliver Brief Tobacco Interventions. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/toolkit-oral-health-professionals/en/.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Guide for Oral Disease Patients to Quit Use of Tobacco. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: http://www.who.int/tobacco/publications/smoking_cessation/guide-oral-disease-patients-quit-tobacco-use/en/.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health promotion through schools. WHO information series on school health. Document eleven. Geneva: WHO, 2003.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco use prevention: An important entry point for the development of health promoting schools. WHO information series on school health. Document five. Geneva: WHO, 1998. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: (http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_school_doc11.pdf?ua=1).
14. Petersen PE. Tobacco or Oral Health. An advocacy guide for oral health professionals. In: Beaglehole R, Benzi HM, eds. Geneva: World Dental Federation FDI and World Health Organization, 2005. (Set 2017 november). Tilgængelig fra: URL: http://www.who.int/oral_health/media/orh_tobacco_fdi_book.pdf?ua=1
15. Petersen PE. Oral cancer prevention and control – the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol* 2009; 45:454-60.
16. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontol* 2000 2012; 60:15-39.

ABSTRACT

A care plan for patients with dementia should match prevention strategies for healthy patients at the minimum

Background – Cognitive impairment is the gradual loss of one's ability to learn, remember, pay attention, and make decisions. Cognitively impaired elderly people are a challenging patient population for dental health care professionals and may be at higher risk of developing oral health diseases. The authors systematically reviewed interventions effective at improving dental health in patients with cognitive impairment and described research gaps remaining.

Types of Studies Reviewed – In a comprehensive search of multiple databases, the authors identified 2,255 studies published in the English language from 1995 through March 2016. The authors included studies if the investigators evaluated oral health measures after an intervention in patients 65 years or older with cognitive impairment or dementia. Nine full-text articles met the criteria for inclusion.

Results – Only one study was a randomized control trial, whereas all others lacked appropriate controls. Investigators studied the effects of dental treatments, battery-powered devices for oral hygiene, and training of care staff members. Most interventions improved some aspect of the oral health of patients with dementia, and results were more pronounced when patients required assistance while performing oral hygiene tasks or had poor oral health at baseline.

Conclusion – A basic care plan for patients with dementia should, at the minimum, match prevention strategies recommended for healthy elderly patients.

Correspondance:
Cameron B. Jeter, email: Cameron.B.Jeter@uth.tmc.edu

Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment

A systematic review

Natalia S. Rozas, research assistant II, ph.d., Department of Diagnostic and Biomedical Sciences, School of Dentistry, The University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, Texas, USA

June M. Sadowsky, associate professor, MPH, Department of General Practice and Dental Public Health, School of Dentistry, The University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, Texas, USA

Cameron B. Jeter, assistant professor, ph.d., Department of Diagnostic and Biomedical Sciences, School of Dentistry, The University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, Texas, USA

Denne artikel er oprindeligt publiceret i *Journal of American Dental Association* 2017;148:236-45.

Aging is a natural and irreversible process of life, yet people are living longer than ever before. The extension of the human life span is increasing the elderly world population, which is projected to be more than 2 billion by the year 2050 (1). Aging often is accompanied by an assortment of dental health-related problems; among them are caries, periodontal disease, and edentulism. Poor oral health in elderly people is associated with low self-esteem, decreased social interactions, malnutrition, dysphagia, and aspiration pneumonia (2,3). These problems greatly contribute to patients' failure to thrive, affecting their daily lives and those of their families and caregivers (4-6). Several oral health prevention programs and interventional strategies have had fair to good success at improving the oral health and oral health-related quality of life in elderly people (7-12). As a

EMNEORD

Cognitive impairment;
dementia;
Alzheimer disease;
oral health;
dental care

result, geriatric oral health has improved in the past 30 years, with the elderly having less untreated caries and retaining more natural teeth (13). Good oral health may be an important factor in maintaining a good quality of life; therefore, dental health care profes-

sionals should be prepared to provide adequate dental treatment to elderly patients with chronic diseases and conditions.

Cognitive impairment mostly affects elderly people, and the prevalence of dementia increases exponentially with age; it is also a leading cause of disability and dependence (14). Results from some studies suggest that elderly patients with dementia may have worse oral health than do cognitively healthy control patients, further widening the divide of quality of life. Investigators in several studies independently found that elderly patients with cognitive impairment were more likely to have fewer remaining natural teeth (15-18). Investigators in other studies have shown that patients with dementia are more likely to have periodontal disease than are control patients without dementia (19,20). Furthermore, study results have shown that patients with dementia have higher numbers of coronal and root caries (21-24). Not all dental health parameters seem to be worse in patients with dementia compared with that in healthy control patients, however, because investigators in some studies have found no association between poor oral health and cognitive impairment (21,25-28).

Although the link between cognitive impairment and poor oral health is not well established, this is still a challenging population for dentists (2,29-36). Patients with cognitive impairment have learning disabilities, memory problems, attention deficits, and difficulty in decision making, all mental tasks necessary to maintain good oral health habits. Oral hygiene is difficult for these patients; they lose interest in brushing and flossing their teeth and may find dental care visits confusing and even frightening (37,38). In addition, patients with cognitive impairment may not be able to communicate their dental problems, requiring health care professionals to use special strategies to reveal and treat them (39). Health care professionals will need access to special dental health care programs and tailored treatments to accommodate the mental disabilities of patients with cognitive impairment and dementia.

Evidence-based dentistry emphasizes reviewing and critically appraising the research literature to improve clinical decision making. The rationale for this systematic review is that by reviewing interventions to improve oral health in elderly patients with cognitive impairment, research projects and patient programs may be developed to improve oral health in this growing vulnerable sector of the population. Thus, our main question is this: which interventions have been proved effective to maintain good oral health in patients with cognitive decline?

Methods

Inclusion and exclusion criteria

We used the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses statement as a guideline for writing this systematic review (40). To address our question, criteria for inclusion in the systematic review were as follows: studies had to include elderly people (65 years or older) with cognitive impairment or dementia (whenever specified by the article,

dementia of subtypes specified by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (41)—for example, dementia not due to delirium, schizophrenia, psychosis, major depressive disorder, mental retardation, epilepsy) as participants; study investigators had to measure oral health parameters (for example, caries, missing teeth, edentulism, periodontal disease, oral hygiene habits) as an outcome; and study authors had to investigate the effect of an oral health intervention (for example, education, use of battery-powered toothbrush). Criteria for exclusion from the systematic review were studies that were not research articles (for example, commentaries, editorials, reviews, case studies), nonhuman studies, studies in a language other than English, studies published before 1995 (research regarding assessment of oral health in patients with dementia started in the middle to late 1990s) (2), and intervention studies that did not address oral health (for example, clinical studies for drugs to treat Alzheimer disease).

Search strategy, information sources, study selection, and data collection process

We searched PubMed, Embase, and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) database (1995 through March 2016) by using terms related to oral health and cognitive impairment (Appendix, available online at the end of this article). We also conducted a manual search from the reference lists of relevant review articles. The first author (N.S.R.) performed the eligibility assessment in an unblinded, standardized manner (Fig. 1). We screened titles and abstracts to discard articles that were unrelated to the question, did not address both oral health and cognitive impairment in elderly people, were duplicates, were not research articles, or were interventional studies unrelated to oral health and cognitive impairment. Next, two authors (N.S.R., C.B.J.) assessed full-text articles for eligibility. We excluded studies if they had data on only oral health parameters outside the scope of this review (chewing problems, swallowing problems, salivary problems, dry mouth, oral fungal infections, oral microflora) or data were unclear, missing, or evaluated for groups other than cognitive impairment and oral health. During the review process, we noted all reasons for exclusion, and we discussed uncertainties among all of us until we reached consensus for inclusion or exclusion. We extracted data of interest from each eligible study through a template form.

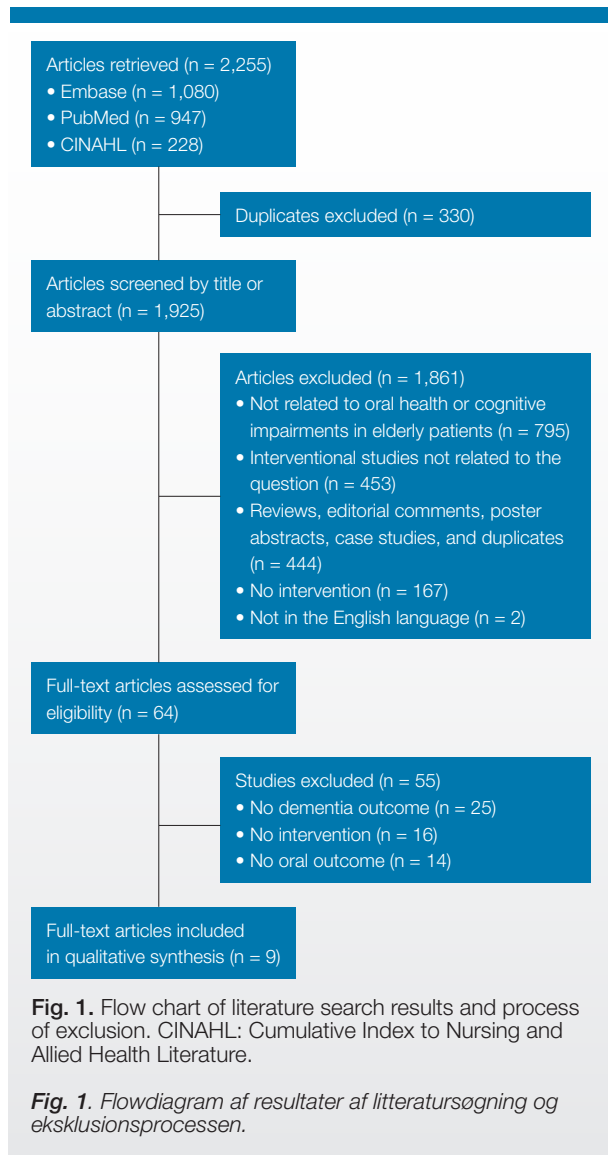
Risk of bias in individual study assessment

Two authors (N.S.R., C.B.J.) used the Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias (42). We assessed all articles included for analysis.

Results

Following the search strategy, we retrieved 2,255 records from PubMed, CINAHL, and Embase. We excluded 330 duplicates and 1,861 studies, the latter on the basis of title and abstract

Search of literature



screening (Fig. 1). We assessed 64 full-text articles for eligibility to be included in the analysis, we excluded 55 of these studies after reading the full manuscript, and nine were appropriate for inclusion in the final systematic review (Tables 1-3) (32,43-50).

Our intention was to report on the interventions from only good quality reports. However, eight of nine studies did not include a sham control group, which led to their assessment as being of poor quality and having a high risk of bias (32,43-46,48-50). A sham control group is equivalent to a placebo control group but instead of a placebo drug there is a sham procedure. This enables researchers to evaluate objectively the effect of the treatment provided. We decided to include all nine articles in the analysis to have a broader perspective on possible

strategies to treat dental patients with dementia; eight of them should be taken as pilot studies.

We also assessed the quality of each study on the basis of other criteria of the design. The investigators did not always predefine the inclusion criteria, and none of the studies was designed specifically to study the effect of an intervention on the oral health of people with cognitive impairment. Investigators in all studies were interested in interventions for elderly populations, and they analyzed patients with cognitive impairment or dementia post hoc. Investigators almost always described exclusion criteria and reasons for participant dropout. Sample sizes of patients with dementia or cognitive impairment were small across studies (range, 17-119 patients). Investigators in five studies reported demographic data of the sample size (43-45,47,48), but investigators in only three studies took these confounding parameters into account when analyzing data or interpreting their results (45,47,48). There was great variability in oral health outcomes reported, and most measures (denture use (43), denture hygiene (32,48), tooth loss (45), periodontal measures (48), plaque scores (47-49), Geriatric Oral Health Assessment Index (44) staff member

Survey (46,50) were different across articles. Investigators in four studies reported examiners' calibration (44,47-49), investigators in three studies evaluated interexaminer reliability (47-49) and investigators in two studies reported it ($P > 0.8$) (47,48). Diagnosis of dementia or cognitive impairment was also variable, and investigators in only five studies clearly reported the assessment tool used for diagnosis or the clinical diagnosis criteria identified in medical records (32,43,45,47,48). Tables 1, 2, and 3 summarize the interventions and findings of the selected studies, which we sorted based on the type of intervention: dental treatment (Table 1) (43-45), promotion of oral hygiene (Table 2) (46-48), and nursing and care staff member training (Table 3) (32,48-50).

Dental treatment interventions

Taji and colleagues (43) provided preprosthodontic treatment, such as tooth extractions and restorations, followed by denture treatment and follow-up adjustments in 101 hospitalized elderly people in Japan (Table 1). Six months later, they were able to survey patterns of use in 93 of them. Before the treatment, the investigators evaluated patients' cognitive impairment by using the Mini-Mental State Examination and measured independence in their activities of daily living (mobility, eating, toilet use, dressing, bathing). Most patients (73.5%) wore their dentures during this period, and the rest did not. Non-denture wearers had significantly lower Mini-Mental State Examination scores and were most likely to require assistance with activities of daily living (for example, eating, dressing) than were the patients who had worn dentures. This study's results suggest that simply providing patients with dementia with dentures may not be enough to improve their compliance with wearing them.



Investigators in two studies provided dental treatment (for example, prophylaxis, denture repair, extractions) for patients attending senior adult dental clinics (Table 1) (44,45). The investigators assessed all participants for their dental needs and then provided them with treatments to achieve good oral health. Walker and Kiyak (44) found a small, nonsignificant increase in Geriatric Oral Health Assessment Index scores (reflecting better self-perceived oral health) from before to after treatment for patients with dementia. Considering that the sample size for patients with dementia was small ($n = 17$), we can glean that regular dental assessments and treatments may

PRACTICAL IMPLICATIONS

Dental health care professionals should promote oral hygiene education for caregivers for elderly patients with cognitive impairment. There is a wide gap in knowledge regarding effective methods specifically to improve oral health in patients with dementia.

Evaluating af tandbehandling

Study	Population	Design and duration	Intervention	Outcome measures	Results	Quality Assessment
Taji and Colleagues (43) 2005	Hospitalized elderly patients Mean age, 83 y Cognitive impairment from Mini-Mental State Examination score ≤ 14 $n = 93$	Prospective longitudinal 6 mo of follow-up	Denture treatment	Use of dentures	Patients with severe dementia were less likely (0.3 probability) to have worn their dentures than were patients with Mini-Mental State Examination score > 14 (1 probability).	No sham control patients High risk of bias
Walker and Kiyak (44) 2007	Patients visiting adult day health centers Mean age, 76.8 y Dementia from medical history $n = 17$	Prospective longitudinal 2 wk to 6 mo of follow-up	Dental treatment	Geriatric Oral Health Assessment Index score	Patients with dementia did not differ from healthy patients in Geriatric Oral Health Assessment Index scores before or after treatment.	No sham control patients High risk of bias
Chen and Colleagues (45) 2010	Community-dwelling and nursing home residents Mean age, 81.5 y Dementia from medical history or International Classification of Diseases, Ninth Revision diagnosis $n = 119$	Retrospective longitudinal 1 to 19 mo of follow-up	Existing dental conditions treated and dental treatment provided continually	Tooth loss	Patients with dementia arrived with fewer teeth and worse oral health. When dental treatment was provided, patients with dementia retained their teeth as did healthy control patients (11% lost 1 tooth per year, 1.21 teeth lost in 5 years).	No sham control patients High risk of bias

*n: indicates number of patients with dementia unless otherwise noted. A sham control group is equivalent to a placebo control group.

Table 1. Studies in which the investigators evaluated dental treatment interventions to improve oral health in patients with cognitive impairment.*

Table 1. Studier, hvor forskerne evaluerede tandbehandling for at forbedre det orale helbred hos patienter med kognitiv svækkelse. 

be useful. Chen and colleagues (45) found patients with dementia of all severities to have more carious and broken teeth ($P < 0.006$) and fewer teeth ($P = 0.02$) at baseline. After dental treatment was provided, patients with dementia retained their teeth at the same rate as did patients without dementia, losing approximately 1.21 teeth per 5-year period.

Promotion of oral hygiene interventions

Two research groups studied the effect of using battery-powered toothbrushes in patients with dementia (Table 2) (46,47). Wolden and colleagues (46) surveyed staff members after 15 months of battery-powered toothbrush use; they reported spending equal or less time brushing residents' teeth. When

Evaluering af mundhygiejne

Study	Population	Design and duration	Intervention	Outcome measures	Results	Quality Assessment
Wolden and Colleagues (46) 2006	Nursing home residents Mean age not reported Dementia diagnosis not reported n = 119 (staff members)	Prospective longitudinal 15 mo of follow-up	Electric toothbrush provided	Staff member survey	Regarding patients with dementia, 44.5% of staff members reported it was simpler to use an electric toothbrush, 24.4% reported that there was no difference, and 31.1% reported that it was more difficult.	No sham control patients High risk of bias
Fjeld and Colleagues (47) 2014	Nursing home residents Mean age, 86.1 y Dementia assessed by physician n = 86 (electric toothbrush, 57% of patients who had dementia) n = 94 (manual toothbrush, 45.7% of patients who had dementia)	Single-blinded randomized control trial 2 mo	Electric toothbrush versus manual toothbrush	Debris index, mucosal plaque index	There was a significant reduction in plaque in both groups after the intervention ($P < 0.001$); 40% of patients with dementia needed assistance during oral hygiene compared with 14% of those without dementia. Patients who required assistance for oral hygiene had a significant reduction in plaque when the electric toothbrush was used ($P < 0.001$), whereas the use of a manual toothbrush did not improve plaque index in this group ($P = 0.7$).	Low risk of bias
Zenthöfer and Colleagues (48) 2016	Nursing home residents Mean age, 81.7 y Dementia from medical history n = 33	Prospective longitudinal 6 mo of follow-up	Ultrasonic denture cleaning device provided	Denture hygiene index	Denture hygiene index improved for patients with and without dementia. After multivariate analysis, only participants with the worst baseline conditions improved with the intervention.	No sham control patients High risk of bias

*n: indicates number of patients with dementia unless otherwise noted. A sham control group is equivalent to a placebo control group.

Table 2. Studies in which the investigators evaluated promotion of oral hygiene interventions to improve oral health in patients with cognitive impairment.*

Tabel 2. Studier, hvor forskerne evaluerede mundhygiejne til fremme af det orale helbred hos patienter med kognitiv svækkelse.

Evaluering af plejepersonale indsats

Study	Population	Design and duration	Intervention	Outcome measures	Results	Quality Assessment
Georg (32) 2006	Nursing home residents Mean age NR† Dementia from medical history and some from Mini-Mental State Examination score ≤ 26 n = 29	Prospective longitudinal 6 wk of follow-up	Denture-marking kits Circulation of oral hygiene best practices information sheet and feedback with baseline audit results	Dentures individually labeled Daily cleaning and nighttime removal of dentures is recorded	Individually labeled dentures increased to 100% compliance in the nondementia group and almost 100% (97.5%) in the dementia group. Documentation of daily cleaning and nighttime removal of dentures had a higher increase in the dementia group (60% compliance) than in the nondementia group (30% compliance).	No sham control patients High risk of bias
Samson and Colleagues (49) 2009	Nursing home residents Mean age NR Dementia from medical history n = 52	Prospective longitudinal 3 mo and 6 y of follow-up	Staff member training Distribution of oral hygiene products Regular oral hygiene checks	Mucosal plaque index	Mucosal plaque index was significantly lower 3 mo and 6 y after the intervention for all patients. Patients with dementia had a lower mucosal plaque index after 6 y than did patients without dementia (P = 0.049).	No sham control patients High risk of bias
Forsell and Colleagues (50) 2011	Nursing home residents at a dementia care center Age range, 69-96 y Dementia NR n = 87 (staff members)	Prospective Follow-up NR	3-step dental hygiene program: • Step 1: training of patient's contact person; • Step 2: 60-min discussion groups; • Step 3: 90-min lecture	Staff member survey	After attending the dental hygiene program, a lower percentage of staff members reported that patients were unwilling to perform oral hygiene (P = 0.02). There were no differences in staff member reports regarding fear of causing damage or finding oral tasks unpleasant.	No sham control patients High risk of bias
Zenthöfer and Colleagues (48) 2016	Nursing home residents Mean age, 81.7 y Dementia from medical history n = 33	Prospective longitudinal 6 mo of follow-up	2-d oral care training for staff members	Gingival bleeding index, Plaque control record, Community Periodontal Index of Treatment Needs	Gingival bleeding index and Community Periodontal Index of Treatment Needs improved after intervention only in patients with dementia. After multivariate analysis, only participants with the worst baseline conditions improved with the intervention.	No sham control patients High risk of bias

*n: indicates number of patients with dementia unless otherwise noted. A sham control group is equivalent to a placebo control group.
†NR: Not reported.

Table 3. Studies in which the investigators evaluated staff member training interventions to improve oral health in patients with cognitive impairment.*

Tabel 3. Studier, hvor forskerne evaluerede plejepersonalets træning i indsats for at forbedre oralt helbred hos patienter med kognitiv svækkelse.

asked if the toothbrushes made brushing the teeth of patients with dementia easier, 45% of staff members said yes, but 24% reported no difference and 31% stated battery-powered toothbrushes made it more difficult.

Fjeld and colleagues (47) performed the only randomized controlled trial in this systematic review. In a general geriatric population, the investigators compared the effectiveness of oral plaque removal between battery-powered and manual toothbrushes; their findings indicated no difference between them. However, a subgroup of patients, mostly composed of residents who were cognitively impaired, required assistance while toothbrushing. Within this group, the subgroup using battery-powered toothbrushes had significantly better plaque scores than did those using manual toothbrushes. This result suggests that battery-powered toothbrush use may be beneficial for patients with cognitive impairment requiring assistance to brush their teeth. When the investigators surveyed staff members, 46% reported battery-powered toothbrushes made oral hygiene easier or made no difference.

The combined results from both studies suggest that battery-powered toothbrushes may be beneficial for patients with dementia. However, staff members remarked that residents with dementia often are afraid of the vibration and noise of the battery-powered toothbrush. Those residents who accepted the change in toothbrush did so after a longer habituation period (2 month) and at the encouragement of oral caregivers.

Zenthöfer and colleagues (48) studied the effect of using ultrasonic denture cleaning devices on a denture hygiene index (Table 2). Denture hygiene improved significantly in dementia and nondementia groups, suggesting the use of ultrasonic cleaning devices could be a useful tool in nursing homes. Although it may seem intuitive that providing better cleaning tools and a cleaning schedule would improve oral health, the authors indicated that the significant improvement faded with multivariate analyses. Linear regression analysis results showed that the patients with the worst denture hygiene at baseline benefited most from this intervention.

Staff member training interventions

Investigators in multiple studies evaluated the effect of giving nursing staff members training regarding oral health care and hygiene in elderly people (Table 3) (32,48-50). The programs included lectures; discussion groups; or written material instructing staff members properly and regularly to brush and floss residents' teeth, clean their dentures, and record oral hygiene activities. Many programs also included guidance on how to alter the physical and social environments for optimal patient cooperation and independence, as well as strategies to reduce negative attitudes and perceptions toward oral hygiene from staff members. All these studies would have benefited from including a sham intervention group in which staff mem-

bers spent equivalent time with residents as with the intervention group but without adding the extra oral hygiene tasks being studied.

With the use of pictorial procedure cards, new oral hygiene products, and regular dental examinations, Samson and colleagues (49) noted the mucosal plaque score of patients with dementia was significantly better than for those with uncertain cognitive impairment (Table 3).

After a 3-step dental hygiene program by Forsell and colleagues (50), a lower percentage of staff members reported patients were unwilling to perform oral hygiene tasks; there were no differences, however, regarding staff member reports of unpleasantness regarding oral hygiene tasks or fear of causing damage to the patients.

Zenthöfer and colleagues (48) assessed 3 factors of oral health after a 2-day staff member training (Table 3). At baseline, residents with dementia had worse gingival bleeding index than did control residents but improved their score at 6 months after the training intervention. Plaque control records were not significantly different compared with those of control residents or after the 6-month intervention, whereas the Community Periodontal Index of Treatment Needs of patients with dementia improved during the study period. These findings disappeared with multivariate analysis taking into account age, sex, and dental health baseline characteristics. Linear regression analysis results revealed only baseline conditions were associated significantly with oral health improvements after the intervention, suggesting that patients with worse oral health at baseline were the ones who most benefited from the intervention. Patients with fair oral health at baseline may have benefited as well because inclusion of a sham control group may have shown that no intervention resulted in a higher rate of caries.

Finally, Georg (32) audited oral care at a residential nursing home and found that although more than 80% of residents with dementia had toothbrushes and toothpaste available, only 55% of patients needing high levels of care and 15% needing low levels received daily cleaning and removal of dentures (Table 3). Residents' dentures were labeled individually only approximately onequarter of the time, and daily cleaning and nighttime removal of dentures was documented less than 50% of the time. The author created an oral health best practices informational sheet including feedback from the audit that was circulated among staff members. They also provided denture-marking kits to improve this measure.

At a second audit 6 weeks later, daily oral hygiene was provided to 46% of residents on average, dentures were labeled with 98% compliance, and daily cleaning and nighttime removal of dentures was documented more than 50% of the time. Training nursing staff members seems to be a beneficial intervention, especially in patients with poor oral health who require assistance during oral hygiene tasks, such as patients with dementia.

Discussion

Studies in which the investigators studied strategies to improve the oral health of patients with cognitive impairment are few and in need of further validation. The investigators in three studies investigated the effects of dental treatments on long-term oral health (43-45), investigators in another three studies assessed oral health improvements after performing oral hygiene with electric devices such as battery-powered toothbrushes and ultrasonic denture cleaners (46-48), and investigators in four studies reported how staff member training may affect geriatric oral health (2,48-50). Keeping in mind that most of these studies lacked a sham control group, all interventions studied have the potential to improve oral health in patients with dementia. Electric devices and staff member training interventions had a bigger effect on patients who required assistance to perform oral hygiene tasks, whereas treating dental problems benefited patients who were dependent and patients who were independent alike.

Many interventions have yet to be tested in dementia populations. Results from several studies in which the investigators examined elderly participants in general have shown that fluoride interventions can prevent dental caries and even remineralize teeth. Other therapies (such as chlorhexidine, xylitol, and ozone) may have beneficial effects as well, although conclusive results are lacking (51). Future research is now tasked with ensuring that we find appropriate ways to use these same strategies (or variations of them) in patients with dementia.

There is a clear paucity of well-designed research studies to investigate strategies to improve the oral health of elderly people with cognitive impairment. This lack may be due to the challenges of conducting clinical research in patients with dementia. Randomized clinical trials are costly, and examining a complex and vulnerable population such as those with dementia elicits organizational issues and obstacles to reaching objectives. For example, research involving cognitively impaired elderly patients requires additional safeguards and informed consent from a legally authorized representative (52). These requirements are not straightforward because researchers must decide how to assess decisional capacity and who will be accepted as a legal representative (53). This process, in turn, slows recruitment and may even create biased research that fails to improve evidence-based medicine for vulnerable populations (54). Furthermore, conducting research in nursing homes exacerbates issues of informed consent, confidentiality, and resident rights that demotivate researchers from choosing such settings for their research work (55). Other obstacles include lack of caregiver or nursing home staff member support, management of comorbidities, and dropouts (55,56). This area is a great opportunity for interprofessional collaborations among dental health care professionals, geriatricians, neurologists, and trained investigators. With firsthand knowledge of the needs and wants of their patients, health care profession-

als can be a rich source of ideas for interventions. Hence, it is imperative to create opportunities for these professionals to network and collaborate within academic settings, professional conferences, and events.

Investigators in most articles investigated the oral health of residents with cognitive impairment who live in assisted living or nursing homes (32,45-50). Perhaps more than for patients with other diseases of aging, patients with cognitive impairment often live at home or with family caregivers longer before transitioning to an institution; 70% of people with dementia live at home (57). Thus, future research should enroll and consider community-dwelling people uniquely. Study investigators often do not focus solely on residents with documented dementia but rather enroll residents regardless of cognitive impairment status and perform post hoc analysis for the effect of dementia, which produces uneven group sizes and unclear outcomes for those with dementia. Furthermore, diagnostic criteria of cognitive impairment are not always reported, and patients with varying stages of cognitive impairment usually are combined into a single cohort. Thus, investigators should report concrete diagnostic scales, inclusion and exclusion criteria, and stages of cognitive impairment.

The outcome of many interventional studies was staff member participation or opinion. Inclusion of multiple oral health variables (for example, caries; decayed, missing, or filled teeth; periodontal index) would be beneficial for the best assessment of the oral health status of residents. Oral health deterioration is associated with many factors, including demographic characteristics, prescribed medications, and systemic diseases. Chen and colleagues (45) considered 27 relevant variables on the basis of the literature and clinical relevance; in future studies, investigators should take covariate analysis into consideration. Finally, approximately one-half of the studies were conducted outside the United States. For an accurate understanding of the oral health status and needs of patients in the American health care system, domestic studies are needed.

The Centers for Disease Control's Chronic Disease Model helps focus prevention and control of disease and can be applied to oral disease in elderly patients with dementia (58). The growth of the elderly population over the next few years and the percentage of those with dementia warrant a public health services approach. This model focuses on increasing awareness from the individual elderly people to professionals and policy makers. It also encourages stakeholders to support healthy behaviors and create policy and organizational changes to support oral health. There must be community-level changes that foster healthy conditions and implement effective preventive strategies (58). Gaps in knowledge exist in the construction of comprehensive programs to promote oral health in elderly people. State- and nationwide prevention programs are needed that identify desired outcomes and potential partners, complement the clinical process, and conduct research to measure and

reduce the burden of oral disease. Moreover, effective interventions for self-care are needed, such as strategies for appropriate fluoride use and clinical and community assessment in prevention of oral cancer.

Conclusions

Oral hygiene is a key aspect of a patient's quality of life and may even reduce the risk of death by preventing aspiration pneumonia in patients with cognitive impairment (3). From the studies analyzed, a preliminary dementia oral health model arises and gives direction to areas that need more research. First, patients with cognitive impairment should undergo an examination on diagnosis or admission to a nursing home. Studies are needed to understand what oral hygiene habits differ between patients with dementia and patients without dementia. Study investigators should evaluate the effectiveness of prevention programs, on the basis of those differences, to slow the rate of caries and oral diseases. Second, regular dental screenings should be performed biannually or more often if needed. Study investigators should evaluate ways to communicate effectively with patients with cognitive impairment to bring to light dental health problems. Third, dental treatments should be provided as soon as a problem is detected. Study investigators should evaluate ways

to motivate patients and caregivers to seek treatment and to reduce anxiety during dental care visits. Furthermore, study investigators should evaluate novel techniques to treat patients faster and with less pain. Fourth, a multidisciplinary health care team taking care of a patient with cognitive impairment should include a dental health care professional and dental care training of caregivers. Study investigators should evaluate the effectiveness of multidisciplinary health care teams and effective communication paths among health care providers. In addition, investigators should evaluate ways to motivate patients and caregivers to comply with oral health hygiene routines.

Supplemental data

Supplemental data related to this article can be found at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ada.2016.12.022>.

Disclosure

None of the authors reported any disclosures.

Acknowledgements

The authors thank the members of the American Dental Association's National Elder Care Advisory Committee for their critique of the manuscript.

ABSTRACT (DANSK)

Strategier til at forbedre oralt helbred hos ældre patienter med kognitiv svækkelse. En systematisk oversigt

Baggrund – Kognitiv svækkelse er et gradvist tab af en persons evne til at lære og huske, være opmærksom og træffe beslutninger. Mentalt handicappede ældre personer er en udfordrende patientgruppe for tandplejepersonale og kan være udsat for større risiko for at udvikle orale sygdomme. Forfatterne har systematisk gennemgået interventioner, som effektivt forbedrer tandsundhed hos patienter med kognitiv funktionsnedsættelse samt beskrevet forskningsmæssige mangler.

Typer af reviewede undersøgelser – I en omfattende søgning i flere databaser har forfatterne identificeret 2.255 studier, som er publiceret på engelsk fra 1995 til marts 2016. Forfatterne inkluderede studier, hvor forskerne evaluerede orale sundhedsmål efter en

intervention på patienter på 65 år eller derover med kognitiv funktionsnedsættelse eller demens. Ni artikler opfyldte kriterierne for at indgå i oversigten.

Resultater – Kun én undersøgelse var et randomiseret kontrolstudie, mens alle andre manglede passende kontrolgrupper. Forskerne undersøgte virkningerne af tandbehandlinger, elektriske tandbørster til mundhygiejne og uddannelsen af plejepersonalet. De fleste interventioner forbedrede nogle aspekter af oral sundhed hos patienter med demens, og resultaterne blev mere udtalte, når patienter behøvede assistance i forbindelse med udførelsen af mundhygiejne eller havde dårlig mundhulestatus i udgangspunktet.

Konklusion – En basal plejeplan for demente skal, som minimum, matche forebyggelsesstrategier, som anbefales til raske ældre patienter.

Literature

1. UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION. World Population Ageing 2013. (Set 2017 august). Tilgængelig fra: URL:: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.
2. Chalmers J, Pearson A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs* 2005;52:410-9.
3. Bassim CW, Gibson G, Ward T et al. Modification of the risk of mortality from pneumonia with oral hygiene care. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1601-7.
4. Egbert AM. The dwindles: failure to thrive in older patients. *Nutr Rev* 1996;54:S25-30.
5. Robertson RG, Montagnini M. Geriatric failure to thrive. *Am Fam Physician* 2004;70:343-50.
6. Zivin K, Wharton T, Rostant O. The economic, public health, and caregiver burden of late-life depression. *Psychiatr Clin North Am* 2013;36:631-49.
7. Wang TF, Huang CM, Chou C et al. Effect of oral health education programs for caregivers on oral hygiene of the elderly: a systemic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2015;52:1090-6.
8. Barnes CM. Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. *J Evid Based Dent Pract* 2014;14(Supp):103-14.
9. Coker E, Ploeg J, Kaasalainen S. The effect of programs to improve oral hygiene outcomes for older residents in long-term care: a systematic review. *Res Gerontol Nurs* 2014;7:87-100.
10. Kuo YW, Yen M, Fetzer S et al. Toothbrushing versus toothbrushing plus tongue cleaning in reducing halitosis and tongue coating: a systematic review and meta-analysis. *Nurs Res* 2013;62:422-9.
11. van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM et al. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology* 2013;30:3-9.
12. McGrath C, Zhang W, Lo EC. A review of the effectiveness of oral health promotion activities among elderly people. *Gerodontology* 2009;26:85-96.
13. Friedman PK, Kaufman LB, Karpas SL. Oral health disparity in older adults: dental decay and tooth loss. *Dent Clin North Am* 2014;58:757-70.
14. Prince M, Bryce R, Albanese E et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013;9:63-75.
15. Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE et al. Assessing caries increments in elderly patients with and without dementia: a one-year follow-up study. *J Am Dent Assoc* 2009;140:1392-1400.
16. Ribeiro GR, Costa JL, Ambrosano GM et al. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;114:338-43.
17. Saito Y, Sugawara N, Yasui-Furukori N et al. Cognitive function and number of teeth in a community-dwelling population in Japan. *Ann Gen Psychiatry* 2013;12:20.
18. Naorunroj S, Schoenbach VJ, Beck J et al. Cross-sectional associations of oral health measures with cognitive function in late middle-aged adults: a community-based study. *J Am Dent Assoc* 2013;144:1362-71.
19. Martande SS, Pradeep AR, Singh SP et al. Periodontal health condition in patients with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2014;29:498-502.
20. Shin HS, Shin MS, Ahn YB et al. Periodontitis is associated with cognitive impairment in elderly Koreans: results from the Yangpyeong cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:162-7.
21. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology* 2002;19:80-94.
22. Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE et al. Caries prevalence in older persons with and without dementia. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:59-67.
23. Lee KH, Wu B, Plassman BL. Cognitive function and oral health-related quality of life in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:1602-7.
24. de Souza Rolim T, Fabri GM, Nitri R et al. Oral infections and orofacial pain in Alzheimer's disease: a case-control study. *J Alzheimers Dis* 2014;38:823-9.
25. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia. *Spec Care Dentist* 2003;23:7-17.
26. Warren JJ, Chalmers JM, Levy SM et al. Oral health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic. *Spec Care Dentist* 1997;17:47-53.
27. Hopcraft MS, Morgan MV, Sattur JG et al. Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. *Gerodontology* 2012;29:e220-8.
28. Elsig F, Schimmel M, Duvernay E et al. Tooth loss, chewing efficiency and cognitive impairment in geriatric patients. *Gerodontology* 2015;32:149-56.
29. Pearson A, Chalmers J. Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *JBI Libr Syst Rev* 2004;2:1-89.
30. Chiappelli F, Bauer J, Spackman S et al. Dental needs of the elderly in the 21st century. *Gen Dent* 2002;50:358-63.
31. Rejnefelt I, Andersson P, Renvert S. Oral health status in individuals with dementia living in special facilities. *Int J Dent Hyg* 2006;4:67-71.
32. Georg D. Improving the oral health of older adults with dementia/cognitive impairment living in a residential aged care facility. *Int J Evid Based Healthc* 2006;4:54-61.
33. Mancini M, Grappasonni I, Scuri S et al. Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res* 2010;7:368-73.
34. Chu CH, Ng A, Chau AMH et al. Oral health status of elderly Chinese with dementia in Hong Kong. *Oral Health Prev Dent* 2015;13:51-7.
35. Delwel S, Binnekade TT, Perez RS et al. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. *Clin Oral Investig* 2017;21:17-32.
36. Wu B, Fillenbaum GG, Plassman BL et al. Association between oral health and cognitive status: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:1752.
37. Brennan LJ, Strauss J. Cognitive impairment in older adults and oral health considerations: treatment and management. *Dent Clin North Am* 2014;58:815-28.
38. Martin MD, Kinoshita-Byrne J, Getz T. Dental fear in a special needs clinic population of persons with disabilities. *Spec Care Dentist* 2002;22:99-102.
39. Ericsson I, Aronsson K, Cedersund E et al. The meaning of oral health-related quality of life for elderly persons with dementia. *Acta Odontol Scand* 2009;67:212-21.
40. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med* 2010;152:336-41.
41. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
42. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC et al; Cochrane Bias Methods Group; Cochrane statistical Methods Group. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928.
43. Tajji T, Yoshida M, Hiasa K et al. Influence of mental status on removable prosthesis compliance in institutionalized elderly persons. *Int J Prosthodont* 2005;18:146-9.
44. Walker RJ, Kiyak HA. The impact of providing dental services to frail older adults: perceptions of elders in adult day health centers. *Spec Care Dentist* 2007;27:139-43.
45. Chen X, Shuman SK, Hodges JS et al. Patterns of tooth loss in older adults with and without dementia: a retrospective study based on a Minnesota cohort. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:2300-7.
46. Wolden H, Strand GV, Gjellestad A. Caregivers' perceptions of electric versus manual toothbrushes for the institutionalized elderly. *Gerodontology* 2006;23:106-10.
47. Fjeld KG, Mowe M, Eide H et al. Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes. *Eur J Oral Sci* 2014;122:142-8.
48. Zenthöfer A, Cabrera T, Rammelsberg P et al. Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging Ment Health* 2016;20:303-8.
49. Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci* 2009;127:575-9.
50. Forsell M, Sjögren P, Kullberg E et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *Int J Dent Hyg* 2011;9:199-203.
51. Ghezzi EM. Developing pathways for oral care in elders: evidencebased interventions for dental caries prevention in dentate elders. *Gerodontology* 2014;31(Supp 1):31-6.
52. Karlawish JH. Research involving cognitively impaired adults. *N Engl J Med* 2003;348:1389-92.
53. Lingler JH, Jablonski RA, Bourbonniere M et al. Informed consent to research in long-term care settings. *Res Gerontol Nurs* 2009;2:153-61.
54. Shepherd V. Research involving adults lacking capacity to consent: the impact of research regulation on 'evidence biased' medicine. *BMC Med Ethics* 2016;17:55.
55. Maas ML, Kelley LS, Park M et al. Issues in conducting research in nursing homes. *West J Nurs Res* 2002;24:373-89.
56. Ouslander JG, Schnelle JF. Research in nursing homes: practical aspects. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:182-7.
57. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2011;7:208-44.
58. Gooch BF, Malvitz DM, Griffin SO et al. Promoting the oral health of older adults through the chronic disease model: CDC's perspective on what we still need to know. *J Dent Educ* 2005;69:1058-63.

Appendix

Systematic Review Search Strategy

Question

Which interventions have been proved effective to maintain good oral health in patients with cognitive decline?

PICO

-P (Population): elderly (65 years or older) patients in various stages of cognitive impairment

-I (Intervention or exposure): any strategy to improve oral health

-C (Comparison): patients with cognitive impairment with treatment versus no treatment (or placebo, control group with standard oral health care, and so on)

-O (Outcome or end point): oral health parameters and oral hygiene parameters

Search Strategy

PubMed

1. Cognition disorders [MeSH term]
2. Dementia [MeSH term]
3. Mild cognitive impairment [MeSH term]
4. Aged [MeSH term]
5. Frail aged [MeSH term]
6. Aged, 80 or older [MeSH term]
7. Tooth diseases [MeSH] (CINAHL)
8. Mouth diseases [MeSH] (CINAHL)
9. Oral hygiene [MeSH] (CINAHL)
10. Oral health [MeSH] (CINAHL)
11. Dentistry [MeSH] (CINAHL)
12. Dental care [MeSH] (CINAHL)
13. Dental health surveys [MeSH] (CINAHL KW)
14. Mouth, edentulous [MeSH]
15. Periodontal diseases [MeSH]
16. Dental care for aged [MeSH]
17. "DMFT"
18. "Probing depth"
19. "Dental visits"
20. Oral clean*
21. OR (1-3)
22. OR (4-6)
23. OR (7-20)
24. AND (21-23)

Filters to the search – Humans only

Date of publication: from January 1, 1995, to March 8, 2016

Publication language: only materials written in English language

PubMed Search (03/09/2016): 947 results

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

1. Cognition disorders [CINAHL]
2. Dementia [CINAHL]
3. "Mild cognitive impairment"
4. Aged [CINAHL]
5. Aged, 80 or older [CINAHL]
6. Frail elderly [CINAHL]
7. Tooth diseases
8. Mouth diseases
9. Oral health
10. Oral hygiene
11. Dental hygiene
12. Dentistry
13. Dental care [CINAHL]
14. Dental care for aged
15. Dental health surveys [KW]
16. Mouth, edentulous [CINAHL]
17. Periodontal diseases [CINAHL]
18. Periodontitis [CINAHL]
19. "DMFT"
20. "Probing depth"
21. "Dental visits"
22. Oral clean*
23. OR (1-3)
24. OR (4-6)
25. OR (7-22)
26. AND (23-25)

Filters to the search – Humans only

Date of publication: from January 1, 1995, to March 8, 2016

Publication language: only materials written in English language

CINAHL search (03/09/2016): 228 results

Embase (Emtree)

1. Memory disorder [Exp]
2. Dementia [Exp]
3. Thought disorder [Exp]
4. Intellectual impairment [Exp]
5. Aged [Exp]
6. Tooth disease [Exp]
7. Mouth disease [Exp]
8. Periodontal disease [Exp]

- 9. Dental procedure [Exp]
- 10. Mouth hygiene [Exp]
- 11. Dental health [Exp]
- 12. Dentistry [Exp]
- 13. Dental health survey
- 14. Edentulousness [Exp]
- 15. DMFT
- 16. Dental visits
- 17. Oral clean
- 18. Probing depth

- 19. OR (1-4)
- 20. OR (6-18)
- 21. AND (19, 20, 5)

Filters to the search - Humans only

-Date of publication: from January 1, 1995, to March 8, 2016

-Publication language: only materials written in English language

Embase search (03/09/2016): 1,080 results


KULZER
mitsui chemicals group



Venus[®]

Beauty beyond aesthetics.





Giving a hand to oral health.

Venus Kompositter

Perfekte fyldninger hver gang!



Zandra Morris
Mobil nr.
22 35 57 37



Morten Thomsen
Mobil nr.
40 35 93 91

© 2017 Kulzer GmbH. All Rights Reserved.

ABSTRACT

Udsatte børn og unge i tandplejeregi

Formål – At identificere, hvorledes danske tandlæger og tandplejere opfatter deres rolle i forbindelse med beskyttelse af udsatte børn, at identificere barrierer mod underretning og at sammenligne med data fra en lignende dansk undersøgelse fra 2008.

Materiale og metoder – Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse efter en metode tidligere benyttet i Skotland og i Danmark. Spørgeskemaet blev sendt til en tilfældigt udvalgt 25 % stikprøve blandt alle danske tandlæger og tandplejere.

Resultater – Der blev returneret 964 udfyldte spørgeskemaer (67,0 %). Ud af disse havde 40,8 % haft formodning om overgreb eller omsorgssvigt, og 50,0 % havde underrettet til de sociale myndigheder. Hyppigt rapporterede barrierer mod underretning var usikkerhed om de observerede tegn, symptomer eller adfærd og usikkerhed om underretningsproceduren. I alt 84 (8,9 %) af respondenterne havde deltaget både i undervisning og efteruddannelse i emnet, og 64,4 % af respondenterne mente, at danske tandlæger og tandplejere var i stand til at opdage udsatte børn.

Konklusion – Fundene tyder på, at behovet for at udvise opmærksomhed overfor og oplyse om udsatte børn i tandplejeregi er vedvarende.

Det danske tandplejeteams professionelle rolle overfor udsatte børn

Birgitte Uldum, afdelingstandlæge, Københavns Kommunes Børne- og Ungdomstandpleje

Hanne Nødgaard Christensen, overlæge, MPH, Børn og Unge, Regionshospitalet Herning

Richard Welbury, professor, ph.d., University of Central Lancashire Dental School, Preston, UK

Dorte Haubek, professor, dr.odont., ph.d., Sektion for Pæodonti, Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Health, Aarhus Universitet

Denne artikel er en dansk udgave af en publikation, som oprindeligt er publiceret i Acta Odontologica Scandinavica 2017;75:332-7 med tilladelse fra tidsskriftet.

Gennem det seneste årti har der været øget opmærksomhed på udsatte børn og unge generelt i den danske samfundsdebat, men tillige i det odontologiske fællesskab.

I 2008 gennemførtes, så vidt vides, den første spørgeskemaundersøgelse i Danmark. Undersøgelsen fokuserede på at identificere tandlægers og tandplejeres opfattelse af deres professionelle rolle i forbindelse med kontakt med børn og unge, der har været udsat for overgreb eller omsorgssvigt eller formodning om dette. Undersøgelsens resultater blev i 2009 i Oslo præsenteret ved den første nordiske konference om sårbare børn og unge i tandplejeregi og i 2010 publiceret internationalt (1).

Det er nærværende forfatteres opfattelse, at resultaterne fra undersøgelsen medvirkede til den øgede opmærksomhed fra odontologiske fagfæller, der er set i årene efter som fx, at undervisning i emnet er blevet genindført på begge tandlægeskoler, at der er blevet afholdt adskillige kurser i forskellige regi, at der er blevet indledt tværsektorielt samarbejde bl.a. med Børnerådet og antageligt, at da Barnets Reform 1. juli

EMNEORD

Child maltreatment;
Danish dentists;
dental hygienists;
reporting

2012 blev revideret, mere præcist § 49a i Lov om Social Service (2), der omhandler udveksling af oplysninger i det tidlige eller forebyggende arbejde, blev tandlæger og tandplejere inkluderet.



Henvendelse til sidsteforfatter:
Professor Dorte Haubek,
e-mail: dorte.haubek@dent.au.dk

Da undersøgelsen fra 2008 sandsynligvis medførte den ovenfor beskrevne opmærksomhed, besluttede forfatterne at gentage undersøgelsen i 2013 med det formål at identificere, hvorledes danske tandlæger og tandplejere opfatter deres rolle i forbindelse med beskyttelse af udsatte børn, at identificere barriere mod underretning, og at sammenligne med data indsamlet fem år tidligere, dvs. i 2008.

Materiale og metode

Undersøgelsen blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse blandt en repræsentativ 25 % stikprøve blandt alle danske tandlæger og tandplejere. Stikprøven blev trukket fra medlemslister, venligst stillet til rådighed af De Offentlige Tandlæger (nu ATO), Tandlægeforeningen samt Dansk Tandplejerforening i juli 2013.

Spørgeskemaerne blev i august 2013 udsendt med konventionel post i en kuvert indeholdende et spørgeskema, en introduktionsskrivelse samt en frankeret svarkuvert. Med henblik på at øge responsraten blev der udsendt to påmindelser efter henholdsvis fire og otte uger.

Spørgeskemaet, der var adapteret fra Cairns et al. (3), blev oversat fra engelsk, adapteret til dansk terminologi, pilottestet

samt tilbageoversat som anbefalet (4). I spørgeskemaet blev det faste udtryk "overgreb eller omsorgssvigt" konsekvent brugt, og WHO's definition (5) blev derfor angivet på første side. Skemaet indeholdt 27 spørgsmål, der havde til formål at indhente information om: 1) demografi og ansættelsesforhold, 2) odontologisk uddannelse, 3) mistanke om overgreb eller omsorgssvigt, 4) underretningspraksis og barrierer herfor, 5) viden om lokal handleplan og 6) uddannelse og efteruddannelse om overgreb og omsorgssvigt i tandplejeregi.

Skemaet blev besvaret anonymt.

Resultaterne blev dobbeltindtastet i EpiData 3.1 og analyseret i SPSS v.21 (SPSS inc., Chicago, IL). Resultaterne blev beskrevet ved sædvanlige deskriptive metoder, og der blev anvendt Chi-square test (χ^2) i dataanalyserne. Signifikansniveauet blev valgt til 5 % ($\alpha = 0,005$).

Resultater

Der blev udsendt i alt 1.438 spørgeskemaer, og af disse blev 964 (67,0 %) returneret i udfyldt stand. Af de resterende skemaer blev 452 ikke returneret, 10 kom tilbage med påstemplet "Adressaten ubekendt", syv kom retur, men var ikke besvaret, mens de sidste fem kuverter blev returneret tomme.

Fordeling af respondenter

		Data indsamlet af Uldum et al. 2008 n = 1145	Data indsamlet af Uldum et al. 2013 n = 964
Køn *	Kvinde (%)	799 (70,6)	723 (75,0)
	Mand (%)	333 (29,4)	241 (25,0)
Alder *	≤ 30 år (%)	134 (11,8)	100 (10,4)
	31-40 år (%)	244 (21,6)	253 (26,2)
	41-50 år (%)	290 (25,6)	225 (23,3)
	51-60 år (%)	315 (27,8)	253 (26,2)
	> 60 år (%)	149 (13,2)	133 (13,8)
Uddannelse **	Tandplejer (%)	235 (21,6)	233 (24,7)
	Tandlæge (%)	851 (78,4)	710 (75,3)
Ansættelse ***	Kommunal tandpleje (%)	318 (29,3)	270 (28,4)
	Privat praksis med børn (%)	339 (31,2)	218 (22,9)
	Privat praksis uden børn (%)	378 (34,8)	426 (44,8)
	Andet (%)	51 (4,7)	36 (3,9)


* Information om alder og/eller køn manglede for 13 respondenter.

** Information om uddannelse manglede for 26 respondenter.

Fem var dobbeltuddannede. Deres svar blev registreret i tandlægegruppen.

*** Information om ansættelsestype manglede for 14 respondenter.

Tabel 1. Fordeling af respondenterne med hensyn til alder, køn, uddannelsestype og ansættelsesform.

Table 1. Distribution of respondents according to gender, age, dental profession, the type of employment, and frequency of being parents. 

Demografi

I Tabel 1 illustreres fordelingen af respondenterne fra begge undersøgelser, henholdsvis 2008 og 2013, med hensyn til alder, køn, uddannelsestype og ansættelsesform. I begge populationer ses en højere andel af kvinder (over 70 %) end mænd, og det ses tillige, at andelen af yngre respondenter er højere (60 %) end ældre respondenter (her udtrykt ved at være > 50 år). I begge populationer udgjorde andelen af tandlæger omkring trefjeddedele. Med hensyn til alder, køn, uddannelsestype og ansættelsesform afspejler respondenterne i begge populationer sammensætningen i det danske tandplejeteam.

Det fremgår tillige af Tabel 1, at lidt over halvdelen (53,4 %) af respondenterne i deres virke har kontakt med børn og unge enten i kommunal tandpleje eller i privat praksis. Også dette gør sig gældende i begge populationer.

Forekomsten af og praksis i forbindelse med formodning om overgreb eller omsorgssvigt samt udvikling over en femårs periode

Af de 40,8 % af respondenterne, der i 2013 havde haft formodning om overgreb eller omsorgssvigt overfor et barn eller en ung på et tidspunkt i løbet af deres karrierer, havde halvdelen underrettet det til de sociale myndigheder, mens dette kun var gældende for en tredjedel af respondenterne i 2008. En tredjedel af respondenterne rapporterede i 2013, at de i løbet af deres karriere havde haft formodning om, at et barn eller en ung havde været udsat for overgreb eller omsorgssvigt, men ikke havde underrettet det, og kun halvdelen af disse havde noteret deres formodning i den kliniske journal. Set over en femårs periode fra 2008 til 2013 ses en mindre procentuel stigning fra 38,3 % til 40,8 % af respondenter, der har haft formodning om overgreb eller omsorgssvigt, mens der ses

Respondenternes ansættelse

Ansættelsesform	Haft formodning om overgreb eller omsorgssvigt % (no. af respondenter/totalt no. af respondenterne)	Været sikker på overgreb eller omsorgssvigt (no. af respondenterne/totalt no. af respondenterne)
Kommunal tandpleje	43,2 (114/264)	22,9 (60/262)
Privat praksis med børn	12,6 (29/230)	5,7 (13/229)
Privat praksis uden børn	6,2 (29/466)	1,9 (9/466)
Total	17,9 (172/960)	8,6 (82/957)

Tabel 2. Andel af respondenter, der i løbet af de seneste seks måneder har haft formodning om eller været sikker på overgreb eller omsorgssvigt over for et barn eller en ung sat i relation til deres ansættelsesform (2013).

Table 2. Proportion of respondents reporting suspicion of child abuse and/or neglect within the last six months according to the type of employment.

Respondenternes sparringspartnere

Sparingspartner*	Ville tale med eller underrette til i en hypotetisk sag om overgreb eller omsorgssvigt % (no. af respondenter/totalt no. af respondenter) (n = 964)	Ville tale med eller underrette til i en virkelig sag om overgreb eller omsorgssvigt % (no. af respondenter/totalt no. af respondenter) (n = 196)
Social myndighed	81,9 (778/949)	89,2 (174/195)
Kollega	87,5 (835/954)	89,2 (176/196)
Forældre/værge	26,9 (251/932)	33,2 (63/190)
Politi	13,3 (125/942)	4,7 (9/193)
Andre**	21,1 (200/947)	29,2 (57/95)

* Det var muligt at angive mere end et svar.

** "Andre" kunne være ægtefælle/samløver, lærer, sundhedsplejerske, daginstitutionspersonale eller sagsbehandler.

Tabel 3. Respondenternes foretrukne valg af sparringspartner i forbindelse med en hypotetisk eller virkelig sag om overgreb eller omsorgssvigt.

Table 3. Respondents' choice of resource person or agency to communicate with in a hypothetical child abuse and/or neglect case and in actual cases.



en markant stigning af underretninger fra 33,9 % i 2008 til 50,0 % i 2013.

I Tabel 2 er andelen af respondenter, der inden for de seneste seks måneder enten har haft en formodning om eller været sikker på, at de har haft professional kontakt med et barn eller en ung, der har været udsat for overgreb eller omsorgssvigt, illustreret. Respondenterne i Tabel 2 er opgjort efter ansættelsesform, og det bemærkes, at formodning eller sikkerhed om overgreb eller omsorgssvigt er hyppigst i kommunal tandpleje. Over en femårs periode ses en mindre stigning af andelen af respondenter, der har haft formodning om overgreb eller omsorgssvigt fra 13,6 % i 2008 til 17,9 % i 2013. Ud af de 17,9 % i 2013, var 66,3 % ansat i kommunal tandpleje, mens 33,7 % var ansat i privat praksis enten med eller uden børn og unge. Af Tabel 2 fremgår det tillige, at andelen af respondenter, der de seneste seks måneder havde været sikker på overgreb eller omsorgssvigt, er steget fra 6,8 % i 2010 til 8,6 % i 2013.

Tabel 3 fremstiller respondenternes foretrukne valg af sparingpartner i forbindelse med en hypotetisk eller virkelig sag om overgreb eller omsorgssvigt. Størstedelen af respondenterne (> 80 %) ville foretrække at tale med enten en sagsbehandler eller en kollega. Det bemærkes samtidig, at knap en tredjedel ville involvere forældre eller værge, samt at relativt få ville involvere politiet.

KLINISK RELEVANS

- Denne artikel bidrager med opdateret viden om underretningspraksis i Danmark samt barrierer relateret til underretning.
- Denne artikel belyser vigtigheden af at bevare danske tandlægers og tandplejers opmærksomhed på udsatte børn samt at være i stand til at spotte disse.
- Denne artikel opfordrer til, at danske tandlæger og tandplejere medinddrages i et større tværfagligt samarbejde om udsatte børn.

Barriere mod underretning

De fire hyppigst rapporterede barrierer mod underretning til sociale myndigheder var usikkerhed om det observerede, dvs. symptomer på overgreb eller omsorgssvigt eller barnets adfærd (72,4 %), frygt for, at underretning vil skade barnet yderligere, når forældre eller værge hører om underretningen (56,5 %), usikkerhed om underretningsproceduren (53,7 %) og frygt for, hvad der vil ske med barnet, hvis de sociale myndigheder griber ind (50,4 %). Barriererne fra 2008 og 2013 er illustreret i Fig. 1 og er stort set ens i de to studier.

Barrierer mod underretning

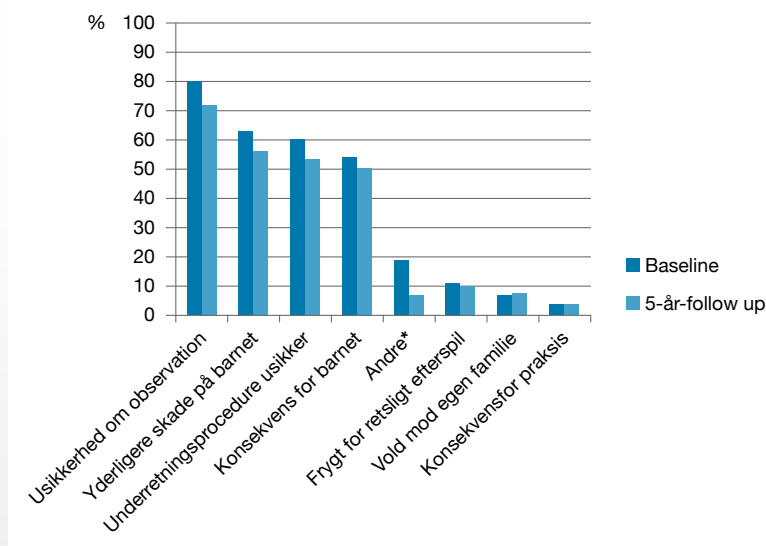


Fig. 1. Respondenternes rapporterede barrierer (%) mod at underrette til de sociale myndigheder. Mere end en barriere kunne vælges. "Andre" kunne være tvivl, at krænke forældreretigheder eller konsekvens for underretteren, hvis hun tog fejl.

Fig. 1. Respondents reported barriers against referring to social services in a possible child abuse and/or neglect case. The respondents could report more than one barrier. 'Others' could be doubt, violation of parents' rights, consequence to dentist if he/she is wrong.

Undervisning i håndtering af udsatte børn

Lidt over halvdelen (55,7 %) af respondenterne havde hverken modtaget undervisning på deres studium eller deltaget i efteruddannelse i håndtering af udsatte børn i tandplejeregion. Af dem, der havde deltaget i undervisning i emnet, var der lidt flere, for hvem undervisningen havde fundet sted som efteruddannelse, nemlig 20,6 %, sammenlignet med dem, der havde deltaget i undervisning i forbindelse med deres studie, 14,9 %. Ganske få (8,9 %) havde både modtaget undervisning og efteruddannelse i emnet.

Af de tandlæger og tandplejere, der var ansat i kommunal tandpleje, havde 72,2 % deltaget i efteruddannelse sammenlignet med tandlæger og tandplejere, ansat i privat praksis, hvor 10,3 % havde deltaget i efteruddannelse.

Lidt over halvdelen af respondenterne (64,4 %) mente, at tandlæger og tandplejere var i stand til at erkende adfærd eller symptomer på overgreb eller omsorgssvigt.

Diskussion

Resultaterne i denne undersøgelse illustrerer, i hvilken grad det odontologiske team i Danmark opfylder deres professionelle rolle i forbindelse med sager om overgreb og omsorgssvigt overfor børn og unge og dermed bidrager til at beskytte sårbare børn og unge. Mere end halvdelen af respondenterne rapporterede, at de mente sig i stand til at identificere tegn og symptomer på overgreb eller omsorgssvigt. Over en femårs periode er der flere tandlæger og tandplejere, der har haft formodning om overgreb eller omsorgssvigt, og flere har underrettet, men trods diverse aktiviteter om emnet i det faglige miljø, såsom undervisning, efteruddannelse, konferencer og tværfaglige initiativer, forbliver barriererne mod underretning stort set uændrede i perioden. Et overraskende højt antal tandlæger og tandplejere har stadig ikke deltaget i efteruddannelse om emnet. På trods af at alle tandlæger og tandplejere potentielt kan komme i professionel kontakt med udsatte børn og unge, der har brug for særlig støtte, demonstrerer dette studium, at tandlæger og tandplejere, der er ansat i kommunal tandpleje, i højere grad har deltaget i efteruddannelse end tandlæger og tandplejere, der er ansat i privat praksis.

Det kunne have været ønskeligt at udføre undersøgelsen som et followupstudie, men på grund af krav til anonymitet var dette ikke muligt. De to studier (2008 og 2013) er imidlertid udført efter præcis samme metode begge gange, og efter samme metode som to ens studier i Skotland (3,6).

Responstraten er faldet lidt fra 2008 til 2013, men er lige så høj som eller højere end lignende studier i andre lande (6-9). I fagkredse taler man for tiden om *fatigue* overfor at deltage i undersøgelser, hvilket måske kan forklare den lidt lavere responsrate. På den anden side er en responsrate tæt på 70 % tilfredsstillende, især også fordi det viste sig, at respondenternes sammensætning reflekterede sammensætningen af tandlægestanden og tandplejerstanden i Danmark generelt.

Over en femårs periode ses en mindre stigning af antallet af respondenter, der har haft formodning om overgreb eller omsorgssvigt, mens stigningen af formodninger, der er reageret

på, er markant. I perioden sås dog stadig formodninger, der ikke reageres på, og disse formodninger blev heller ikke konsekvent noteret i den kliniske journal. At formodninger ikke førte til underretning, kan til dels forklares ved de barrierer, undersøgelsen identificerede, fx usikkerhed om hvad det var, respondenter havde observeret af tegn, adfærd eller symptomer, eller usikkerhed om underretningsproceduren. Den kendsgerning, at respondenter har noteret en bemærkning i den kliniske journal uden at underrette, kan muligvis forklares ved en situation, hvor respondenter havde set et blåt mærke uden med sikkerhed at kunne afgøre, om det var en følge af hændeligt uheld eller påført. Man kan formode, at notatet blev skrevet i journalen med henblik på at følge op på det ved næste besøg. Når man ser på det at have en formodning om overgreb eller omsorgssvigt eller at underrette, er fundene i dette studie både i overensstemmelse med og i modsætning til fund i lignende studier i andre lande (6-8). I Skotland fandt man samme forekomst af at have en formodning (37 %), hvorimod kun 11 % sammenlignet med 50,0 % i Danmark havde underrettet på baggrund af deres formodning (6). Samme mønster sås i Kroatien og New South Wales, Australien (9,10). Den kendsgerning, at der er blevet underrettet hyppigere i 2013 sammenlignet med 2008, kan enten ses som en opmuntrende følge af, at danske tandlæger og tandplejere er blevet mere opmærksomme på deres rolle i forbindelse med beskyttelse af udsatte børn og unge eller, at antallet af børn og unge, der har behov for særlig støtte, beklageligvis er steget i perioden. I en hypotetisk eller virkelig sag om overgreb eller omsorgssvigt ville langt de fleste respondenter rådføre sig med en kollega eller en sagsbehandler, mens blot en tredjedel ville tale med barnets forældre eller værge om sagen. Samme mønster blev identificeret i 2008 og er sammenfaldende med fund i Skotland (3,6). Det er bemærkelsesværdigt, at tandlæger og tandplejere, hverken i hypotetiske eller virkelige sager om bekymring for et barn eller en ung, ville tale med pågældendes forældre eller værge om bekymringen. Forældre eller værge er som udgangspunkt altid en vigtig samarbejdspartner i sager, hvor det formodes, at et barn eller en ung har behov for særlig støtte dog med den væsentlige undtagelse, at forældre eller værge formodes at have begået strafbare handlinger mod barnet eller den unge som fx vold eller seksuelle overgreb. Sagsbehandler og kollegaer spiller således en væsentlig rolle, når tandlæger og tandplejere skal afgøre, om de vil underrette eller ej, mens dette ikke er så hyppigt forekommende, når det drejer sig om forældre eller værge.

De væsentligste barrierer mod at underrette, der blev identificeret i dette studium, er sammenfaldende med de barrierer, der blev identificeret fem år tidligere (1), og som også ses i studier i andre lande (3,6,9,11,12). Det er dog opmuntrende, at barriererne er af en sådan karakter, at der kan rettes op på dem, fx gennem vedvarende opmærksomhed, ved undervisning og efteruddannelse og oplysning om, hvor vigtigt tværfagligt samarbejde i denne sammenhæng er.

Tandlæger og tandplejere, der behandlede børn eller var ansat i kommunal tandpleje, havde deltaget markant hyp-

pigere i efteruddannelse om emnet end deres kollegaer, der ikke behandlede børn eller var ansat i privat praksis. Disse fund genfindes i studier fra flere lande (3,6,10-13). Trods den kendsgerning, at overgreb eller omsorgssvigt ikke er specielt sjældent forekommende i Danmark (14), er det dog værd at anerkende, at emnet konkurrerer med mange andre discipliner indenfor odontologien, når det drejer sig om efteruddannelse, og det er derfor essentielt at adressere beskyttelse af udsatte børn med jævne mellemrum med henblik på at skærpe tandlægers og tandplejeres bevågenhed.

Konklusion

Danske tandlæger og tandplejere synes at være blevet mere opmærksomme på deres rolle i forbindelse med beskyttelse af udsatte børn og unge over en femårsperiode fra 2008 til 2013. På trods af øget opmærksomhed i fagkredse i samme periode, synes barriererne mod at underrette at være forblevet uændrede. Et overraskende stort antal tandlæger og tandplejere havde

ikke deltaget i undervisning eller efteruddannelse i emnet. I Danmark er der ikke et lovbestemt krav om efteruddannelse, men i Autorisationslovens § 17 slås det fast, at en autoriseret sundhedsperson under udøvelsen af sin virksomhed er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (2). For at kunne udvise denne omhu og samvittighedsfuldhed og for at kunne minimere diskrepansen mellem at have en formodning om overgreb eller omsorgssvigt og at underrette er der fortsat brug for undervisning, efteruddannelse og initiativer til tværfagligt samarbejde. Dette er nødvendigt for at sikre, at alle danske udsatte børn får den særlige støtte, de fortjener.

Tak

Dette studium har modtaget økonomisk støtte fra De Offentlige Tandlæger i Danmark (nu ATO) og af Tandlægeforeningen. Tandlægeforeningen, De Offentlige Tandlæger i Danmark og Dansk Tandplejerforening takkes for venligst at have stillet medlemslister til rådighed.

ABSTRACT (ENGLISH)

How Danish dentists and dental hygienists handle their role in child abuse and neglect matters

Objective – To identify how the dental team perceives its role in safeguarding children, to identify barriers to referral to social services, to compare data with data previously reported from Denmark, and to assess if increased focus on safeguarding children has had an effect on how the dental team handles its responsibility to refer to social services.

Material and methods – The study is based on a Danish version of a questionnaire previously used in Scotland and Denmark. The questionnaire was sent to a random sample of the Danish dental team.

Results – The number of returned questionnaires filled out was 964 (67.0 %). Of these, 40.8% had had a suspicion of child abuse or neglect, and 50.0 % had referred their concern to social services. Frequently reported barriers to referral were uncertainty about observations, signs, and symptoms of abuse and neglect, and uncertainty about referral procedures. A total of 84 (8.9 %) of the respondents had received both undergraduate and postgraduate training on the topic, and 64.4 % of the respondents found that the dental staff could recognize signs and symptoms of abuse and neglect.

Conclusion – Findings suggest a continuous need for a focus on the awareness and training of the Danish dental staff on the important topic of child abuse and neglect.

Der er informeret samtykke fra barnets forældre til at vise billedet i Fig. 1.

Litteratur

- Uldum B, Christensen HN, Welbury R et al. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent* 2010;20:361-5.
- RETSINFORMATION. Få lettere adgang til lovgivning i Europa med ELI. (Set November 2017). Tilgængelig fra: URL: <https://www.retsinformation.dk/>
- Cairns AM, Mok JY, Welbury RR. The dental practitioner and child protection in Scotland. *Br Dent J* 2005;199:517-20.
- Behling O, Law KS. Translating questionnaires and other research instruments: Problems and Solutions. In: Lewis- Beck MS, ed. Thousand Oaks: Sage, 2000;1-70.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. Definition of Child Abuse and Neglect. (Set 2017 November). Tilgængelig fra: URL: www.who.int/topics/child_abuse/en.
- Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J* 2013;214:E24.
- Owais AI, Qudeimat MA, Qodceih S. Dentists' involvement in identification and reporting of child physical abuse: Jordan as a case study. *Int J Paediatr Dent* 2009;19:291-6.
- Mogaddam M, Kamal I, Merdad L et al. Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia. *Child Abuse Negl* 2016;54:43-56.
- Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Kujundzic Tiljak M et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent* 2015;25:444-50.
- Kilpatrick NM, Scott J, Robinson S. Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia. *Int J Paediatr Dent* 1999;9:153-9.
- Ramos-Gomez F, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J Amer Dent Assoc* 1998;129:340-8.
- Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs* 2006;56:227-36.
- Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child Abuse and Neglect: Dental and Dental Hygiene Students' Educational Experiences and Knowledge. *J Dent Edu* 2006;70:558-65.
- Christoffersen MN, Armour C, Lasgaard M et al. The Prevalence of Four Types of Childhood maltreatment in Denmark. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013;9:149-56.

Fluorid i dental biofilm og saliva

Afhandlingen belyser forekomsten og fordelingen af fluorid i dental biofilm og saliva og viser, at der hos mennesker findes en sammenhæng mellem fluorid i biofilm og saliva. Brug af tre gange højere koncentration af fluorid (5.000 ppm) end i almindelig tandpasta øger kun mængden af fluorid i biofilm til det dobbelte.

Line Staun Larsen, tandlæge, ph.d., Sektion for Tandsygdomslære, Institut for Odontologi og Oral Sundhed, HEALTH, Aarhus Universitet



Formål

Formålet med ph.d.-afhandlingen var at generere viden om fordelingen af fluorid i dental biofilmvæske og biofilmsediment samt i saliva. Koncentrationen af fluorid i *in vivo*-biofilm og saliva blev analyseret i to forskellige kliniske studier.

Studie I

Ph.d.-projektets første studie var et tværsnitstudie med 42 individer, der henvendte sig på Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet, for generel tandbehandling. Individerne havde synlig dental biofilm i følgende seks regioner: underkæbefronten, overkæbefronten og de fire molarregioner. For alle deltagere var den seneste fluorideksposering foretaget mindst en time før prøvetagningen. Fluoridkoncentrationerne i biofilmvæske og biofilmsediment fra de seks regioner samt i saliva blev målt med en avanceret mikrometode til at måle fluorid i nanoliter volumen.

Resultaterne fra tværsnitstudiet viser, at der findes en naturlig biologisk variation i fluoridkoncentrationerne i biofilm fra forskellige intra-orale regioner samt mellem biofilmvæske, biofilmsediment og saliva. Fluoridkoncentrationerne i biofilmvæsken var positivt og statistisk signifikant associeret med fluoridkoncentrationerne i saliva og var i alle regioner højere end salivakoncentrationerne (Fig. 1). De nye resultater om fluorid i biofilmsedimentet afslører en tydelig intra-oral fordeling mellem de forskellige regioner; de højeste fluoridkoncentrationer i underkæbefronten, intermediære koncentrationer i alle tre overkæberegioner og de laveste koncentrationer i underkæbemolarregionerne (Fig. 1). Studiet viser, at biofilmsedimentet indeholder størstedelen af fluorid i biofilm. Set i et bredere perspektiv viser fundene, at der er et omvendt forhold mellem fluoridkoncentrationerne i biofilmsediment og fordeling af caries mellem regioner. Forskere anbefales at være opmærksomme på de intra-orale forskelle i fluoridkoncentrationer mellem regioner samt sikre balancering af effekten af region, når der indsamles dental biofilm til fluoridanalyse.

Fluorid i biofilm og saliva

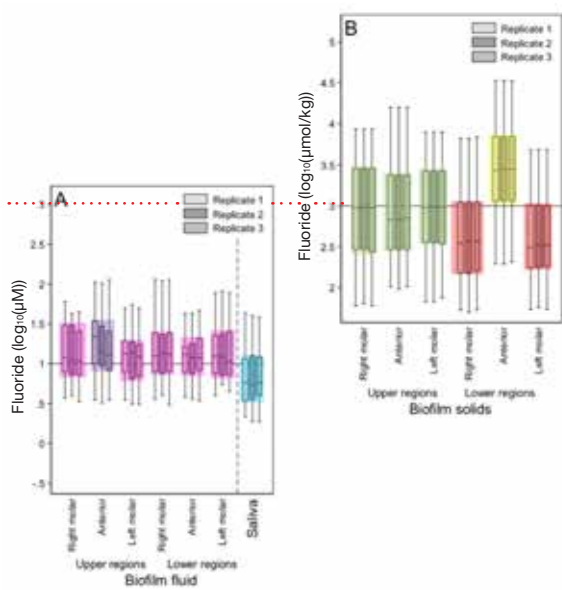


Fig. 1. Figuren viser fluoridkoncentrationer (logaritmiske data) i dental biofilmvæske (biofilm fluid) og biofilmsediment (biofilm solids) fra seks dentale regioner samt i saliva. Boksene repræsenterer tredobbelte målinger (replicates). Signifikant forskellige fluoridkoncentrationer er vist med forskellige farver. Bemærk, at de to diagrammer er forskudt i forhold til hinanden for at illustrere, at langt størstedelen af fluorid blev målt i biofilmsediment sammenlignet med biofilmvæske og saliva.

Studie II

Ph.d.-projektets andet studie, et randomiseret kontrolleret dobbelt-blindet overkrydsningsforsøg, omfattede 12 raske forsøgsdeltagere, der mundskyllede i tre uger med henholdsvis 0 (kontrol), 1.500 og 5.000 ppm fluorid mundskyllevæsker. I de første to uger af hver treugers eksperimentperiode anvendte forsøgsdeltagerne en fluoridfri tandpasta, hvorefter de i den

sidste uge afstod fra at udføre deres normale mundhygiejne for at akkumulere biofilm.

Resultaterne fra overkrydsningsforsøget viser, at regelmæssig anvendelse af 5.000 ppm sammenlignet med 1.500 ppm fluorid forhøjer baggrundsniveaet af fluorid til det dobbelte i saliva og i syv dage gammel biofilmvæske og biofilmsediment. Dette indikerer, at brugen af 5.000 ppm fluorid tandpasta kan føre til forbedret carieskontrol. Det var påfaldende, at en næsten tre en halv ganges forøgelse af fluorideksponeringen kun førte til en fordobling af fluoridbaggrundsniveauerne. Ph.d.-projektets mest

overraskende fund er, at akkumuleringen af fluorid i biofilmsedimentet målt over en time efter en mundskylning med fluorid ikke viste statistisk forskel mellem 1.500 og 5.000 ppm fluorid.

Konklusioner

Ph.d.-afhandlingen rører ved et meget vigtigt spørgsmål i odontologien; nemlig spørgsmålet om, hvilken koncentration af fluorid der kræves for at opnå optimal carieskontrol. Kliniske langtidsstudier er nødvendige for at afgøre en eventuel bedre carieskontrollerende effekt af høj-fluorid tandpasta (5.000 ppm fluorid).

Forskningsophold

Analysemetoden blev tillært under et forskningsophold i São Paulo, Brasilien, i et af de to laboratorier i verden, der nu foruden Aarhus Universitet bestrider metoden. Metoden omfatter modificering af en konventionel fluoridelektrode, således at fluoridkoncentrationen i dråber af nanoliter volumen kan måles under mikroskop.

Afhandling og delarbejder

Ph.d.-afhandlingen med titlen "Fluoride in dental biofilm and saliva" omfatter et litteraturreview og to originalartikler:

1. Staun Larsen L, Baelum V, Tenuta LMA et al. Fluoride in dental biofilm varies across intra-oral regions. *Caries Res* 2017;51:402-409. doi:10.1159/000475510.
2. Staun Larsen L, Baelum V, Tenuta LMA et al. Fluoride in saliva and dental biofilm after 1500 and 5000 ppm fluoride exposure. *Clinical Oral Investigations* 2017 Sep 1. doi:10.1007/s00784-017-2195-y.

Et eksemplar af afhandlingen kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren: line.staun@dent.au.dk

Forsvar

Den afsluttende forelæsning "Fluoride in dental biofilm and saliva" fandt sted den 10. oktober 2017 på Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet.

Bedømmelsesudvalget bestod af viceinstituttleder for forskning og talent, lektor, tandlæge, ph.d., dr.odont. Lene Baad-Hansen (formand), Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet, professor emeritus, odont.dr., Jan Ekstrand (bedømmer), Department of Medicine (Solna), Karolinska Institutet (Sverige) og professor, ph.d. Cor van Loveren (bedømmer), Department of Preventive Dentistry, ACTA (Holland).

Vejledere for projektet var professor, dr.odont., ph.d. MPH Bente Nyvad (hovedvejleder), lektor, ph.d. Alan Richards og professor, dr. odont., ph.d. Vibeke Baelum.

Studierne var støttet af Tandlægeforeningen (FOR-SKU), Familien Hede Nielsens Fond, Fonden til fremme af Odontologisk Videnskab af 2001, Torben og Alice Frimodts Fond og Frøknernes Anna og Dagny Hjerrilds Fond til afskaffelse af dyreforsøg i den videnskabelige forskning.

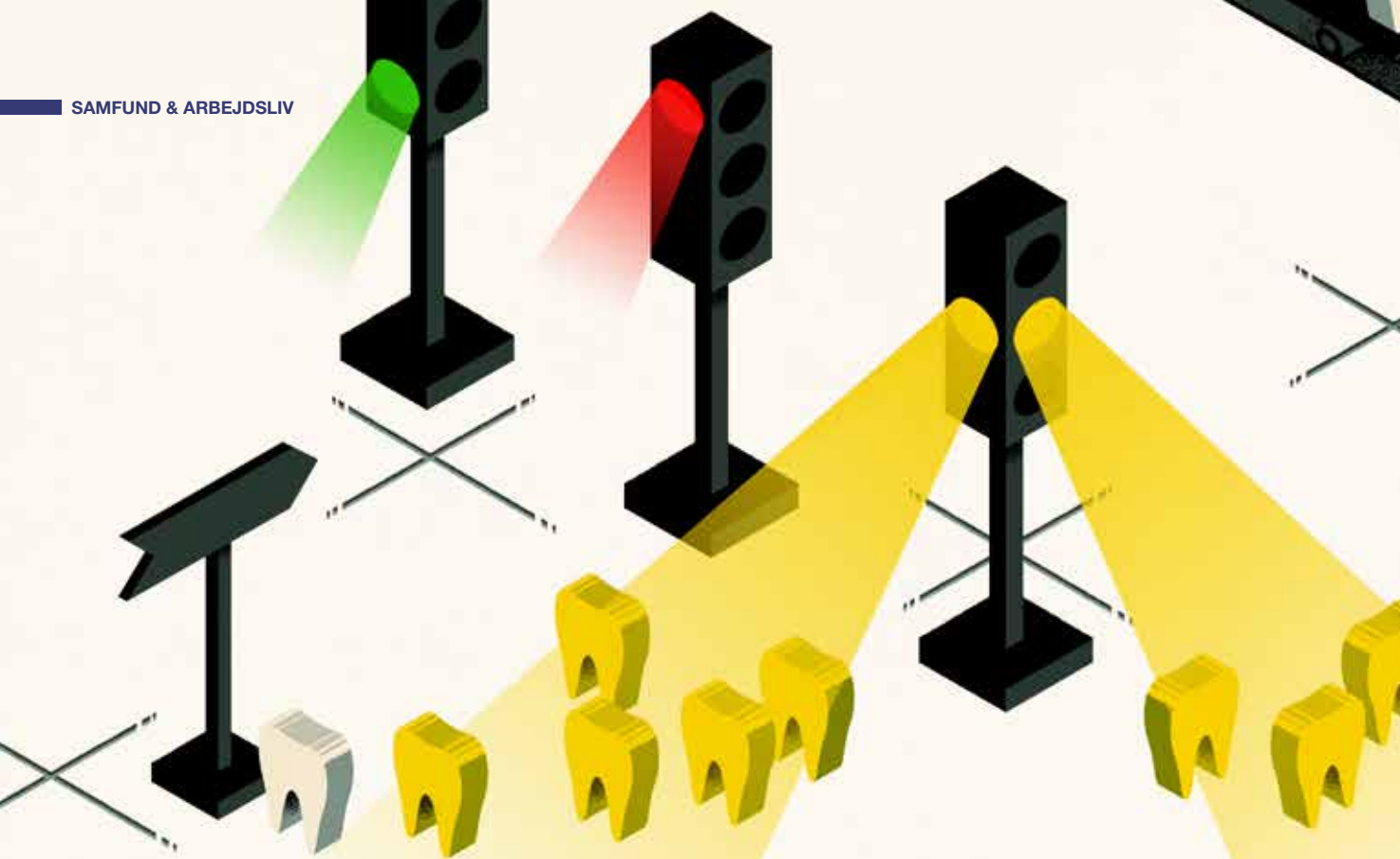




TYND KRITIK SKAFFER IKKE 300 MIO.

Retorikken er hård i Sundhedsstyrelsens nye evaluering af trafiklyset. Men den viser, at tandlægerne gør, hvad de skal, mener både TF-formand – og KEU-formand. Og rapportens anbefalinger løser ikke problemet med manglende millioner i OK-forhandlingerne, lyder det.

Tekst **Anders Klebak**, freelancejournalist Illustration **Flemming Dupont**



D

ER ER SKARP KRITIK af tandlægerne i ny rapport fra Sundhedsstyrelsen. Men læser man sig et stykke ind i rapporten, falder anklagerne fra hinanden og ender reelt i at frikende tandlægerne for ansvaret. Det mener Tandlægeforeningens formand.

– Hvis man ser bort fra den lidt sjove retorik om “tandlægernes betydelige problemer”, så siger Sundhedsstyrelsen faktisk, at vi behandler,

som vi skal, siger Freddie Sloth-Lisbjerg.

Han hæfter sig især ved, at rapporten konstaterer en fin sammenhæng mellem det faktiske antal patienter i de forskellige sygdomskategorier og styrelsens forventninger til sygdom i befolkningen.

Han fremhæver også tandrodsrensninger og IFB som områder, hvor Sundhedsstyrelsens kritik klasker sammen ved nærmere læsning. På disse ydelser er styrelsen meget overrasket over, at ydelsestallet stiger. Men det burde den ikke være, siger formanden:

– Sundhedsstyrelsen har lavet en retningslinje, hvor de kræver øget systematik og opmærksomhed på, at alle tandrodsrensninger skal registreres. Samtidig udgiver de en retningslinje, hvor fokus er på forebyggelse fremfor behandling. At det kan aflæses i aktiviteten, er

en direkte konsekvens af deres egne retningslinjer.

Også klinikejerformand Torben Schönwaldt mener, at Sundhedsstyrelsen prøver at opretholde en mere kritisk tone, end materialet kan bære.

– Styrelsen får det fx til at lyde, som om det er tandlægernes skyld, at der er låsninger i journalsystemerne. Men det er et problem, vi har påpeget lige fra starten, siger han.

Intet sparepotentiale

KEU-formanden vurderer samtidig, at styrelsens nye måltal for patientfordelingen er urealistiske. Styrelsen satser på, at godt halvdelen af de nuværende gule patienter kan flyttes til grøn kategori.

– Det er muligt, at nogle patienter kan flyttes, men vi kommer aldrig i nærheden af de måltal, siger han.

Bl.a. undrer han sig over, at styrelsens estimat på, at næsten hver anden voksne dansker burde være grøn.

– Det er svært at se, hvordan de kommer frem til det. Det lyder som en gratis omgang. Vi ved, at fx caries og marginal parodontitis er meget udbredt i den voksne befolkning, siger han.

Og selv hvis antallet af gule patienter falder, fordi flere flyttes til grønt spor, når låsninger i journalsystemerne fjernes, vil det ikke rykke på økonomien. Tandlægerne har indkaldt raske patienter som grønne, selv om de på grund af journalsystemet er havnet i gult spor for at få tilskud til fx at få repareret en fyldning, forklarer han.

“ Nu kan vi lægge frem for vores modpart, at vi overholder retningslinjerne, som vi har sagt lige fra starten

TORBEN SCHÖNWALDT
FORMAND FOR KLINIKEJERNE

EVALUERING AF NKR

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i slutningen af november den længe ventede evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser.

Evalueringen bygger på:

1. En kvantitativ undersøgelse af aktivitetsdata
2. Kvalitative interviews med tandlæger, tandplejere, repræsentanter fra regioner og Danske Regioner (i alt 13)
3. En journalgennemgang af 91 journaler fra otte tandlæger.

Ingen entydige årsager

Heller ikke regionerne mener, at Sundhedsstyrelsen disker op med entydige forklaringer i rapporten, som kan afhjælpe, at der stadig mangler godt 300 mio. kr. om året til at dække tilskud til patienterne. En regning regionerne og tandlægerne i dag deler.

– Jeg må konstatere, at retningslinjerne – uanset at de opleves fagligt meningsfulde – desværre ikke har understøttet, at der ikke bruges flere penge til tandlægehjælp, end der er afsat, og evalueringen peger ikke på nogle entydige årsager hertil, lyder det i et mailsvar til Tandlægebladet fra formand for Regionernes Lønnings- og Takstnævn Anders Kühnau (S).

Han håber, at tandlægerne vil være med til at finde løsninger, som sikrer, at regionerne helt slipper for at betale for overskridelser af rammen fremover.

– Det er helt afgørende, at vi får aftalt nogle styringsmekanismer, som giver regionerne fuldstændig sikkerhed for, at udgifterne til tandlægehjælp ikke overskrider de midler, der er til området, siger han.

Torben Schönwaldt, der læser rapporten som en klar frikendelse, peger på, at regionerne snarere skal til at overveje, hvilke tilskud der ikke længere er råd til.

– Nu kan vi lægge frem for vores modpart, at vi overholder retningslinjerne, som vi har sagt lige fra starten. Vi har Sundhedsstyrelsens ord for, at vi ikke bruger tilskudsmidlerne som et tagselvord. Så hvis der ikke er penge til at give de nuværende tilskud, så må man til at vælge noget fra, siger han.

GULT CHOK

Hvorfor så mange gule patienter? Og hvorfor så stor stigning i tandrodsrensninger og IFB? Sundhedsstyrelsen er overrasket. Men hvem har egentlig ansvaret, og er stigningerne i bestemte ydelser overhovedet et problem? Tandlægebladet har spurgt Sundhedsstyrelsen.

H **VORFOR LANDER** næsten fire ud af fem patienter i gul kategori, når de er hos tandlægen? Det er blandt de spørgsmål, som Sundhedsstyrelsen har søgt svar på i den nye evaluering af Den Nationale Kliniske Retningslinje vedr. indkaldeintervaller. Og svaret herpå er ikke entydigt. Mange af de gule patienter skyldes låsninger i journalsystemerne, som tandlægerne ingen indflydelse har på, lyder det fra styrelsen.

– Vi tror, en stor del af de gule patienter kan forklares med, at patienter, som fx skal have repareret tandfyldninger, bliver indplaceret som gule. Men vi kan ikke se, hvor mange af dem der også har aktiv sygdom, siger Kirsten Hansen, der er sektionsleder i Sundhedsstyrelsen.

Hun har ikke noget bud på, hvor mange gule patienter der skyldes låsninger, og hvor mange tandlægerne ”fejlplacere”, men nøjes med at konstatere, at det er ”begge dele”. Den konklusion bygger på en gennemgang af journaler fra otte tandlæger, som viser, at nogle patienter mangler tilstrækkelig diagnostik, vurdering af risikofaktorer og registrering af blødningsgrad ved gingivitis.

Kirsten Hansen medgiver, at det er et lille udpluk, som ikke ”nødvendigtvis er repræsentativt”.

– Der er nogle metodemæssige forbehold. Det er der ikke nogen tvivl om. Men det har vi også gjort opmærksom på i rapporten, siger hun.

ANBEFALINGER SKAL REDUCERE GULE TÆNDER

Sundhedsstyrelsen har lavet en række anbefalinger og forventer, at ca. 30-35 procentpoint bliver flyttet fra gul til grøn kategori, når de er ført ud i livet. I 2016 var fordelingen 16 % grønne, 77 % gule og 7 % røde.

Sådan lyder anbefalingerne:

- Danske Regioner (DR) skal holde øje med aktiviteten i diagnostiske undersøgelser og fokuseret undersøgelse og patientfordelingen.
- DR og TF skal rette op på låsninger i journalsystemerne, så kun patienter med aktiv sygdom er placeret i gult og rødt spor.
- Tandlægerne skal præcisere blødningsgrad ved gingivitis og undersøge, om patienten kan følges i grønt spor.
- Sundhedsstyrelsen skal præcisere forløbsdiagrammet, så det fremgår, at IFB ikke er forudsætning for andre ydelser.
- TF og DR skal informere tandlægerne om, at IFB kun skal ydes efter behov.
- TF og DR skal drøfte muligheder for ophævelse af binding ved nimånedersreglen for fokuseret undersøgelse.

Burde I så have været mere forsigtige i jeres konklusioner?

– Nej, for vi har baseret vores konklusioner på de kvantitative data. Så jeg synes, at vi har et fornuftigt grundlag.

Forløbsdiagram forklarer IFB-stigning

De kvantitative data, som består af udtræk af ydelsesaktivitet, siger dog intet om, hvordan tandlægerne i praksis bruger retningslinjen til at placere patienter i de tre grupper.

Til gengæld viser tallene en stor stigning i IFB-ydelsen, som også har overrasket Sundhedsstyrelsen. Her er løsningen dog tættere på styrelsen selv end på tandlægerne. Kirsten Hansen peger nemlig på styrelsens eget forløbsdiagram som forklaring:

– Forløbsdiagrammet i retningslinjen kan have givet den misforståelse, at IFB er en forudsætning for andre ydelser. Det er ikke tilfældet, og vi vil derfor præcisere forløbsdiagrammet, siger hun.

Tandrosrensninger: SST kender ikke det rette niveau
Derimod er stigningen i tandrosrensninger sværere at forklare ifølge Sundhedsstyrelsen.

– Vi kan ikke se nogen stigning i sygdomsmønstret i befolkningen, der skulle pege på et behov for flere tandrosrensninger, siger sektionslederen.

Styrelsens undren er baseret på, at ydelsen har været i overenskomsten i mange år, og at den kliniske retningslinje anbefaler de behandlinger, som allerede stod i overenskomsten. Derfor mangler der en faglig forklaring på stigningen, siger Kirsten Hansen:

– Det eneste, vi kan sige, er, at der kan være sket en øget opmærksomhed på området i forbindelse med, at vi har lavet vores retningslinje.

Hvis der er tale om øget opmærksomhed, gør tandlægerne vel ikke noget forkert?

– Nej, men så var der et problem tidligere. For patienterne havde stadig brug for tandrosrensninger. Vores vurdering er, at det ikke kan forklare den meget store stigning, der har været på området.

Men I kan ikke se, om der er noget forkert i den måde, tandlæger gør det på nu?

– Nej, det eneste, vi kan, er at konstatere en stor stigning, som vi ikke kan forklare. Hvad det rette niveau er, kan vi ikke sige noget om, fordi vi jo ikke har nogen baseline.



FLERE TANDRODSRENSNINGER

119.110 flere patienter modtog en eller flere tandrosrensninger i 2016 end i 2012.

Samlet set fik **474.010 patienter** en eller flere tandrosrensninger i 2016. I 2012 var det **354.900 patienter**.

903.392 flere patienter modtog IFB i 2016 end i 2012.



FÆRRE RODBEHANDLINGER OG FYLDNINGER

9.731 færre patienter modtog en eller flere rodbehandlinger i 2016 end i 2012.

225.746 færre fyldninger blev lavet i 2016 end i 2012.

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Ingen dokumentation for over- eller underbehandling
Sundhedsstyrelsen beskriver i rapporten, at man hverken kan pege på under- eller overbehandling ud fra de kvantitative data. Tværtimod er der god sammenhæng mellem Sundhedsstyrelsens forventninger til sygdom i befolkningen og antallet af patienter, der bliver behandlet for de forskellige sygdomme.

– Men det betyder ikke, at den enkelte patient får de ydelser, patienten skal have. Eller får flere ydelser. Der er bare nogle ydelser, vi undrer os over en stigning i, siger Kirsten Hansen. ▀



FAGPOLITISK TEMADAG: FAG OG FREMTID TIL DEBAT

Lørdag den 25. november var Tandlægeforeningen vært for en fagpolitisk temadag i Torvehallerne i Vejle. Mere end hundrede medlemmer brugte dagen på at hæve blikket fra dagligdagen på klinikken og diskutere fag og forening i fremtiden.

Tekst: **Trine Ganer** Foto: **Maria Hedegaard Tuxen**

FÅR IKKE FLERE PENGE. Forstå det nu!

Det er sundheden og de faglige retningslinjer, der taber, hvis økonomien er knap.

Nogenlunde sådan lød det budskab, som blev serveret til formiddagskaffen for deltagerne af Tandlægeforeningens fagpolitiske temadag i Torvehallerne i Vejle den sidste lørdag i november. Afsenderen var sundhedsøkonom Jakob Kjellberg fra KORA, og han sluttede af med en opfordring til, at voksentandplejen får nogle flere venner, som kan være med til at kæmpe for sagen.

Med den at tygge på fordelte deltagerne sig i tre planlagte workshops med temaerne:

- **Ledelseskompetencer i fremtiden**
- **Intern kommunikation og sociale medier**
- **Fremtidens arbejdsmarked for tandlæger**

Pointer fra de tre workshops blev nedfældet og bragt videre til Tandlægeforeningens hovedbestyrelse, som i den kommende tid skal arbejde videre med forslagene.

Fagpolitisk temadag afholdes i stedet for den ordinære generalforsamling i Tandlægeforeningen, der gennemføres i lige år.

Hvad skal der arbejdes videre med?

- Tandlægeforeningen skal udvikle nye ledelseskurser – bl.a. kurser på diplomniveau.
- Der skal laves et netværk for foreningens overtandlæger.
- Tandlægeforeningen skal fortsat blive bedre til at kommunikere via sociale medier, men samtidig bibeholde kommunikation via Tdlnet.dk og Tandlægebladet.
- Tandlægeforeningen skal geares til at kunne servicere fremtidens medlemmer med de behov, de har.

Kilde: Freddie Sloth-Lisbjerg, formand for Tandlægeforeningen





↑ WORKSHOP OM FREMTIDENS ARBEJDSMARKED.

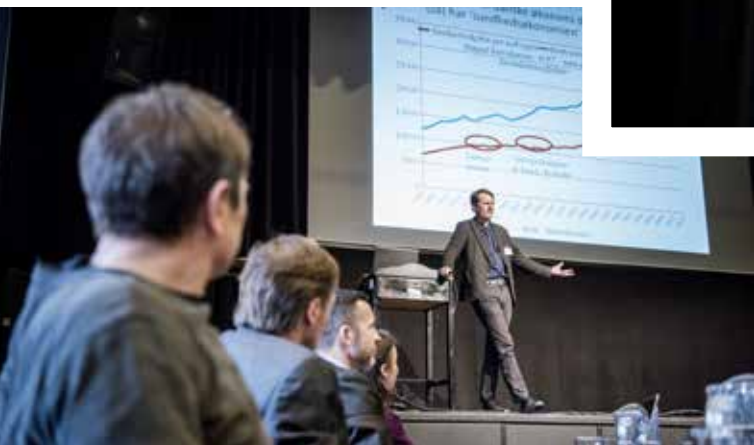
Deltagerne drøftede pointerne fra direktør i Tandlægeforeningen Joakim Lilholts oplæg, om nogle af de mega-trends, der kommer til at præge fremtidens arbejdsmarked for tandlæger.

↓ MATADOR. De sociale medier er som Postgården i Matador. Hvis man vil gøre sig gældende, må man komme og ytre sig – i det mindste med et "like", lød budskabet fra Thomas Bigum, der er professionel blogger og stifter af Bigum&Co. Han gav input til diskussioner om tandlæger på sociale medier.



↑ KLINIKLEDELSE. Fokus på ledelse bliver stadig vigtigere i takt med, at klinikkerne bliver større, lød et af budskaberne på workshoppen om Ledelseskompetencer i fremtiden.

↓ MONEY TALKS. Økonomi vinder over sundhed. Det gælder ikke kun på tandlægeområdet, men inden for sundhedsvæsenet i det hele taget, sagde sundhedsøkonom hos KORA Jakob Kjellberg i sit oplæg på Tandlægeforeningens fagpolitiske temadag.



↑ SAMMENHOLD. Vi må stå sammen som stand, når vi presses fra verden omkring os, lød budskabet fra formand Freddie Sloth-Lisbjerg.

HVAD FIK DU UD AF FAGPOLITISK TEMADAG?



LARS ENEVOLDSEN, AALBORG + HANNE JØRGENSEN, NEXØ

Deltog i workshoppen: **Fremtidens arbejdsmarked for tandlæger** med oplægsholder **Joakim Lilholt**, direktør i Tandlægeforeningen

Hvad kommer til at præge fremtidens arbejdsmarked for tandlæger, hvis man skal tro oplæg og diskussioner?

HANNE: Vi er i en brydningstid – bl.a. pga. globalisering. Forsikringselskaberne kommer formentlig til at spille en større rolle. Det diskuterede vi en del. Det gør mig bekymret, og det tror jeg ikke er godt for hverken patienter eller tandlæger.

LARS: Enig. Det bliver økonomien, der kommer til at styre behandlingsmønstret. Det har uhyggelige perspektiver, hvis man kigger til andre lande, fx USA.

Hvad tager I med hjem fra dagen?

LARS: Jeg fornemmer en enighed om, at vi skal stå sammen i forhold til det pres, vi lige nu oplever, og ikke give køb på hvad som helst. Det synes jeg er positivt. Og så var det godt at se så mange, som ikke normalt er fagpolitiske aktive. Det var ikke bare Tordenskjolds soldater. Det sikrer, at der kommer nye synspunkter med.

MERETE REPSDORPH, HERLEV

Deltog i workshoppen: **Intern kommunikation og sociale medier** med oplægsholder **Thomas Bigum**, professionel blogger og stifter af Bigum&Co

Hvilken pointe tager du med fra dagens diskussioner vedr. tandlæger og sociale medier?

– At vi er nødt til at være på sociale medier, hvis vi vil gøre os gældende. Den lukkede Facebook-gruppe Tandlæger fungerer så godt, at den kan Tandlægeforeningen ikke konkurrere med. Den er god til at diskutere bl.a. det faglige. Vi talte om, at det er godt, når fagpolitisk aktive blander sig i debatterne derinde, bl.a. så de kan korrigere evt. misforståelser.

Hvad synes du om Jakob Kjellbergs oplæg?

– Det, han sagde, var deprimerende. Men det er desværre nutidens Danmark, at penge står over sundhed. Han sagde i øvrigt, at der ingen evidens er for, at forebyggelse virker. Jeg har hørt om en amerikansk undersøgelse, der viser, at der så er store besparelser at hente på behandling af bl.a. diabetes og hjertekar-sygdomme, hvis man har en velbehandlet parodontitis.

Hvad synes du om dagen?

– Det var en fin dag. Især pga. det sociale. Jeg var blevet hevet med af en kollega. Jeg interesserer mig normalt ikke for fagpolitik.

ULRIK NØRREGAARD, ODENSE

Deltog i workshoppen: **Ledelseskompetencer i fremtiden** med oplægsholder **Jens Astrup Madsen**, ekstern lektor, CBS

Hvad hæftede du dig ved i diskussioner og oplæg i workshoppen?

– At ledelse bliver stadig mere vigtigt. Udviklingen går i retning af store enheder, og det er der mange fordele ved. Men store klinikker kræver, at man bruger mere tid på ledelse, og det giver mindre tid til tandbehandling. Det er vigtigt, at man gør sig det klart. Og så diskuterede vi muligheden for, at Tandlægeforeningen skal udbyde en fælles lederuddannelse til tandlæger i privat og kommunal tandpleje.

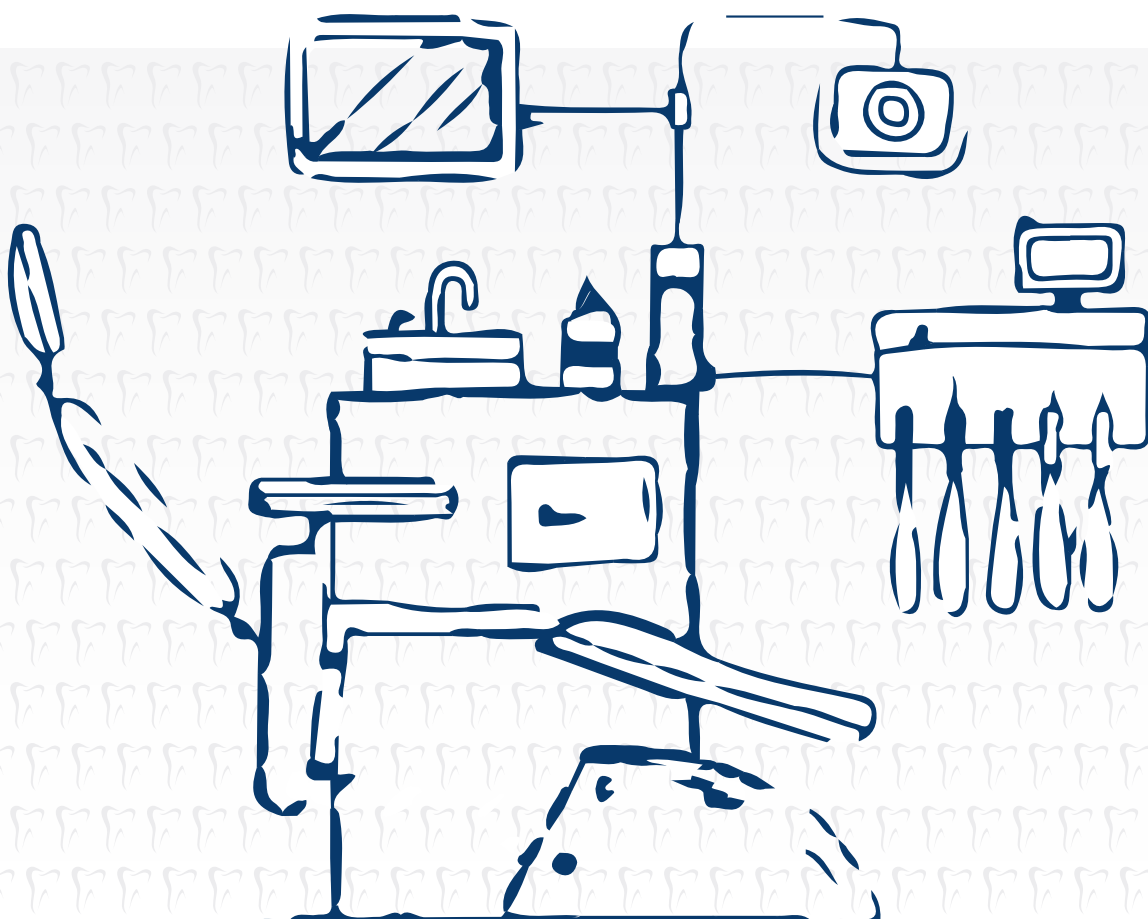
Hvilke pointer tager du med fra Jakob Kjellbergs oplæg?

– Skal man tro ham, får vi ikke flere midler til tandplejen. Vi har ikke samme status som det øvrige sundhedsvæsen. Der, hvor vi kan gå ind og påvirke, er i forhold til, hvordan midlerne skal fordeles på de forskellige behandlinger.

Er du overordnet set tilfreds med udbyttet af dagen?

– Normalt bruger vi meget tid på overenskomster, NKR og andre retningslinjer. Det er rart at få et lidt mere overordnet perspektiv på tingene. Det fik vi i dag.

Få 50% i rabat på din
jobannonce i Tandlægebladet
ved også at indrykke en annonce
på dentaljob.dk



MEDLEMSMØDER 2018

Hvordan er det nu med reglerne for uddelegering?

Er det fair, at man som privatpraktiserende medlem er tvunget til at tegne erhvervsudygtighedsforsikringen?

Bliv klogere på uddelegering og erhvervsudygtighedsforsikringen

AALBORG
8. januar

AARHUS
9. januar

KOLDING
30. januar

ROSKILDE
4. januar

NÆSTVED
17. januar

KØBENHAVN
31. januar

I **JANUAR** afholder Tandlægeforeningen **SEKS MEDLEMSMØDER**, hvor der bliver sat fokus på to aktuelle emner – uddelegering og erhvervsudygtighedsforsikringen.

UDDELEGERING er et af de centrale målepunkter for det risikobaserede tilsyn i 2018, og på mødet vil der være information om, hvordan klinikker lever op til kravene til uddelegering. Anden del af mødet vil sætte fokus på **ERHVERVSUDYGTIGHEDSFORSIKRINGEN** bl.a. med henblik på at klæde medlemmerne på til den vejledende urafstemning om erhvervsudygtighedsforsikringens obligatorium (se side XX).

Mødet i København bliver filmet og lagt på Tdlnet.dk

Du kan **TILMELDE DIG MEDLEMSMØDERNE** på Tdlnet.dk under efteruddannelse. Møderne er kun for medlemmer af Tandlægeforeningen, og det er gratis at deltage.

Møderne varer fra **KL. 18.30-21.00**.

Tandlægeforeningen byder på **LET TAPAS OG VAND** fra kl. 17.30.

5 ODONTOLOGISKE GENNEMBRUD

Ni modige tandlægestuderende fra Aarhus Tandlægehøjskole var med til at ændre vores syn på de parodontale sygdommes ætiologi, da de i starten af 1960'erne deltog i et eksperiment, hvor det var forbudt at børste tænder.

Tekst **Tandlæge, dr.odont. Bjarne Klausen** og **Gitte Almer Nielsen**

Nr. 4

PARODONTALE SYGDOMME: PARADIGMESKIFTET KOMMER

Hvad

I 1940'erne og 1950'erne var den almindelige opfattelse, at parodontale sygdomme skyldtes traumatisk okklusion, eventuelt i kombination med almensygdomme, og det var også den teori, den norske forsker Jens Waerhaug regnede med at bekræfte, da han omkring 1950 gik i gang med histologiske undersøgelser af de parodontale væv på et større kadavermateriale. Men Waerhaug blev overrasket. Det viste sig, at de vævsforandringer, han fandt, ikke havde relation til okklusionsforholdene. Han kunne derimod konstatere, at der altid var inflammation i de gingivale væv, der stødte op til tandoverflader med calculus.

Waerhaug fik derfor den idé, at dårlig mundhygiejne kunne være årsagen til de parodontale sygdomme. Det vakte mildt sagt furore i den odontologiske forskerverden, og Waerhaug fik mange verbale hug for sine "kætterske" tanker, men han fortsatte ufortrødent sit arbejde og samlede efterhånden en række entusiastiske, unge medarbejdere omkring sig. En af dem var tandlægen Harald Løe.

Hvem

Harald Løe (1926-2008) blev i 1962 udnævnt til professor i parodontologi ved Aarhus Tandlægehøjskole, og han gik hurtigt i gang med at planlægge et klinisk forsøg, der kunne belyse sammenhængen mellem tandbelægnings og gingivitis. Han ville studere de kliniske

og mikrobiologiske forandringer, der skete, når personer med sund gingiva undlod at børste tænder i nogle uger. Løe tog sig af de kliniske undersøgelser, og hans to kolleger, Else Theilade (1934-) og Sten Børglum Jensen (1925-1998), tog plakprøver og undersøgte dem i laboratoriet. Som forsøgspersoner rekrutterede han ni tandlægestuderende, to

laboratorietjente og en lærer fra afdelingen, Jørgen Theilade (1929-2014), der var gift med Else Theilade. Før og efter forsøget blev forsøgspersonernes mundhygiejne overvåget af afdelingens noget strikse sygeplejerske Ella Zeuner.

Det store gennembrud

Alle 12 forsøgspersoner havde sunde gingivale forhold

I år kan Nordisk Odontologisk Forening (NOF) fejre 100-års jubilæum. I den anledning sætter Tandlægebladet fokus på de fem største odontologiske gennembrud, som nordiske forskere står bag.



Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
VIPEHOLM- UNDERSØGELSERNE	FLUOR- TANDPASTAEN:	ORAL MEDICIN OG PATOLOGI	PARADIGMESKIFTET KOMMER	VERDENS FØRSTE
Udviklings- hæmmede udsat for uetiske cariesforsøg	Endelig en effektiv cariesprofylakse	Slimhinderne bliver et fokusområde	Gåden om marginal parodontitis bliver løst	Patient får osseointegrerede implantat

ved forsøgets start, og alle udviklede manifest gingivitis i løbet af tre uger. Efter at de havde genoptaget tandbørstningen, fik de alle igen sunde gingivale forhold i løbet af en uge.

De mikrobiologiske undersøgelser viste, at der var meget få bakterier langs gingivalranden ved forsøgets start, men så snart tandbørstningen ophørte, steg antallet af bakterier drastisk. I starten var det Gram-positive kokker, der dominerede, men ved forsøgets afslutning var der dannet en kompleks bakteriel plak med mere end 50 % Gram-negative bakterier, herunder spiriller og spirokæter.

Løe, Theilade og Jensen kunne konkludere, at gingivitis udvikles, når der dannes plak langs gingivalranden, og forsvinder igen, når plakken fjernes.

Betydning

Artiklen "Experimental gingivitis in man", der udkom i 1965, er siden blevet citeret i mere end 3.500 andre videnskabelige artikler, heraf over 100 gange i 2017, hvilket gør den til en af de meste citerede odontologiske forskningsartikler overhovedet.

Artiklen gav startskuddet til en ny epoke, hvor gingivitis og marginal parodontitis blev betragtet som plak-inducerede sygdomme, og de nye idéer satte den nystartede tandlægehøjskole i Aarhus på det odontologiske verdenskort. Jørgen Theilade har siden med et glimt i øjet fortalt, at han altid blev mødt med stor ærbødighed, når han på internationale kongresser præsenterede sig som "Dr. Theilade from Aarhus".

Dengang var der ikke mange, der havde fantasi til at forestille sig, at den banebrydende forsker var en kvinde og Jørgen Theilades kone.

Kommentar ved **direktør, professor, dr.odont. Mogens Kilian**, som var en af de ni tandlægestuderende, der lagde mund til eksperimentet:

– I 1960'erne var Aarhus Tandlægehøjskole et spændende sted at opholde sig for en ung studerende. Skolen var startet i 1958, og der herskede en udpræget pionerånd. Harald Løe var en fremragende underviser, og han indkaldte også andre dynamiske unge forskere som Jan Lindhe og Jan Egelberg som gæsteforelæsere. De studerende blev ofte inddraget i de mange forskningsprojekter, som Løe, Børglum og P. A. Knudsen satte i gang. Det var derfor helt naturligt, at flere af os, fx Ole Fejerskov, Thorkild Karring og jeg selv, blev smittede af entusiasmen og fortsatte ad den videnskabelige løbebane.

Artiklen "Experimental gingivitis in man" vendte op og ned på de forestillinger, man på det tidspunkt havde om de parodontale sygdommes ætiologi, og teorierne holder stadigvæk, selv om vi nok i dag skelner lidt skarpere mellem gingivitis og marginal parodontitis, end man gjorde dengang. Jeg har stadig stor glæde af at kigge i Else Theilades gamle arbejder og konstatere, at de tanker, hun gjorde sig om mundhulens økologi, i disse år, bekræftes med nye og langt mere raffinerede teknikker end dem, hun havde til rådighed i sin aktive karriere.

**TANDLÆGEBLADETS
DEBATSIDER**

I Indlæg & debat har Tandlægebladets læsere ordet. Her kan luftes synspunkter, deles erfaringer, refereres fra kurser og faglige møder og stilles spørgsmål. Man kan indsende følgende typer af indlæg:

Spørgsmål til Tandlægebladet (maks. 100 ord), **læserbrev** (maks. 500 ord), **kommentar** (maks. 500 ord), **fagligt referat** af kurser eller møder (maks. 500 ord), **essay** (maks. 1.000 ord), **kronik** (maks. 2.000 ord).

For yderligere vejledning se Tandlægebladet.dk under »Om Tandlægebladet«.

Synspunkter, som fremsættes i indlæggene, står for indsenderens egen regning og kan ikke opfattes som værende dækkende for tandlægestandens og Tandlægeforeningens synspunkter. Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere det indsendte. Man kan kommentere indlæggene ved enten selv at skrive til Tandlægebladet eller ved at gå ind på Tandlægebladet.dk, hvor det er muligt at klikke sig frem til det pågældende indlæg og kommentere på nettet.

Ud over ovenstående typer af indlæg bringes også i denne sektion af Tandlægebladet: Nyt fra NIOM.

Redaktionen

SYMPOSIUM 2017:

Endodonti

Den 3.-4. november afholdtes Tandlægeforeningens årlige symposium. I år dannede Bella Center rammen om symposiet. Fredag den 3. november kl. 9.00 startede symposium, hvor mere end 1.450 tandlæger og næsten 600 klinikassistenter havde valgt at bruge to dage på at få mere viden om endodonti.

**Lise-Lotte Kirkevang, lektor, ph.d.,
Institut for Odontologi og Oral Sundhed,
Aarhus Universitet**



**Thomas Hedegaard, privatpraktiserende
tandlæge, Hinnerup**



Programmet var meget internationalt, med kendte foredragsholdere fra bl.a. England, Canada, USA, Holland og Island, og der er ingen tvivl om, at det var et særdeles veloplagt hold, der stod klar til at oplyse de mange danske tandlæger.

Endodontisk sygdom

Dagene var opbygget som en endodontisk odysse, og professor John Whitworth fra Newcastle Universitet tog hul på rejsen med at beskrive **endodontiske sygdomsfaser** og de udfordringer, vi oplever, når vi skal stille **den rigtige diagnose** og vælge **den rigtige behandling**. Han opfordrede til en systematisk tilgang til diagnostikken og beskrev de faldgruber, det er vigtigt at være opmærksom på. Fx at smerte kan stamme fra andre steder, end der hvor patienten angiver at føle den. Han opfordrede til at være varsom med at konkludere og agere på usikre fund. John Whitworth nævnte i øvrigt, at han med tiden selv var blevet langt mere tilbageholdende med at be-

handle, medmindre diagnostikken var klar.

Professor Ken Hargreaves fra University of Texas Health Science Center at San Antonio, Texas, USA, var af personlige årsager blevet forhindret i at komme, men trodsede tidsforskellen og holdt via en Skype-forbindelse en god og informativ præsentation om behandlingen af **endodontiske smerter**. Han beskrev forskellige typer af smerte og gav gode råd til effektiv administrering af smertestillende medicin samt forklarede, hvordan man ved at kombinere forskellige medikamenter opnår den bedste effekt og samtidig med den mindste risiko for bivirkninger. Han anbefalede, at man i tilfælde af en "hot molar" gav patienten Ibuprofen en times tid inden behandlingen, da dette kunne hjælpe med at opnå en sufficient smertekontrol både under og efter behandlingen.

Efter frokost på førstedagen gik John Whitworth videre med et foredrag med titlen "How Clean is Your House? Getting into the Dirt of Root Canals". Han slog fast, at endodontisk sygdom forårsages af **mikroorganismer**, der etablerer sig

i rodkanalsystemet eller i nær relation hertil. Det er af betydning for tandens prognose, at man gør, hvad man kan for at undgå, at de etablerer sig, idet de er vanskelige at fjerne. Han beskrev meget malende udfordringerne, der er forbundet med fjernelse af "slimet" (biofilmen) i rodkanalerne.

Endodontisk behandling

Professor Ove Peters gik derefter videre med selve **præparationen af rodkanaler**. Han omtalte de seneste landvindinger indenfor rodkanalinstrumenter, og hvordan de nyere instrumenter muliggør en lettere og mere forudsigelig udrensning af rodkanalerne. Han beskrev, hvordan man med moderne teknikker, systemer og udstyr lettere og mere sikkert kan præparere rodkanalerne med respekt for kanalernes anatomi. Samtidig pointerede han, at der ikke er nogle af de systemer, der er på markedet, som ikke kan præparere rodkanalerne sufficient. Hvad man vælger, er mest et spørgsmål om præferencer.

Skylning af rodkanalsystemet er et emne, der altid tiltrækker sig opmærksomhed. Fra University of British Columbia i Canada kom professor Markus Haapasalo, der er en af de største kapaciteter på området. I sit indlæg beskrev han, hvordan instrumenteringen af rodkanalen fjerner noget af det nekrotiske væv og biofilm, men at det vigtigste formål med en rodkanalpræparation er at skabe tilgængelighed for skyllevæsken, som er det vigtigste element i desinfektionen af den inficerede rodkanal. Skyllevæsken kan penetrere ind i områder, der ellers er

utilgængelige for instrumentering. Det er væsentligt at anvende en skyllevæske, der opløser organisk væv, og det er ikke vist, at supplerende skyllevæsker påvirker udfaldet af den endodontiske behandling.

Derimod kan bevægelse/aktivering af skyllevæske fx med ultralyd medvirke til, at alle områder med tilgængelig biofilm berøres. Han gav os også et kort glimt af fremtidens mulige skylleteknikker. Endelig sluttede John Whitworth dagen af med en kort opdatering af, hvordan vi bedst håndterer traumer på især unge permanente tænder.

Andendagen fortsatte odysseen med temaet **rodfyldning**. Det var lektor Hagay Shemesh fra ACTA i Amsterdam, der i en meget levende præsentation med udgangspunkt i "den ovale kanal" beskrev forskellige teknikker til rodfyldning, igen med en klar understregning af, at det ikke er vist, at der findes en teknik, der er "den bedste" i alle tilfælde. Hvert enkelt tilfælde bør vurderes. Er der tale om en meget bred kanal, kan en varm teknik være en fordel, er der tale om en enkelt, cirkulær kanal, vil man kunne anvende singlepoint-teknik, men man bør ikke forlade sig på, at en sealer sufficient udfylder alle hulrum uden et kernemateriale. Han beskrev brug af de nyere biokeramiske materialer og de fordele og begrænsninger, der ses ved brug af disse.

Prognose, kirurgi og restaurering

Langtidsprognosen for rodbehandlede tænder afhænger i høj grad af, hvor meget tandsubstans der er tilbage,



FOTO: NICOLAS TOBIAS PHOTOGRAPHY



og hvordan og hvornår tanden restaureres efter den endodontiske behandling. Specialist i endodonti Marga Ree indtog scenen og viste os, hvordan hun med stor dygtighed indsætter **stifter** umiddelbart efter den endodontiske behandling, samt hvordan hun kunne fjerne næsten alle stifter, hvis en revision var nødvendig. Hun viste også, hvordan hun anvendte fiberstifter samt bonding, som et alternativt fyldningsmateriale i særlige tilfælde, hvor pulpalumen er så bredt, at fiberstiften kunne indsættes kanalen uden stiftpræparation og dermed give tynde dentinvægge mere støtte, end guttapercha og sealer ville kunne give. De mange begejstrede deltagere fik et spændende indblik i en endodontispecialists hverdag og et godt fingerpeg om, hvad der behandlingsmæssigt er muligt.

Dernæst tog specialist i tand-, mund- og kæbekirurgi Simon Storgård Jensen fat på **den kirurgiske endodonti**. Han gennemgik samtlige faser i den kirurgiske samt den endodontiske del af behandlingen. Han pointerede, at man med de rigtige indikationer og brug af moderne teknikker såsom forstørrelse og ultralydspræparation i dag har en signifikant bedre prognose for den kirurgiske endodonti sammenlignet med, hvad man kunne opnå tidligere.

Endelig – hvis en tand ikke kan reddes – har man muligheden for at erstatte den med et **implantat**.

Professor Bjarni E. Pjetursson var dog meget tydelig i sin præsentation. Han gennemgik, hvordan man altid skal se på det totale behandlingsbehov for den aktuelle tand, før man træffer **beslutning om den endelige behandling**. Han påpegede, at tandlæger primært bør arbejde for at bevare tænder, men at man også bør være realistisk i forhold til tandens mulighed for at opnå en funktionel status.

Kan man bevare tænder ved hjælp af **regenerative metoder**? Ove Peters beskrev entusiastisk, hvor langt man er kommet med udnyttelse af stamceller og gendannelse af væv i relation til endodontisk behandling. Meget spændende, men også en behandling, der stadig er under udvikling, og som der kun sjældent er indikation for.

Rodresorptioner

Allersidst fik vi en kort, men god gennemgang af forskellige typer resorption. Markus Haapasalo gennemgik forskelle i diagnostik og behandling, især i relation til **intern resorption og ekstern cervikal resorption**. Ved den interne resorption behandler man resorptionen i forbindelse med en endodontisk behandling. En ekstern cervikal resorption kan behandles internt fra eller eksternt fra, eventuelt en kombination af begge, idet det er væsentligt, at man får fjernet det resorptive væv og aflukket mod tandoverfladen. Tidlig diagnostik er vigtigt for at kunne behandle, og i forbindelse med differentialdiagnostik og behandlingsplanlægning er Cone Beam Computed Tomografi (CBCT) et væsentligt hjælpemiddel.

Foredragsholdere

John Whitworth, professor, PhD, FDS (Rest Dent), Professor of Endodontology, School of Dental Sciences/Newcastle Hospitals NHS Foundation Trust, Newcastle University, UK

Ken Hargreaves, professor, DDS, PhD, Professor & Chair, Department of Endodontics, University of Texas Health Science Center at San Antonio, Texas, USA

Ove Peters, professor, DDS, DMD, MSc, PhD, Professor and Co-chair, Department of Endodontics, Diplomate, American Board of Endodontics, University of the Pacific, Arthur A. Dugoni School of Dentistry, San Francisco, California, USA

Markus Haapasalo, professor, DDS, PhD, Head, Department of Oral Biological & Medical Sciences, Chair, Division of Endodontics, University of British Columbia, Faculty of Dentistry, Canada

Hagay Shemesh, associate professor, DMD, PhD, Chair, Division of Endodontology, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), the Netherlands

Marga Ree, DDS, MSc, Specialist in Endodontics, Private practice in Purmerend, the Netherlands

Simon Storgård Jensen, DDS, dr.odont., Specialist In Oral and Maxillofacial Surgery, Consultant Oral and Maxillofacial Surgeon, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

Bjarni E. Pjetursson, professor, DDS, DMD, PhD, Professor, Dean, Faculty of Odontology, University of Iceland

Læserbrev

Etik – TF's holdning efterlyses

Ole Borg, pensioneret tandlæge, Hellerup



Som uddannet tandlæge fra 1962 og 52 år i privat praksis, men nu pensionist, er jeg chokeret over at opleve det lave etikniveau (læs manglende kollegialitet) kollegaer imellem. Jeg er netop blevet frifundet, både i Regionstandlægenævn og Landstandlægenævn, i en klagesag, hvor min tidligere patient indklagede mig for manglende erkendelse og behandling af juvenil parodontitis – godt hjulpet på

» **Jeg er chokeret over at opleve det lave etikniveau (læs manglende kollegialitet) kollegaer imellem**

vej af hendes nuværende tandlæge (selvudnævnt parodontosespecialist), der, ifølge min journal og mine røntgenbilleder, let havde kunnet afværge sagen!

Tænk, hvilket tidsspilde, både min og de to instansers og tilsvarende pengespild. Tidligere var selvpromovering i form af reklame

uhørt – nu underbyder kollegaer hinanden, selv på de sygesikringsaftalte ydelser. Burde TF ikke træde ind med nogle etiske regler, hvis overtrædelse skulle resultere i en reprimande og en udstilling for kollegaers misbilligelse. En holdningsændring efterlyses!

Svar til Ole Borg

Torben Schönwaldt, formand for klinikejerne i Tandlægeforeningen

Det primære sigte med klagesystemet på tandlægeområdet er at tilgodese de patienter, der er utilfredse. Men vores unikke klagesystem udgør også en sikkerhed for os som behandlere, idet klagesystemet fungerer som en mulighed for, at en tandlæge, der uretmæssigt er blevet indklaget af en patient, kan blive renset.

Jeg er enig med Ole Borg i, at man som tandlæge ikke ubegrundet – eller med andet sigte end varetægelse af patientens tarv – skal initiere en klagesag mod en kollega. Etikken skal være i orden hele vejen rundt, men hensynet til patienten er det vigtigste.

» **Hensynet til patienten er det vigtigste**

NAVNE

Hvis ikke du ønsker din fødselsdag offentliggjort i Tandlægebladet, bedes du venligst kontakte os senest 3 måneder før fødselsdagen. Spalten redigeres af Tandlægeforeningens medlemsregistrering tlf. 70 25 77 11 eller e-mail medlemsregistrering@tdl.dk

FØDSELSDAGE

12. DECEMBER 2017 -

12. JANUAR 2018

30 år

Sarah Holmboe Olsen, Struer, 20. december
 Rasmus Wilkmann Christensen, København S, 21. december
 AnnSofie Halleby Møllerhøj, København S, 26. december
 Lotte Hagelskjær Siggaard, Børkop, 30. december
 Silva Ljubas, Aarhus C, 31. december
 Jonas Kongsmark Madsen, København K, 4. januar
 Marie Birck Bjerregaard, Helsingør, 5. januar
 Sandra Irving Pedersen, Århus C, 5. januar
 Jeppe Bjørnsen, Vanløse, 7. januar

40 år

Erling Valdimarsson, Ribe, 13. december
 Morten Skov Hansen, Aarhus C, 14. december
 Anja Carlsen, Aalborg, 16. december
 Jakob Sandholdt Hansen, Sønderborg, 19. december
 Smita Salagare, Herning, 24. december
 Anne Lytt Rahbek, Charlottenlund, 29. december
 Maria Bloch Mikuta, Holte, 3. januar
 Winnie Skovsgaard Sørensen, Mariager, 6. januar
 Jeannie Schmidt Busch, Charlottenlund, 9. januar
 Line Staun Larsen, Risskov, 10. januar
 Kirsa Reppien, Fredensborg, 12. januar

50 år

Mette Bjørlik Hansen, Skælskør, 15. december
 Brynhild Zachariassen, 100 Torshavn, 29. december
 Alis Karabulut Thorup, Søborg, 5. januar

60 år

Liselotte Gaardmand, Ålsgårde, 12. december
 Charlotte Gormsen, Westfalen, 15. december

Tove Sinding, Aarhus C, 26. december
 Mats E Hansson, Odense SØ, 27. december
 Anette Madsen, Brønderslev, 8. januar
 Randi Krebs Asbjerg, Helsingør, 12. januar

70 år

Bente Margrethe Mikkelsen, Esbjerg V, 20. december
 Lis Birkdal Møller, Charlottenlund, 21. december
 Karin Johanna Fisker, Kokkedal, 31. december
 Henrik Syberg, Køge, 7. januar
 Jytte Bjørn Malmos, Værløse, 8. januar

75 år

Oluf Teilmann, Lystrup, 14. december
 Annelise Mortensen, Holte, 17. december
 Jens Henrik Noes, Odense M, 21. december
 Bent Ole Carlson, Valby, 21. december
 Axel Witt, Virum, 4. januar
 Frank Otto Borchorst, Gentofte, 12. januar

Historisk guldmedalje til ung forsker

Tandlæge Camilla Juhl Pørksen har skrevet sig ind i de odontologiske historiebøger som den første tandlægestuderende, der har fået Københavns Universitets guldmedalje.

Københavns Universitet har siden 1762 hvert år udstrevet prisopgaver og belønnet de bedste opgavebesvarelser med guld- eller sølvmedaljer. Promoveringen af medaljetagerne sker ved universitetets årsfest, og den forfatter, som belønnes med guld- eller sølvmedalje, modtager henholdsvis 5.000 og 2.500 kr. samt et rejselegat fra Direktør Ib Henriksens Fond.

- Det er ikke gået helt op for mig endnu, men det er da helt vildt, og det kan have stor betydning videre frem. Oral medicin er min store passion, og jeg overvejer et ph.d.-projekt, og med guldmedaljen er alle veje åbne, fortæller guldmedaljevinderen, der håber, at prisen vil

inspirere andre tandlægestuderende til at forsøge sig med en prisopgave.

Camilla Juhl Pørksens forskningsprojekt, som både mundede ud i en prisopgave og et kandidatspeciale, var et interventionsstudie rettet mod mundhuleinfektioner hos patienter med kronisk nyresygdom og blev udført som et interdisciplinært samarbejde mellem Odontologisk Institut, KU, Skolen for Klinikassistenter og Tandplejere, KU og Nefrologisk Klinik P, Rigshospitalet.

Projektet har modtaget fondsstøtte fra Calcinfonden og Tandlægeforeningen.

CV

Camilla Juhl Pørksen er 30 år. Uddannet tandplejer i 2010 og færdiguddannet fra Odontologisk Institut ved Københavns Universitet i 2016. Ansat i Tandplejen i Fredensborg Kommune og fra 1. januar også i Forsvarstandplejen.



ÆREFYLDT. Det er første gang i Københavns Universitets historie, at odontologi modtager en guldmedalje fra Akademisk Råd. Camilla Juhl Pørksen fik overrakt medaljen ved universitetets årsfest.

Digital Tandteknik

ÆSTETISKE OG STÆRKERE TANDKRONER fremstillet i Danmark på Easy Dent fræsecener.

LEVERINGSTID: 3-4 dage.

PRISER FRA: kr. 775,-

VI MODTAGER DIGITALE SCAN/AFTRYK FRA: 3Shape TRIOS, iTero og Sirona Cerec.

Ring til Easy Dent fræsecener og hør mere.

Easy Dent 

Easy Dent A/S, Glarmestervej 4, 8600 Silkeborg
Tlf. 86 80 50 75, www.easydent.dk, info@easydent.dk

Kvalitet
Hurtig levering
Lav pris

Zendiumprisen 2017

Professor, odont.dr., ph.d. Klaus Gotfredsen modtog Zendium Research Reward 2017 ved et arrangement på Radisson Blu Royal Hotel den 30. november 2017.

Nils-Erik Fiehn, ansvarshavende – og faglig-videnskabelig redaktør, Tandlægebladet

Lene Heilskov fra Zendium Professional Communication, Unilever A/S, bød et fuldt auditorium velkommen, og hun glædede sig over, at Zendiumprisen hvert år siden 1984 er blevet uddelt til en dansk forsker, som har ydet en særlig indsats inden for odontologi. Lene Heilskov gav ordet videre til overtandlæge Ulla Pallesen fra priskomiteén. Ulla Pallesen motiverede valget af Klaus Gotfredsen som modtager af årets Zendiumpris.

Ordet blev herefter givet til Klaus Gotfredsen, som holdt årets Zendium-foredrag med en gennemgang af sine forskningsresultater inden for eksperimentel og klinisk implantologi, herunder overfladebehandlinger, CAD/CAM-området, agenesibehandling og det kvalitative forskningsområde Oral-Health-Related Quality of Life (OHRQoL).

Klaus Gotfredsen inddelte sin hidtidige forskningskarriere i seks perioder: 1) Aarhus-perioden, 2) membranperioden, 3) ortopædiske periode, 4) den "svenske" overfladeperiode, 5) den kliniske periode og 6) vejlederperioden. Sidstnævnte periode med særlig vægt på fremtiden.

Aarhus-perioden

Klaus Gotfredsen blev uddannet til tandlæge i Aarhus og fik sin tidlige inspiration til forskning i implantologi på Tandlægeskolen i Aarhus. Skæbnen magede det således, at han fik kontakt til forskere på Tandlægeskolen i København, hvilket førte til et samtidigt frugtbart samarbejde med forskere på begge skoler. Det resulterede i ph.d.-graden fra Tandlægeskolen i København. Centralt i denne forskning var histologisk og histomorfometrisk evaluering af vævsreaktioner i relation til transmukosale og submukosale implantater på aber.

I den periode fik Klaus Gotfredsen også kontakt til tandlægeskolen i Bern, hvor han lærte histologiske farvemethoder og opnåede stor indsigt i implantologiens verden.

Membranperioden

Fokus i denne forskning var guided tissue regeneration, hvor osseintegrationen og genopbygning af knogle blev faciliteret af membraner. En lang række af eksperimentelle forsøg blev udført med ikke-resorberbare samt en række

resorberbare membrantyper på såvel aber som hunde. I forbindelse med disse studier var der et fortsat samarbejde med forskere i Aarhus, men også med forskere fra Rigshospitalet i København.

Ortopædiske periode

Denne periode blev karakteriseret af et tæt samarbejde med Rigshospitalet, hvor han også var ansat i en kortere periode, hvor de odontologiske principper anvendt til heling af dentale implantater blev overført til forskellige typer af ortopædiske implantater, heriblandt hoftedelesproteser. Noget som Klaus Gotfredsen selv fik gavn af ved et kompliceret benbrud efter et cykelstyrt for et par år siden.

Den svenske periode

Denne periode er "overfladeperioden", hvor der blev udført knoglehelingsstudier med anvendelse af implantater med forskellig overfladepografi og belastning. Disse undersøgelser var eksperimentelle undersøgelser på kaniner samt hunde og resulterede i opnåelsen af den odontologiske doktorgrad i Göteborg. Sidenhen undersøgte i samarbejde med forskerne fra Göteborg effekten på osseintegrationen af forskellig overfladecoatinger af implantater, eksempelvis coating med polysakkaridet pektin.

I denne periode indgik også dyreeksperimentelle periimplantitisundersøgelser, hvor histologiske knogleundersøgelser gennemførtes efter ligaturplacering omkring implantater. Der observeredes inflammation, som forsvandt, når ligaturen blev fjernet omkring implantater med en "glat" overflade, mens inflammationen fortsatte omkring implantaterne med "moderat ru overflade". Forståelsen af dette er relevant i forhold til, at der hos én ud af fem patienter observeres inflammation omkring implantater.

Den kliniske periode

Gennemgående for forskningstiden var de kliniske studier, som startede tilbage sidst i 80'erne og, efter Klaus Gotfredsen blev leder af Specialklinikken i Oral Rehabilitering i 2004, blev dominerende i forskningen. Professionel og patientbaserede evalueringer af forskellige behandlingstyper indenfor oral rehabilitering blev publiceret, og



flere unge forskere fik igangsat deres karriere via disse studier. Specielt blev der fokuseret meget på Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) ikke kun i implantatstudier, men for en lang række andre rehabiliterende behandlinger.

Vejlederperioden

Såvel eksperimentelle som kliniske studier fra en lang række unge forskere blev vist, og også de nyeste igangværende og fremtidige studier bl.a. omhandlende optisk kohærenstomografi samt betydningen af pausering af antiresorptiv for udviklingen af osteonekrose blev kort beskrevet.

Afslutningsvis takkede Klaus Gottfredsen alle sine forskningsmæssige samarbejdspartnere i Aarhus, København, Bern, Malmø og Göteborg.



Tjek Forlagets
brochurer på
tandlaegeforeningen.dk
– De kan være til
gavn for både dig
og dine patienter





Hver tubule er pakket for sig i blisterpakninger, hvilket hjælper med at holde en god hygiejne.

Lægemidler
skal bestilles
på apoteket



Bedøvelse i singlepakninger – sikker opbevaring i skuffen

Septodont har fokus på hygiejne

Undgå kontaminering under opbevaring på klinikken

Septodont leverer alle tubuler i enkeltpakkede blisterpakninger. Du åbner først den enkelte blister, når bedøvelsen skal lægges. På denne måde forhindres en kontaminering af ydersiden af tubulen og gummimembranen, mens den ligger i skuffen. Husk stadig at afspritte membranen før brug.

Optimal sikkerhed for patienten

Septodont slutsteriliserer de fyldte tubuler, inden de pakkes. Dette er ikke et lovgivningskrav, men en ekstra hygiejnisk sikkerhedsforanstaltning.

Se produktinfo andetsteds i Tandlægebladet eller hent komplet produktresumé på www.produktresume.dk



Fiskers • Dentronic • DentalSuite

KOLLEGAHJÆLP

Gratis og anonym formidling af hjælp til medlemmer i krise.

KREDS 1

Marie Winding

Turpinsvej 2
2605 Brøndby
Tlf. 36 75 48 75

Sidsel Fogh Pedersen

H. C. Ørstedsvej 38
1879 Frederiksberg C
Tlf. 33 25 50 20

KREDS 2

Thomas Hjorth

Platanvej 1
4684 Holmegaard
Tlf. 55 54 64 49 – 42 700 500

KREDS 3

Louise Wilhelmsdal

Nørregade 11
4930 Maribo
Tlf. 54 78 03 70

KREDS 4

Kristina Hansen

Rosengårdscenret, Rød Gade
5220 Odense SØ
Tlf. 66 15 80 35

Flemming Tolbod

Torvet 2
5900 Rudkøbing
Tlf. 62 51 19 44 – 62 51 37 02

KREDS 5

Per Ilsøe

Klostergade 56
8000 Århus C
Tlf. 86 12 45 00

Tina El-Dabagh

Tordenskjoldsgade 37, 1. th
8200 Århus N
E-mail: tinaeldabagh@hotmail.com
Tlf. 86 16 85 10

KREDS 6

Michael Rasmussen

Gl. Vardevej 191
6715 Esbjerg N
E-mail:
mr.mr.rasmussen@gmail.com
Tlf. 75 13 75 13

Helle Gamst Skov

Torvet 3
6100 Haderslev
E-mail: helle@gamst-skov.dk
Tlf. 74 52 28 02

Peter Boch

Stadionvej 32
6510 Gram
Tlf. 74 82 12 12

KREDS 7

Majbritt Jensen

Strandvejen 3
9000 Aalborg
Tlf. 20 77 32 66

KREDS 9

Lars Rasch

Nørregaards Allé 11
7400 Herning
Tlf. 97 22 07 00

KREDS 10

Karen Haarbo-Nygaard

Tuapannguit 40
3900 Nuuk
E-mail: karenhaarbo@yahoo.com
Tlf. (+299) 547373

TANDLÆGERNES

TRYGHEDSORDNINGER

Susanne Raben

Britt Betina Jørgensen

Svanemøllevej 85
2900 Hellerup
Tlf. 39 46 00 80

TANDLÆGEFORENINGEN

Vivian Riel

Amaliegade 17
1256 København K
Tlf. 70 25 77 11

VED ALKOHOL- OG

MISBRUGSPROBLEMER

Psykolog

Lasse Rossen

Tlf. 28 12 50 56

VED STEMNINGSLIDELSER

Erhvervspsykologisk

Rådgivning

v/erhvervspsykolog

Majken Blom Søefeldt

Tlf. 60 40 72 10

E-mail: mail@blomsoefeldt.dk

KALENDER

Sidste frist for indlevering af stof til kalenderen i Tandlægebladet nr. 1 2018:
Deadline: 10. januar 2018
Udkommer: 27. januar 2018

Sidste frist for indlevering af stof til kalenderen i Tandlægebladet nr. 2 2018:
Deadline: 7. februar 2018
Udkommer: 24. februar 2018

Yderligere oplysninger kan indhentes hos Tina Andersen, Tandlægebladet, tlf. 33 48 77 33, ta@tdl.dk.

Kurser udbudt kommercielt:
Pris: kr. 37,00 pr. mm + moms
Kurserne faktureres efter hver udgivelse

KURSER UDBUDT AF FORENINGER, SKOLER OG FAGLIGE SELSKABER 2018

JANUAR

Billundkursus – Jubilæumskursus – 40 år!

Dato: 5. 1. 2018, kl. 10.30 til 6. 1. 2018, kl. 13.00.

Sted: Hotel Legoland i Billund.

Arrangør: PTO/TF

Målgruppe: Tandlæger, tandplejere og de klinikassistenter, der behandler børn og unge i privat praksis.

Info: Jannie Borgstrøm, PTO's sekretariat, tlf. 33 12 00 20 eller e-mail: pto@pto.dk

Årsmøde i Dansk Endodontiforening på Hindsgalv

Dato: fra 5. – 6.1.2018.

Allerede om fredagen kl. 10.00 kan du varme op med 'hands-on' kurser (endnu ledige pladser).

Et fagligt afvekslende program med både internationale og nationale foredragsholdere. Fokus på videobaseret fremvisning af kliniske endodontiske aspekter.

Hvordan er det med prognosen for den endodontiske behandling? - Og glem nu ikke vores odontoblast inden du lægger den gode endodontiske plastfyldning!

<https://endodontiforeningen.dk/aktiviteter/aarsmoede-2018/>

På gensyn

Dansk Endodontiforening

FEBRUAR

Kursus Elevansvarlig på klinikken

Er du elevansvarlig på klinikken, eller har du lyst til at være det?

På kurset får du værktøjer til at varetage opgaven. Du får inspiration fra praksis samt fra skolens praktikpladskoordinator. Heldagskursus kl. 9-16.

Yderligere info om næste kursus:

grete.pedersen@au.dk

Sted: Institut for Odontologi og

Oral Sundhed, Aarhus Universitet

MARTS

Selskabet for Odontologisk Praktik holder forårsmøde

Dato: 2.-3. marts 2018

Sted: Hotel Hesselet ved Nyborg
Mulighed for ekstra overnatning med middag torsdag/fredag, da mødet allerede starter fredag kl. 11.00.
Emne: se hjemmeside www.sopnet.dk
Kontaktperson: Janne Riis jr@janneriis.dk

Fordomme i Tandplejen? Sætter vi og patienterne hinanden i bås?

Dato: Fredag den 2.3.2018

kl. 9.00 – 15.00

Sted: Hotel Park Middelfart

Arrangør: NFH

Info: www.nfh-danmark.dk

Efterfølgende Generalforsamling 15.30 -16.00

360° around implants & peri-implantitis

Dato: 10.3.2018 klokken 9.30-15.00

Sted: ARoS Aarhus Kunstmuseum

Arrangør: Dansk Parodontologisk Selskab

Målgruppe: Tandlæger og tandplejere

Info: www.periodont.dk

Tilmelding og betaling via hjemmesiden

KOLLEGLIALE HENVISNINGER

Henvendelse angående kollegiale henvisninger:

Tina Andersen, tlf. 33 48 77 33,
e-mail: ta@tdl.dk

Pris: kr. 37,25 pr. mm + moms
pr. gang. Annoncer tegnes for 12
numre (1 år ad gangen). Der fak-
tureres for et halvt år ad gangen
den 1. juni og den 1. december.
Tandlægeforeningen påtager sig
ikke ansvar for om kolleger, der
annoncerer under kollegiale hen-
visninger, besidder de fornødne
kvalifikationer.

Annoncering under kollegiale
henvisninger er forbeholdt med-
lemmer af Tandlægeforeningen.

D: Tandlæger, der lever op til
Tandlægeforeningens krav om
dokumenteret efteruddannelse

ADIPOSITAS

Tandklinikken Ravn

Behandling af overvægtige
patienter op til 350 kg.
Patienterne kan køres ind,
men skal kunne gå de sidste
4 m til stolen
Handicapvenlig parkering
og indgang
Strøby Egede Center 15
4600 Køge
Tlf. 56 26 72 77
www.tandklinikkenravn.dk

BEHANDLINGSCENTRE

Colosseumklinikken

Herlev Torv 1
2730 Herlev
Tlf. 44 94 09 20/Fax 44 94 91 09
herlev@colosseumklinikken.dk
www.colosseumklinikken.dk
Fulde rekonstruktioner
Knogleopbygning
Bidfunktion
Endodonti
Enhver form kirurgi, kort ventetid,
også på retrograde rodfyldninger.
Implantologi
Panoramarøntgen

D Franklin Læssø
D Kirsten Læssø
D Mia Herning
Avanceret kirurgi og rekonstruk-
tioner:
Thomas Kofod
Kirurgi:
D Tina Noer

Hausergaarden

Hauser Plads 20,
1127 København K
v/Nørreport Station
Tlf. 33 15 15 34
info@hausergaarden.dk
www.hausergaarden.dk
Bidfunktion * Smertes
Implantologi * Komplikationer
Kirurgi * Knogle-opbygning
Endodonti * Protetik
Rekonstruktioner * Æstetik
D John Orloff
Dip Imp Dent RCS (Eng)
Jens Kristiansen
Narkose *
Brian Lerche, speciallæge
Specialklinik f. tandregulering
Harry Fjellvang,
Specialtandlæge, ph.d.
www.tandregulering.info
mail@tandregulering.info
Giorgia Thomsen,
Keramik, 3Shape
Tlf. 29 76 11 80
Morten Rye lab.tek. 3Shape
Tlf. 22 94 68 00
morten@ryedental.dk

Colosseumklinikken

Østergade 1 (ved Kgs. Nytorv)
1100 Kbh. K
Tlf. 33 12 24 21/Fax 33 33 99 90
kongensnytorv@colosseumklinikken.dk
www.colosseumklinikken.dk
Bidfunktion.
Bidrekonstruktion, Cerec3.
Implantologi, Invisalign.
Knogleopbygning, Kirurgi.
Parodontal kirurgi.
Beh. af retraktioner.
Protetik, Æstetik, Endodonti.
Panoramarøntgen.
Cone-Beam scanning.
LiteWire.
D Jan F. Thomsen
D Peter Lindkvist
D Lennart Jacobsen
D Birgitte Høgh
D Solrun Joensen
D Lars Bo Petersen
D Kenneth Jordy
Ib Sewerin

Evident Tandlægerne

www.etand.dk
Brøndby tlf. 36 75 01 33
Hellerup tlf. 39 62 66 66
Hørsholm tlf. 45 86 76 96
klinik@etand.dk
Implantologi
Kirurgi
Protetik
Kæbeprotetik
Behandlingsplanlægning
Parodontologi
ConeBeam (CBCT)
Panoramarøntgen
Fuldmarkose
D Erik Andersen
Hanne Bahrt
D Lars Nygaard
D Lars Rossel
D Cathrine Holst
D Lars Hansen
D Anne Louise Lund
D Hanne Schüssler

BIDFUNKTION

Jylland

D Birgitte Skadborg
Brædstrup Implantat Center
Tlf. 75 75 12 36
www.implantatcenter.dk
Bidfunktion og oral bid-
rehabilitering

D Erling Nørgaard

Tandlægerne i Viby Centret
Viby Centret 20 A
8260 Viby J
Tlf. 86 14 63 11
www.bidskinne.dk

Karin Fejerskov

Risskov Tandklinik
Dybbølvej 25, 8240 Risskov
Tlf. 86 17 83 22
klinik@risskovtand.dk
www.risskovtand.dk
Bidfunktion, ansigtssmerter og
snorken

D Steen Rosby

Stationsvej 1, 6880 Tarm
Tlf. 97 37 15 15
info@rokketand.dk
Behandling af funktionelle
lidelser i tyggeorganet.

Sjælland

D Marianne Holst-Knudsen

Engløbet 8,
2730 Herlev
Tlf.: 44 94 16 16
www.herlevtandlaegerne.dk

D Per Stylvig

Gl. Kongevej 164
1850 Frederiksberg C
Tlf. 33 24 85 85

D Tandlæge Mads Bundgaard

Amager Tandplejecenter
Tårnby Torv 9, 2770 Kastrup
Tlf. 32 50 46 50
amagertand@gmail.com
www.amagertandplejecenter.dk
Atypiske ansigtssmerter og
TMD behandling.

BØRNETANDPLEJE

D Anne Gro Holst Hansen

Kronprinsessegade 46 D
1306 København K
Tlf. 33 16 01 01

DENTAL OG MAKSILLO-
FACIAL RADIOLOGI**Aarhus Tandlægeskole**

CBCT og panorama-undersøgelse
Henvisning og prisliste på
www.au.dk/tls/for-tandlaeger

**D Pernille Egdø
SpecialTandlægeCenter
Gentofte**

Implantater, knogleopbygning,
amotio, rodresektioner,
autotransplantationer
Panorama (OTP), oral medicin
Bauggårdsvej 7 L, 2820 Gentofte
Tlf: 39 64 65 14
Online henvisning:
www.kaebekirurg.dk
pernille@kaebekirurg.dk

**Specialtandlægerne
Seedorffs Stræde**

Panorama, CBCT (3D) og
billedbeskrivelse
D Hanne Hintze, dr.odont.
D Søren Schou, dr.odont.
Hans Hartvig Seedorffs
Stræde 3-5, 8000 Aarhus C
Tlf. 86 35 00 00
E-mail: klinik@sptand.dk
www.sptand.dk

**D Specialtandklinikken
Sønderjylland**

CBCT scanning (3D scanning)
CBCT kæbeledsoptagelser
Også panorama- og kranie-
optagelser.
Henvisningsblanket hentes på
www.specialtandklinikken.dk
Haderslevvej 54,
6200 Aabenraa

Tandlægeskolen Afd. for Radiologi

Panorama og kranieoptagelser samt Cone-Beam scanning. (spec. implantatbehandling og kæbeled)

Henvisningsblanket hentes på http://odont.ku.dk/specialklinik/radiologi/henvisn_rtg/ og faxes eller sendes til afdelingen. Nørre Allé 20, 2200 Kbh. N. Tlf. 35 32 69 05/Fax 35 32 67 73

HJEMMEBEHANDLING

Hjemmetandlægen

□ Tandlæge Nadir Handhal m. fl. Telefon 70 27 52 85 info@hjemmetandlaegen.dk www.hjemmetandlaegen.dk

IMPLANTATER

Fyn

Centrum Tandlægerne Odense og Middelfart B. Pade

N. Pade
Tlf. 66 12 62 26 – 64 40 24 03
Implantater, protetik, kirurgi.
www.centrumtandlaegerne.dk

□ Højfyns Tandplejecenter

Tlf. 64 47 12 20
Soft & hard tissue grafting
E-mail: kontakt@tandcenter.dk
www.tandcenter.dk

□ Steen Bjerggaard

Slotsgade 21, 5000 Odense C
Tlf. 66 11 44 33
E-mail: info@klinik21.dk
www.klinik21.dk
Panoramarøntgen
Cone-Beam
3d-scanning

Jylland

Aalborg Implantat Center

Kirurgi og/eller protetik
KIR. v/specialdl.
□ Thomas Jensen
PROT.
□ Michael Decker
□ Lisbeth Lynderup
□ Mette Løth Munkholm
Boulevarden 5, 9000 Aalborg
Tlf. 98 13 48 70
www.tandlaegecentret9000.dk
E-mail:
mail@tandlaegecentret9000.dk

Aarhus Implantat Center

Klostergade 56, 8000 Aarhus C
Tlf. 86 12 45 00
Hermodsvvej 22, 8230 Åbyhøj
Tlf. 70 22 35 53
www.implantatcenteret.dk

Brødstrup Implantat Center

□ KIR. v/spec.tdl. John Jensen
KIR. v/spec.tdl. Martin Dahl
□ KIR. v/spec.tdl. Jens Hartlev
□ PROT Birgitte Skadborg
Implantologi, kirurgi, narkose
Protetiske rekonstruktioner
3D scanning 
Tinghuspladsen 6
8740 Brødstrup
Tlf. 75 75 12 36
E-mail: tandlaegehuset@implantatcenter.dk
www.implantatcenter.dk

Herning Implantat Center

□ Louise Kold &
□ Simon Kold 
Bryggergade 10
7400 Herning
Tlf. 97 12 03 99
www.herningimplantatcenter.dk
Kirurgi og protetik.
Mulighed for narkose

Horsens

Implantatcenter

□ Bent Rønn, Løvenørnsgade 1A
8700 Horsens. Tlf. 75 62 10 70
www.horsensimplantatcenter.dk
info@horsensimplantatcenter.dk

KOHBERGTANDKLINIK.DK

□ Peter Kohberg
Implantatcenter
Speciale: immediat implantologi
Kirurgi og protetik
Jernbanegade 6 
6360 Tinglev
Tlf. 74 64 20 00
www.Kohbergtandklinik.dk
mail@Kohbergtandklinik.dk

Kolding Implantat Center

□ Jens Thorn, specialtandlæge
□ Henrik Hedegaard
□ Carl-Otto Hedegaard
Sundhedshuset
Jernbanegade 26
6000 Kolding
Tlf. 75 50 65 00
www.ORIS.dk/kolding/
Kirurgi og protetik

□ Lone Nyhuus

Nørregaards Alle 11
7400 Herning
Tlf. 97 22 07 00
Implantatbaseret protetik


□ Niels Rintza

Ådalsparken 27, Sædding
6710 Esbjerg V
Tlf. 75 15 51 49/Fax 75 15 51 99
Implantatkirurgi og protetik

□ Puk Bergmann

Nørregade 11
6100 Haderslev
Tlf. 74 52 22 49

Randers Kirurgi og Implantatcenter

Specialtandlægerne 
Sundhedshuset
Dytmærskens 10, 8900 Randers
Tlf. 87 10 69 79
www.sundhedshuset.dk

□ Torben Lillie

Immediat implantologi 
Kirurgi og protetik
Torvegade 8
7330 Brande
Tlf. 97 18 00 79
www.dintandlaege-brande.dk
brandetand@brandetand.dk

Risskov Implantatklinik – Tandlægerne Risskov

□ v/Ulrik Holm-Christoffersen
Implantater, knogleopbygning,
Amotio, Retrograd.
Straumann, Nobel, Ankylos,
Astra.
Rolighedsvej 30, Risskov.
Tlf. 70 70 55 25
info@tandlaegernerisskov.dk

Sjælland

Bagsværd Implantatklinik

Henrik Gutte Koch
Bagsværd Hovedgade 99, 1.
2880 Bagsværd
Tlf. 44 98 34 20
E-mail: tand@gutte.dk
www.tandimplant.dk
– rimelige kollegiale priser

□ Jørgen Rostgaard

□ Henrik Bruhn Jensen
Nørre Søgade 41, 1370 Kbh. K
Tlf. 33 15 33 25/Fax 33 15 87 65
www.peblingetand.dk

Kæbekirurgisk Klinik

□ Niels Ulrich Hermund, ph.d.,
kæbekirurg
□ Søren A. C. Krarup, kæbeki-
rurg
□ Jytte Buhl, kæbekirurg
□ Esben Aagaard, kæbekirurg
Hovedvagtsgade 8, 3. sal
1103 København K
T: 33 12 24 04
W: kkh8.dk

□ Lars Jessen

Støden 3, 1., 4000 Roskilde
Tlf. 46 35 33 13/Fax 46 32 10 51
Implantatbaseret protetik

□ Niels Gersel

Specialtandlæge, dr.odont.
□ Klaus Gottfredsen
Tandlæge, dr. odont
København & Roskilde
Astra, Straumann, XiVE
www.implantat-kirurgi.dk
Tlf. 70 22 52 30/Fax 70 22 52 40

□ Nino Fernandes

Obels Gaard, Vestergade 2
1456 København K
Tlf. 33 15 48 99
www.tmkkirurgi.dk
Astra, Straumann, Nobel,
Xive, Camlog, Dio

□ Pernille Egdø SpecialtandlægeCenter Gentofte

Implantater, knogleopbygning,
amotio, rodresektioner,
autotransplantationer
Panorama (OTP), oral medicin
Baunegårdsvej 7 L, 2820 Gentofte
Tlf. 39 64 65 14. Online henvisning:
www.kaebekirurg.dk
pernille@kaebekirurg.dk

Specialtandlægerne i Bredgade

□ Malene Hallund
□ Lars Pallesen
□ Louise Barnechow
□ Søren Hillerup
Bredgade 29, 4. sal
1260 København K
Tlf. 78 79 29 29/Fax 78 77 29 29
Online henvisning via
www.bredgade.dk eller
info@bredgade.dk

Specialtandlægerne

□ Ole Schwartz, ph.d. og Thomas Kofod, ph.d.

Alt indenfor Tand-, Mund-
og Kæbekirurgi Alle typer
implantater og rekonstruk-
tioner, herunder immediate
fuldkæbebroer.
Lyngby Implantat Center
Lyngby Hovedgade 27, 3 sal
2800 Lyngby
Tlf: 45 87 01 90/Fax 45 87 45 01
info@lyngbyimplantatcenter.dk
Henvisningsblanket hentes på:
www.lyngbyimplantatcenter.dk

D Torben Jørgensen

Vesterbrogade 11 A
1620 København V
Tlf. 33 24 73 75
Rekonstruktioner på implantater

KIRURGI**Fyn****Klinik for Kæbekirurgi**

D Torben Thygesen, Kæbekirurg, ph.d.
Knogleopbygning/Straumann/Astra/Camlog/Nobel
Vestre Stationsvej 15,
5000 Odense C.
Tlf. 50 65 62 66
Mail: tht@klinik-vs15.dk
www.klinik-vs15.dk

Jylland**Aalborg Implantat Center**
v/specialtdl.

D Thomas Jensen
Boulevard 5
9000 Aalborg
Tlf. 98 13 48 70
www.tandlaegecentret9000.dk

Bjarne Neumann

Specialtandlæge – Aalborg
www.tandsyn.dk
Tlf. 98 12 19 72
e-mail: b.neumann@stofanet.dk

D Brødstrup Implantat Center

D KIR. v/spec.tdl. John Jensen
KIR. v/spec.tdl. Martin Dahl
D KIR. v/spec.tdl. Jens Hartlev
Tinghuspladsen 6
8740 Brødstrup
Tlf. 75 75 12 36
www.implantatcenter.dk

D Jens Thorn

Specialtandlæge, ph.d.
Sundhedshuset, Jernbanegade 26
6000 Kolding
Tlf. 75 50 65 00
www.sundtand.dk

Kirurgiklinik**– Klinik f. TMK-kirurgi**

D Lone Lenk-Hansen
D Thomas Urban
Hermodsvej 22, 8230 Åbyhøj
Tlf. 70 22 35 53
www.kirurgiklinik.dk

D Lambros Kostopoulos

Specialtandlæge
Implantatbehandling samt knogleopbygning med membran.
Rekonstruktiv knogle- og blødtvævskirurgi. Behandling af periimplantitis
Silkeborgvej 297,
8230 Åbyhøj
Tlf. 86 15 43 44

D Louise Kold &

D Simon Kold
Bryggergade 10
7400 Herning
Tlf. 97 12 03 99
www.tandherning.dk
E-mail: post@tandherning.dk
Mulighed for narkose

Martin Dahl

Specialtandlæge
Boulevard 9, 9000 Aalborg
Tlf. 98 11 76 16
Implantatbehandling

D Nørgaard Mobil Kæbekirurgi

Lena Nørgaard, Spec. tdl. i tand-, mund- og kæbekirurgi.
Oral kirurgi og Implantatbehandling.
Erfaring i operationer på børn.
www.mobilkaebe.dk
E-mail: lena@mobilkaebe.dk
Tlf. 21 62 32 94

D Niels Rintza

Ådalsparken 27
6710 Esbjerg V
Tlf. 75 15 51 49/Fax 75 15 51 99

Specialtandlægerne Seedorffs Stræde

Oral kirurgi og implantater
D Søren Schou, dr.odont.
D Hanne Hintze, dr.odont.
Hans Hartvig Seedorffs Stræde 3-5, 8000 Aarhus C
Tlf. 86 35 00 00
E-mail: klinik@sptand.dk
www.sptand.dk

Sjælland**Bagsværd TandlægeCenter**

Dagligdagens kirurgi
Henrik Gutte Koch &
D Jens Tang Mærkedahl
Amotio, rodresectioner m.v. (Vi bruger retroplast)
”Kort/ingen ventetid”
Bagsværd Hovedgade 99, 1
2880 Bagsv. 44 98 34 20
E-mail: tand@gutte.dk

Colosseumklinikken

Herlev Torv 1
2730 Herlev
Tlf. 44 94 09 20/Fax 44 94 91 09
Mulighed for narkose
Avanceret kirurgi og rekonstruktioner:
Thomas Kofod
Kirurgi:
D Tina Noer

Jens Kollat Barfod

Jernbaneplassen 10
2800 Lyngby
Tlf. 45 87 01 03
E-mail: barfod@tandkir.dk

D Jonas Becktor

Specialtandlæge i Kæbekirurgi
Strandvejen 116A, 2900 Hellerup
Tlf. 39 40 71 61/Fax 39 40 71 60
www.becktor.dk
Klinik for Kirurgi og Ortodonti

Kæbekirurgisk Klinik

D Niels Ulrich Hermund, ph.d., kæbekirurg
D Søren A. C. Krarup, kæbekirurg
D Jytte Buhl, kæbekirurg
D Esben Aagaard, kæbekirurg
Hovedvagtsgade 8, 3. sal
1103 København K
T: 33 12 24 04
W: kkh8.dk
Rodresectioner
Cyster og tumorer
Slimhindedeforandringer
Fjernelse af tænder
Knoglerekonstruktion
Implantater
Nervelateralisering
Generel anæstesi

D Tandlæge Lee ApS

Vedelsgade 7 A
4180 Sorø
Tlf. 57 88 77 55
www.tandlaegelee.dk
Mulighed for narkose
Avanceret kirurgi:
D Specialtandlæge Lars Pallesen
D Kirurgi: Tandlæge Kristian Lee

D Merete Aaboe

Specialtandlæge, ph.d.
Solrød Center 45, 1.
2680 Solrød Strand
Tlf. 56 16 75 00
TMK-kirurgi og implantatbeh.

D Natasha Ingemarsson-Matzen

Lic.odont., MBA
Toftegårds Allé 7
2500 Valby, tlf. 36 17 70 50
Kirurgi, implantater samt narkosebeh., søvnapnø og snorken

D Niels Gersel

Specialtandlæge, dr.odont.
København & Roskilde
Astra, Straumann, XiVE
www.implantat-kirurgi.dk
Tlf. 70 22 52 30/Fax 70 22 52 40

D Nino Fernandes

Obels Gaard, Vestergade 2
1456 København K
Tlf. 33 15 48 99
www.tmkkirurgi.dk
Klinik for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi

D Pernille Egdø SpecialTandlægeCenter Gentofte

Implantater, knogleopbygning, amotio, rodresectioner, autotransplantationer
Panorama (OTP), oral medicin
Baunegårdsvej 7 L
2820 Gentofte
Tlf: 39 64 65 14
Online henvisning:
www.kaebekirurg.dk
pernille@kaebekirurg.dk

Simon Storgård Jensen

Specialtandlæge
Falkoner Alle 7
2000 Frederiksberg
Tlf. 38 34 01 33
www.tandfalk.dk
Oral kirurgi og implantatbehandling

Specialtandlægerne i Bredgade

D Malene Hallund
D Lars Pallesen
D Louise Barnechow
D Søren Hillerup
Bredgade 29, 4. sal
1260 København K
Tlf. 78 79 29 29/Fax 78 77 29 29
Online henvisning via
www.bredgade.dk eller
info@bredgade.dk

D Vibe Rud

D Thomas Foldberg
Puggaardsgade 17, st.
1573 København V
Tlf. 33 14 83 86/Fax 33 14 11 30
www.endokir.dk

NARKOSE

Fyn

Centrum Tandlægerne Danmarks Implantatcenter Odense klinikken

Tlf.: 66 12 62 26
info@centrumtandlaegerne.dk

Middelfart klinikken

Tlf.: 64 40 24 03 middelfart@
centrumtandlaegerne.dk
www.centrumtandlaegerne.dk

Jylland

Brødstrup Implantat Center

Tlf. 75 75 12 36
www.implantatcenter.dk

L.M. Christensen og F. Sloth

Østergade 61
9800 Hjørring
Tlf. 98 92 08 05

Louise Kold &

Simon Kold

Bryggergade 10
7400 Herning
Tlf. 97 12 03 99
E-mail: post@tandherning.dk
Patienter modtages til behandling
i narkose. Alm. tandbehandling,
kirurgi og implantatbehandling.

Centrum Tandlægerne Danmarks Implantatcenter Aarhus klinikken

Tlf.: 86 13 26 36
aarhus@centrumtandlaegerne.dk
www.centrumtandlaegerne.dk

Sjælland

Lone Lange

Dronningensgade 48, 1.
1420 København K
Tlf. 32 57 00 19

Merete Aaboe

Specialtandlæge, ph.d.
Solrød Center 45, 1.
2680 Solrød Strand
Tlf. 56 16 75 00

Tandlægecentret Svanen

v/tandlæge Per Bjørndal
Lyngby Hovedgade 27, 4.
2800 Lyngby
Tlf. 45 88 96 88/Fax 45 88 91 69
www.svanetand.dk

Tandlægerne i Carlsro

Tårnvej 219
2610 Rødovre
Tlf. 36 70 31 67
www.carlsrotand.dk

Tandlægerne i Gl. Skovlunde

Kildestrædet 108
2740 Skovlunde
Tlf. 44 92 01 01
Patienter modtages til alm. tand-
behandling, kirurgi og implantat-
behandling i narkose.
Der er mulighed for at leje sig ind.

ODONTOFOBI

Maj-Britt Liliendahl

Højbro Plads 5, 2. sal
1200 København K
Tlf. 33 12 14 38

Rikka Poulsen

Hjelmensgade 2
8000 Århus C
Tlf. 86 12 88 22
Psykoaterapeut MPF
www.tandskraek.dk

ORTODONTI

Fyn

Helle Lindtoft

Specialtandlæge i ortodonti
Østergade 15, 5492 Vissenbjerg
Tlf. 88 80 26 66
E-mail: mail@hellelindtoft.dk
www.hellelindtoft.dk

Ivan Bøgild

Lægehuset
Linde Allé 16
5690 Tommerup
Tlf. 64 76 14 00/Fax 64 76 14 07
E-mail: klinikken@tandlaegerne-
boegild.dk
www.tandlaegerne-boegild.dk
Specialtandlæge i ortodonti

Specialtandlægerne

Fisketorvet ApS

Fisketorvet 4-6, 7.
5000 Odense C
Tlf. 66 14 33 14
www.tandregulering-odense.dk

Jylland

Ane Falstie Juul

Nørgårds Allé 11, 1.
7400 Herning
Tlf. 97 12 59 00
Specialtandlæge i ortodonti

Carsten Lemor

Brødstrup Implantat Center
Tlf. 75 75 12 36
www.implantatcenter.dk

Carsten Pallisgaard

Boulevarden 5, 9000 Ålborg
Tlf. 98 13 48 70
Specialtandlæge i ortodonti

Janne Grønhøj

Morten G. Laursen

Frederiks Allé 93
8000 Århus C
Tlf. 86 12 17 66
Specialtandlæger i ortodonti
mail@specialtandlaeger.dk

Kim Carlsson

Jens Kragsskov

Jyllandsgade 79 C, 1. sal
6700 Esbjerg
Tlf. 76 13 14 80
Specialtandlæger i ortodonti

Specialtandlægen

Vesterbro 68
7900 Nykøbing M
Tlf. 97 72 59 88
Specialtandlæge i ortodonti

Lisbeth Nielsen, ph.d.

Tandreguleringsklinikken
Toldboden 1, 5C
8800 Viborg
Tlf. 86 62 76 88
Specialtandlæge i ortodonti
post@tandreguleringsklinikken.dk
www.tandreguleringsklinikken.dk

Borchorst tandregulering

Vesterbro 95, 1. th.
9000 Aalborg
Tlf. 98 13 15 00
administration@borchorsttand-
regulering.dk
Specialtandlæge i ortodonti
Henvisninger for røntgenoptagel-
ser og CBCT-scanninger på
www.borchorsttandregulering.
dk/rtg_henvisning.html

Specialtandklinikken Sønderjylland

CBCT-scanning
Ortodonti
Specialtandlæge i ortodonti
Jan Hanquist Hansen
Haderslevvej 54,
6200 Aabenraa
Tlf. 73 62 62 62
specialtandklinikken@mail.dk
www.specialtandklinikken.dk

Søren Povlsen

Nørre Boulevard 61
7500 Holstebro
Tlf. 97 84 05 88
www.tandregulering.com
Specialtandlæge i ortodonti

Sjælland

Harry Fjellvang

Specialtandlæge, ph.d.
Specialklinik for tandregulering
Tlf. 33 93 07 23
www.tandregulering.info
mail@tandregulering.info

Helen Torkashvand

Specialtandlæge i ortodonti
Indenta Clinic
Løngangstræde 37, 1.
1468 København K.
Tlf. 33 13 20 40
www.tandretning.com
www.indentaclinic.dk
E-mail: info@indentaclinic.dk

Karin Binner Becktor

Specialtandlæge i ortodonti
Strandvejen 116 A, 2900 Hellerup
Tlf. 39 40 71 61/Fax 39 40 71 60
www.becktor.dk
Klinik for Kirurgi og Ortodonti

Lone Møller

Specialtandlæge i ortodonti
Holte Stationsvej 6, 1. sal,
2840 Holte
Tlf. 45 42 16 88
www.holtetandreguleringsklinik.dk

Michael Holmqvist

Specialtandlæger i ortodonti
Rosenborggade 3, 1.
1130 København K
Tlf. 33 12 32 12
orto@specialtandlaegerne.dk

Søren Wiborg Lauesen

Specialtandlæger i ortodonti
Algade 12, 4000 Roskilde
Tlf. 46 36 50 33
www.specialtandlaegerne.com

Specialtandlægerne i Bredgade

- Louise Barnechow
- Malene Hallund
- Lars Pallesen
- Søren Hillerup

Ortodontisk behandling af børn og voksne. Facialt og lingualt apparatur. Invisalign. Skeletal forankring. Multidisciplinært samarbejde.

Bredgade 29, 4. sal
1260 København K
Tlf. 78 79 29 29/Fax 78 77 29 29
Online henvisning via
www.bredgade.dk eller
info@bredgade.dk

Søren Haldager**□ Helen Torkashvand**

Specialtandlæger i ortodonti
Solrød Center 52 A, Box 112
2680 Solrød Strand
Tlf. 56 14 76 45
keepsmling@tandregulering.dk
www.tandregulering.dk

PARODONTALBEHANDLING**Fyn****□ Lone Sander, ph.d.****□ Mette Rylev, ph.d.**

Tandlægerne Det Gule Pakhus
Havnepladsen 3b
5700 Svendborg
Tlf. 62 21 20 09
E-mail: info@tdgp.dk
www.tdgp.dk

Jylland**□ Bjarne Klausen, ph.d., dr.odont.**

Tandlægerne Sundhedshuset
Helgolandsgade 17A
6700 Esbjerg
Tlf. 75 13 14 75
E-mail: parodontologi@esenet.dk

Brædstrup Implantat Center**□ Lic.odont. Eva Sidelmann**

Karring
Tlf. 75 75 12 36
www.implantatcenter.dk

**□ Lone Sander, ph.d.****Mette Kjeldsen, ph.d.****□ Mette Rylev, ph.d.**

Store Torv 6, 3.
8000 Århus C
Tlf. 86 12 73 50
http://tdl-storetorv.dk

□ Rikke Wedell Nielsen

Tandlægerne Løgstør
Bredgade 1
9670 Løgstør
Tlf. 98 67 18 55
tandlaegernebredgade1@os.dk
Henvisninger modtages for generel
parodontitis behandling, parodon-
titis kirurgi med og uden knogle
regeneration, periimplantitis.

Sjælland**□ Jan Bjerg Andersen****□ Kaveh Golestani****□ Mats Christiansen**

Mikrobiologiske test,
kirurgisk laserassisteret
parodontalbehandling
Gl. Strand 52
1202 København K
Tlf. 33 13 42 13
www.justsmile.dk

□ Marianne Hoffmeyer

M.S., Board Certified Perio (USA)
Vimmelskaftet 47 (Strøget)
1161 Kbh. K. Tlf. 33 13 66 60

□ Lars Jessen

Støden 3, 1., 4000 Roskilde
Tlf. 46 35 33 13/Fax 46 32 10 51

Lone Forner, ph.d.**□ Tanja S. Borch, ph.d.**

Dronningens Tværgade 41, 2.
1302 København K
Tlf. 33 13 71 78
tandlaegerne@dronningenstvaergade41.dk

□ Colosseumklinikken

Østergade 1 (ved Kongens Nytorv)
1100 København K
Tlf. 33 12 24 21/Fax: 33 33 99 90
kongensnytorv@colosseumklinikken.dk
www.colosseumklinikken.dk

□ Kecia Dyhring

Amager tandklinik
Amagerbrogade 175, 1. sal
2300 København S
Tel: 32 55 13 00
www.amagertandklinik.dk
Mail: mail@amagertandklinik.dk

□ Steen Jørgen Skov, ph.d.

Peter Bangs Vej 53
2000 Frederiksberg
Tlf. 38 86 18 00
www.teamskov.dk

Susanne Dalsgaard

Rosenborggade 3
1130 København
Tlf. 33 11 39 66
E-mail: klinik@sd-dental.dk
www.sd-dental.dk

□ Kirsten Alberg

CentrumKlinikken
Tinggade 1
4100 Ringsted
Tlf. 57 61 00 86
E-mail: post@centrumklinikken.dk
www.centrumklinikken.dk

Tandklinikken Ravn

Nørregade 9 og Strøby Egede
Center 15
4600 Køge
Tlf. 56 65 25 09 – 56 26 72 77
www.tandklinikkenravn.dk

PROTETIK**Fyn****□ Steen Bjerregaard**

Slotsgade 21
5000 Odense C
Tlf. 66 11 44 33
Fast og aftagelig, inkl. implantat-
forankret protetik

Jylland**□ Lone Nyhuus**

Nørregaards Alle 11
7400 Herning
Tlf. 97 22 07 00
Inkl. attachmentprotetik

Sjælland**□ Torben Jørgensen**

Vesterbrogade 11 A
1620 København V
Tlf. 33 24 73 75
Fast og aftagelig protetik
inkl. implantatbehandling

RODBEHANDLING**□ Gitte Bruun**

Vesterbrogade 37, 2.
1620 København V
Tlf. 33 24 79 33
mail@tandlaegerne-bruun.dk

□ Jørgen Buchgreitz

M.D. Madsensvej 8
3450 Allerød
Tlf. 48 17 24 25
Udelukkende endodonti
j.buchgreitz@gmail.com

□ Kenneth Jordy

Colosseumklinikken
Kongens Nytorv
Østergade 1
1100 København K.
Tlf. 33 12 24 21
E-mail: kongensnytorv@
colosseumklinikken.dk
kj@colosseumklinikken.dk

□ Mette Karlsbjerg Shiran

Gunhilds Plads 8
7100 Vejle
Tlf. 79 30 12 21
E-mail: info@mette-shiran.dk
www.mette-shiran.dk

□ Thomas Harnung

M. D. Madsensvej 9, 1.
3450 Allerød
www.endo-henvisning.dk
Tlf. 48 17 27 16
Ortograd endodonti


□ Otto Schmidt

Store Torv 6, 3. sal
8000 Århus C
E-mail: info@ottoschmidt.dk
www.ottoschmidt.dk
Ortograd – og kirurgisk endodonti

Younes Alipanah,

Specialtandlægeuddannet i
endodonti fra Shiraz Universitet

□ Marianne Holst-Knudsen

Engløbet 8, 2730 Herlev 
Tlf: 44 94 16 16
www.herlevtandlaegerne.dk

□ Søren Grønlund

dinTANDLÆGE Fyrvej
Fyrvej 26
6710 Esbjerg V
Tlf: 75 15 06 00
rtg@fyrvej.dk
www.fyrvej.dk

□ Thomas Hedegaard
Storegade 3, 8382 Hinnerup
Tlf. 86 98 56 26
E-mail:
henvisning@storegade3.dk
www.storegade3.dk
Ortograd og kirurgisk endodonti

□ Tom Lykke Gregersen
Perlegade 13
6400 Sønderborg
Tlf. 74 42 84 42
www.perletand.dk

□ Kasper Holm-Busk
Klinik: Birgitte Emborg
Hersegade 7E
4000 Roskilde
Tlf. 46 35 12 07
E-mail: info@emborg.nu
www.emborg.nu

□ Vitus Jakobsen
Tandlægerne Det Gule Pakhus
Havnepladsen 3b
5700 Svendborg
Tlf. 62 21 20 09
E-mail: info@tdgp.dk
www.tdgp.dk

□ Mads Juul
Risskov Tandklinik
Dybbølvej 25, 8240 Risskov
Tlf. 86 17 83 22
henvisning@risskovtand.dk
www.risskovtand.dk

Sune Demant
Amager Tandklinik
Amagerbrogade 175, 1. sal
2300 København S
Tlf: 32 55 13 00
www.amagertandklinik.dk
mail@amagertandklinik.dk

ÆSTETISK TANDPLEJE

□ John Orloff
Hausergaarden
Æstetik * eget dental lab.
Se under behandlingscentre
www.hausergaarden.dk

□ Jan F. Thomsen
□ Peter Lindkvist
Colosseumklinikken
Kongens Nytorv
Østergade 1
1100 København K
Tlf. 33 12 24 21
E-mail: kongensnytorv@
colosseumklinikken.dk
jt@colosseumklinikken.dk
pl@colosseumklinikken.dk

□ Nicolai Yde
Klinik for æstetik, implantater
og rekonstruktion
Hovedvagtsgade 4
1103 Kbh. K
Tlf. 33 14 62 78
E-mail: klinik@nicolaiyde.dk
www.nicolaiyde.dk

FLÜGGE DENTAL

Vi skaber smil hver dag

Digitale aftryk

fra Trios

Monolitiske/ Fræste kroner i Zirkon eller E.max

- Basis u/model fra 867,- kr.
- Plus u/model fra 1.020,- kr.

Se evt. vores hjemmeside www.flugge-dental.dk

Købmagergade 5 · 1150 København K
Tlf. 3315 1780 · mail@flugge-dental.dk · www.flugge-dental.dk

STILLINGSANNONCER

Henvendelse angående

rubrikannoncer:

Tina Andersen, tlf. 33 48 77 33,

e-mail: ta@tdl.dk

Pris:

Stillingsopslag kr. 34,75 pr. spalte mm.

Stillinger søges kr. 25,75 pr. spalte mm.

Køb og salg kr. 26,75 pr. spalte mm.

Brugtbørsen kr. 22,50 pr. spalte mm.

Farvetillæg 10% + moms. Bureau-
provision ydes ikke for annoncer indrykket
gennem bureau.

Billetmrk.-annoncer:

Ekspeditionsgebyr kr. 375,-

+ moms.

Stillingsopslag i udlandet

modtages ikke under billetmrk.

Sidste frist for indrykning af

rubrikannoncer:

TB 1 2018: 10/1

Udkommer: 27/1

TB 2 2018: 7/2

Udkommer: 24/2

Ansættelseskontrakter for ansatte tandlæger:

Ifølge loven skal du som ansat
have en ansættelseskontrakt, der
beskriver alle relevante forhold for
ansættelsen.

Offentligt ansatte tandlægers
ansættelseskontrakt skal henvise
til den relevante overenskomst,
mens lønnen som regel vil fremgå
af en særskilt lønftale. Lønftalen
indgås af Tandlægeforeningen
efter aftale med dig.

Privat ansatte tandlæger har
ingen gældende overenskomster,
men når du bruger Tandlæge-
foreningens standardkontrakter,
bliver lovens betingelser opfyldt.
Kontakt altid Tandlægeforeningen,
inden du skriver kontrakten under.
Læs mere om ansættelseskontrak-
ter på Tdlnet.dk



STILLINGER TILBYDES

Offentlig ansættelse



SPECIALTANDLÆGEUDDANNELSEN 2018

Fire uddannelsesstillinger ved den 3-årige kliniske
specialtandlægeuddannelse i Ortodonti, Odontologisk
Institut, Københavns Universitet.

Krav

Tandlægeuddannelse, mindst 2 års fuldtids beskæftigelse
med praktisk, klinisk odontologi (mindst 1 år børne- og
ungdomstandpleje) svarende til 1440 timer samt doku-

menteret tilladelse til selvstændigt virke. Gennemført
Cone Beam CT-kursus foretrækkes.

Ansøgningsfrist

7. januar 2018.

Læs det fulde opslag og søg på

www.jobportal.ku.dk

KØBENHAVNS UNIVERSITET



STILLINGER TILBYDES

Privat ansættelse

TANDLÆGE SØGES

Tandlægerne Torvet 9, Silkeborg, søger en tandlæge, som har lyst til at tage rollen som vigtig medspiller i vores driftige team. Stillingen er for nuværende på 20-22 timer/uge, men da vi har positiv tilgang af patienter, forventer vi, at kunne udvide stillingen indenfor et års tid.

For den rigtige person vil kompagniskab på længere sigt være en mulighed.

Vi har til huse i moderne lokaler i hjertet af Silkeborg, og klinikens lyse og indbydende indretning er til stor daglig glæde for både patienter såvel som medarbejdere. Vores dygtige og engagerede team er bestående af 3 tandlæger, 2 tandplejere, 4 klinikassistenter og 1 klinikassistentelev.

Klinikken er en **alsidig midtby-praksis**, med Dental Suite journalsystem, integreret IP telefoni, online booking og velkomstterminal, Digora røntgen og Soradex Panoramarøntgen. I foråret 2017 deltog vi som **testklinik for DDKM**.

Vi tilbyder vores patienter alle former for almene tandbehandlinger samt implantatbehandling ad modum Straumann.

Vi søger en tandlæge, hvor **kvalitet og omhyggelighed er helt essentielle parametre**, både hvad angår behandlinger og journalisering. Vi sætter den faglige barre højt, hvorfor du kan forvente en løbende og åben dialog med os omkring diagnostik, behandlingsplanlægning og journalisering.



Livslang læring er vigtig, og vi har en forventning om, at du som ansat tandlæge prioriterer efteruddannelse. Vi forventer, at du vil arbejde efter devisen, at **give den bedste minimale behandling, med største kliniske effekt til en overkommelig pris for patienten**.

Vi leder ikke bare efter en tandlæge, men vi leder efter **den helt rigtige tandlæge**. En tandlæge, som har lyst til at engagere sig i vores klinik, og som er serviceminded og ansvarsbevidst. Du skal **brænde for faget**, være omgængelig, mødestabil, omstillings- og udviklingsparat, og gerne besidde god portion humor. Af logistiske hensyn ser vi helst, at du er bosiddende i eller i nærheden af Silkeborg. Erfaring er et ønske, men ikke et must.

Kan du se dig selv i denne stilling, så send os din ansøgning og CV asap på mail: cdt@torvet9.dk
 Ansøgningsfrist torsdag 4. januar 2018
 Samtaler forventes afholdt i uge 2.

**Tandlægerne
Torvet 9**

DIG OG DINE TÆNDER I CENTRUM

Torvet 9, 1.sal · 8600 Silkeborg · Tlf. 86 82 32 11

Besøg vores hjemmeside og læs mere om os på www.torvet9.dk

QUICKANNONCER

Gå ind på Dentaljob.dk og se alle aktive jobopslag

Erfaren tandlæge til superklinik i København

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 5496

Vil DU være specialtandlæge i Ortodonti?

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9526

Tandplejer søges Køge

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9622

Tandlæger søges til stor klinik i Thisted

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9623

Tandplejer søges til stor klinik i Thisted

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9624

Klinikassistent Er du vores nye kollega?"

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9625

Tandlægerne Torvet 9 søger kvalitetsbevidst og dygtig tandlæge

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9626

Receptionist/klinikassistent søges til klinik i rivende udvikling

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9630

Tandplejer 24 timer pr. uge med fokus på Invisalign tandregulering

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9631

Tandplejer til travl klinik

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9632

Tandplejer til Århus C

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9633

Tandplejer i Videbæk vest for Herning

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9634

Tandplejer søges

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9636

Tandplejer søges

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9637

½ - års vikariat i Århus - snarest

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9638

Kvalitetsbevidst og erfaren tandlæge søges med mulighed for kompagniskab

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9639

Tandplejer - Holte Midtpunkt

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9640

Vi mangler stadig en tandlæge til travle klinikker i Bogense og Odense C

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9642

Erfaren tandlæge med erfaring og lyst til kirurgi

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9644

Tandlæge med Jus søges til privat praksis i Holbæk

Find mere om stillingen på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9645

Klinikassistent Aarhus CFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9648

Dygtig tandplejer søges til klinik i aarhusFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9649

Tandlæge til Næstved kommunale TandplejeFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9650

Dygtig erfaren tandlæge søges til klinik i Aarhus CFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9651

Specialtandlægeuddannelse i OrtodontiFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9652

Svendborg Kommunale Tandpleje søger tandlægerFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9653

Tandplejer. Er det dig vi leder efter?Find mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9654

Stor klinik i Sønderborg søger erfaren TandplejerFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9655

Godt Smil søger tandplejer til EsbjergFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9656

Nyoprettet alsidig tandplejerstillingFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9657

Censorater i CensorkorpsetFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9658

**Tandplejer til henvisningspraksis
i Parodontologi Århus C**Find mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9659

**2 erfarne klinikassistenter søges til moderne
klinik på Amager (fuldtid eller deltid)**Find mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9662

**Tandlæger til vikarstillinger -
Dragør Kommunale Tandpleje**Find mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9663

**Erfaren tandplejer søges til en spændende
klinik ved Kongens Nytorv, KBH K**Find mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9664

Tandlæge søges til større klinik på SydsjællandFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9665

Tandplejer med høj faglighed søgesFind mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

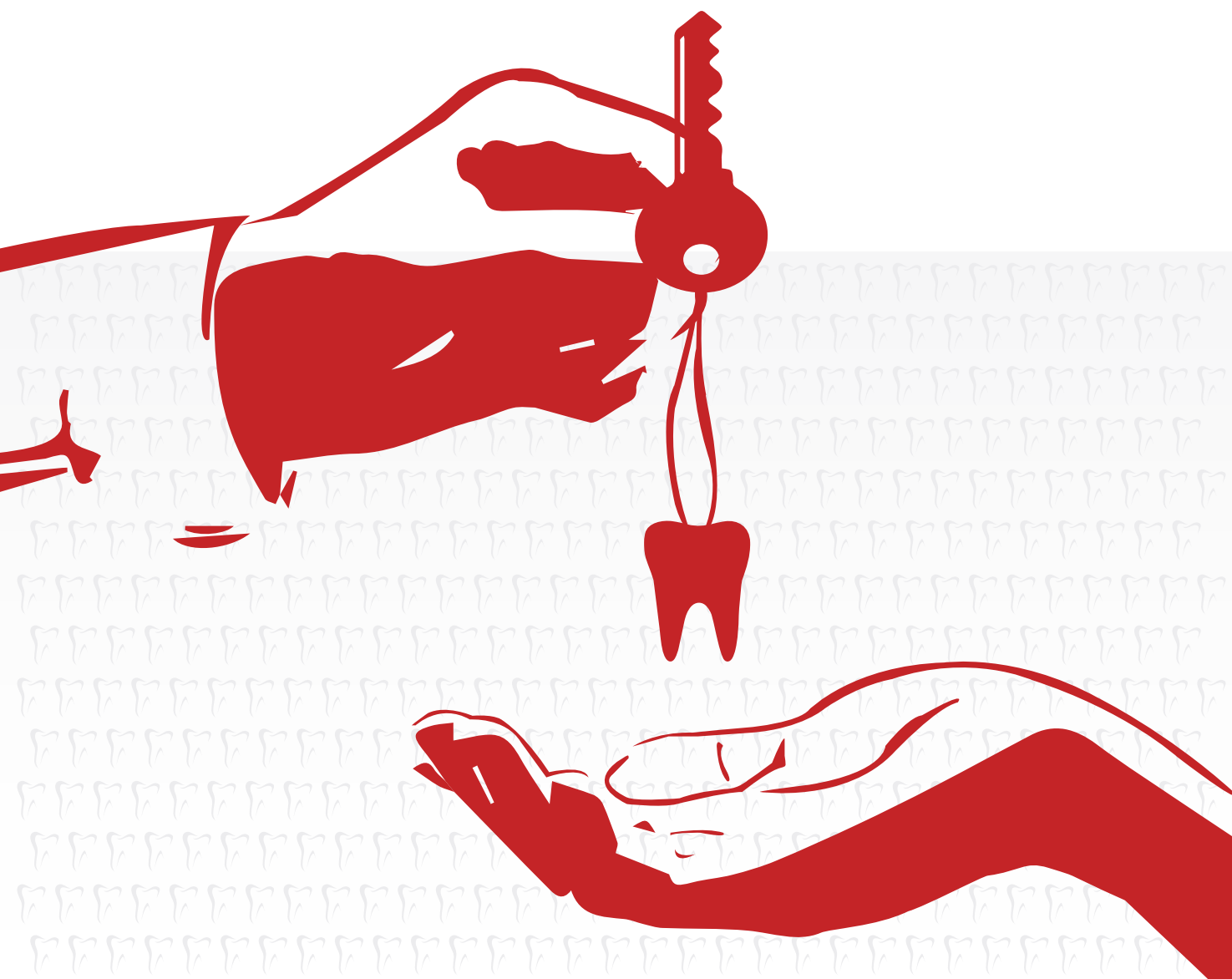
Quick nr. 9666

**Er du tandlæge med mod på ledelse?
Bliv filialkliniker for Børn- og
Ungetandplejen på Abildgård**Find mere om stillingen
på www.dentaljob.dk

Quick nr. 9668

Skal du sælge din klinik?

Som medlem af Tandlægeforeningen kan du gratis vise din klinik frem på Praksisbasen.dk.



KØB OG SALG

Bliv klinikejer!

Andel af veldrevet gruppepraksis på Fyn sælges.
Pænt overskud og stor patienttilgang.
Egne pæne lokaler med lave omkostninger.

Billetmærke: 467 til Tandlægebladet.

KLINIK SØGES

Leje, samarbejde eller køb.
Området mellem Kolding og Randers.
Gerne uden patienter.

*Ring 51 60 04 69
eller asger@moenster.dk*

Klinik i Aalborg sælges

Tandlægeklinik i Aalborg Centrum sælges

- Klinikken har høj omsætning
- Særlig velbeliggende centralt i Aalborg
- Potentiale for at øge omsætningen
- Klinikken drives fra lejede lokaler
- Stabil og god drift
- Godt omdømme

Kontakt Jens Nørgaard
for salgsmateriale og
yderligere oplysninger



Jens Nørgaard
Statsautoriseret revisor
+45 41 86 57 34
jno@redmark.dk



Statsautoriseret Revisionspartnerselskab

Aalborg | Aarhus | København redmark.dk

Dental Consult ApS

v/ Ken Kürstein

Strandvej 22 · 4220 Korsør · M: 20 20 92 12
kk@DentalConsult.dk · www.DentalConsult.dk

**Vores særlige kompetencer er:**

- Handel med Tandklinikker (klinikmægler)
 - Ejerskifte og Generationskifte af Tandlægeklinikker
 - Køb og Salg af tandklinikker
 - Sælgerrådgivning
 - Salgsopstillinger (prospekt)
 - Køberregister (potentielle købere)
- Sælgerkartotek (potentielle sælgere)
- Finansiering af klinikker og udstyr www.Kapital-Coach.dk
- Forretningsudvikling af tandklinikker, ring og hør mere
- Rekruttering af tandlæger, tandplejere og klinikassistenter

Køb/salg klinikker

Goodwillberegning
Rådgivning ved køb & salg,
generationsskifte m.v.

Klinik
BØRSEN

Bente Carstensen
Dr. Tværgade 44, st.th.
1302 København K
Tlf. 70 20 69 79

E-mail: bc@klinikborsen.dk
Web: www.klinikborsen.dk

LEVERANDØRHENVISNINGER

Henvendelse angående leverandørhenvisninger: Michael Jessen hos DG Media på michael.j@dgmedia.dk og tlf. 33 70 76 45

Pris: kr. 20,75 + moms pr. spalte-mm. Farvetillæg + 10%. Standardannonce kr. 300,- pr. gang. Der faktureres for et halv år ad gangen den 1. juni og den 1. december.

Rubrikannoncerne er delt op i følgende hovedgrupper: Advokater • Banker • Dental-laboratorier • Hygiejne • Instrumenter • Klinik- og kontor-

inventar • Klinikudstyr • Kompressorer • Rengøring • Revision • Service & reparation • Tandplejemidler • Vikarservice • Øvrige

ADVOKATER

ADVOKATFIRMAET

HOLCK-ANDERSEN & TYGE SØRENSEN
NIELS GADE Advokat (H)
NYHAVN 6 · DK · 1051 KBH K
TLF: 33 11 93 13 · M: ng@adv-nyhavn.dk

Lou Advokatfirma

att: Adv. Carsten Jensen
Østergrave 4, 8900 Randers
Tlf. 70 300 500
cj@louadvokatfirma.dk

HECTOR
ADVOKATFIRMA

Advokat Martin Hector

Erhvervsret, virksomhedsoverdragelse, herunder praksisoverdragelser, generel selskabsret og ejendomshandler.
Indiavej 1, 2100 København Ø, tlf. 33155050, e-mail mh@hps-law.dk, www.hps-law.dk

TANDLÆGERNES
ADVOKAT

WWW.TANDLÆGERNESADVOKAT.DK

V. PETER BJERRE BØYSTRUP
DALGAS AVENUE 42
8000 AARHUS C

T: 50702707
E: pbb@rodstenen.dk
CVR-nr. 10648432

Tandlæge
foreningen

DENTALLABORATORIER

Nordjylland

Aalborg

Dentallaboratorium ApS

Vesterbro 72, 9000 Aalborg
Tlf. 98 12 53 88

Sjælland

Roskilde Orto-Teknik ApS

Algade 27, 1. sal, 4000 Roskilde
Tlf. 46 32 09 69, Fax 46 32 09 89
www.rot.dk, info@rot.dk

Storkøbenhavn

SupraDent

DENTALLABORATORIE ApS.
Nørre Farimagsgade 33, 1.th.,
1364 København K.
Tlf. 4587 0123
www.supradent.dk

FLÜGGE DENTAL

Vi skaber smil hver dag

FASTPROTEKTIK • IMPLANTAT LØSNINGER • TRIOS READY
Købmagergade 5 · 1150 Kbh. K · Tlf. 33151780 · www.flugge-dental.dk

HYGIEJNE

Safe Sterilization ApS

Strandagervej 27, 4040 Jyllinge
Tlf. 70 23 13 13 • Fax 70 23 12 13

KLINIKUDSTYR – INDRETNING – INVENTAR

Rectus ApS

Engtoften 11-13
8260 Viby J.
info@rectus.dk
www.rectus.dk



PLANMECA
Jydekrogen 16 · 2625 Vallensbæk
Tlf. +45 2041 5254 · Fax +45 4615 5248
www.planmeca.com

REVISION – ADMINISTRATION



pwc
Revision. Skat. Rådgivning.



Et stærkt alternativ!
PROLØN
Tlf. 87101930 · Fax 86423795 ·
proloen@proloen.dk · www.proloen.dk

Deloitte.

Klinikformidling

- Klinikdrift - fokus på optimering
- Salg af klinik - individuel rådgivning
- Køberrådgivning - fra tanke til køb
- Livslang sparring
- Besøg os på www.klinikformidling.deloitte.dk

Mere end 2.000 tandlæger og læger benytter Deloitte i Danmark.

Per Freitag - +45 30 93 47 51 - pfreitag@deloitte.dk

SERVICE & REPARATION

GOD SERVICE ER ET SPØRGSMÅL
OM TRYGHED OG TILLID!

Autoriseret service af Heka,
Sirona, KaVo og Planmeca
Røntgenautorisation
Klinikindretning
CEREC CAD/CAM-systemer

**FISKERS
DENTAL SERVICE**

Fiskers Dental Service A/S
Broenge 1-9 · 2635 Ishøj · Tlf. 4361 1844
www.fiskers-dental.dk

TePe

– Dansk Tandprofylakse

Staktoften 8, 1.

2950 Vedbæk

Tlf. 33 24 34 13

E-mail:

dansk.tandprofylakse@post.uni2.dk

www.dansk.tandprofylakse.dk

Tandbørster og tandstikker

**Eurocard til
reduceret pris**

Som medlem af Tandlægeforeningen kan du få Eurocard Classic, Eurocard Guld og/eller Eurocard Corporate til en særlig attraktiv pris.

Ring til Tandlægeforeningen på 70 25 77 11 og hør mere om tilbudet.



Eurocard, Park Allé 292
2605 Brøndby, www.eurocard.dk

TANDPLEJEMIDLER

Curaden Scandic ApS

Theilgaardsgade 5
4600 Køge
Tlf. 70 26 81 70
info@curaden.dk
www.curaden.dk

CURAPROX

VIKARSERVICE

+ DEN LILLE TANDFE

VIKARBUREAUET
FOR KLINIKASSISTENTER
OG TANDPLEJERE

- Erfarne klinikassistenter og tandplejere
- TryB4Hire
- Rekruttering
- Dækker hele Danmark

Kontakt os på
70 20 40 24
info@denlilletandfe.dk

Læs mere på:
denlilletandfe.dk

Vikartoteket

Vikarbureauet
for klinikassistenter

- Landsdækkende Vikarservice
- Nu også for Tandplejere
- Lidt billigere
- Ring fra kl. 6.00 på tlf. 46 73 30 60

www.vikartoteket.dk

ØVRIGE

**DENTAL + LEASING
FINANSIERING****HINGE** | Ledelsesrådgivning

Fra kontakt til kontrakt på få dage
bh@hinge.nu • Telefon +45 20 98 97 57
www.hinge.nu • LinkedIn / Bodil Hinge



HINGE har bistået et stort antal tandlægeklinikker med fremskaffelse af markedets skarpeste finansieringspriser og vilkår. Ring eller send en e-mail, når det gælder investeringer i klinikens dentale udstyr, indretning og it-systemer.

”Det er det vildeste, jeg har gjort

JULIE CHRISTIANSEN / 27 ÅR

Du er kun 27 år og nu kliniker. Det lyder som en målrettet karriereplan?

– Nej, slet ikke. Hvis nogen havde sagt til mig, da jeg blev ansat i januar, at jeg skulle blive kliniker ni måneder senere, havde jeg grinet højt. Jeg vidste, jeg gerne ville det, men altså først om 10-15 år. Men så kom muligheden, og jeg greb den. Nu sidder jeg så her. Det er virkelig helt vildt, og det er helt klart det vildeste, jeg nogensinde har gjort. Nogle gange, når jeg vågner, så føler jeg, at jeg er vågnet fra en syret drøm om, at jeg havde en klinik, og så kommer jeg i tanke om, ah ja, det har jeg jo.

Føler du, at du har den faglige ballast til at stå med ansvaret for en klinik?

– Det håber jeg, og jeg håber, jeg vokser med det ansvar, der ligger på mig. Men egentlig er det ikke det faglige, der er den største udfordring. Det er alt det administrative. Der er utrolig mange ting, man skal sætte sig ind i, og man skal være god til at have mange bolde i luften og holde tungen lige i munden. Og det med at være leder, det tror jeg ikke nødvendigvis har noget med alder at gøre. Det er noget, man har i sig. Det er klart, det er en kæmpe mundfuld at blive kliniker, og det er et stort ansvar at tage på sig. Men det er også en fed oplevelse. Hårdt, men fedt.

Hvordan klarer du det?

– Jeg er så heldig, at jeg har et fantastisk personale, og de har hjulpet mig helt vildt meget efter overtagelsen. Jeg fornemmer, at de også rigtig gerne vil have det til at lykkes, og det giver lyst og mod. Jeg bruger min tidligere chef, Nadia Østergaard, som mentor, og det er også en god støtte. Men jeg kunne heller ikke gøre det uden min dygtige revisor og advokat, som har haft forståelse for, at det var en unik situation, og at jeg havde tusind spørgsmål. Jeg var jo slet ikke forberedt på det her.

Hvorfor sprang du ud i det?

– Fordi det er en god klinik med en god størrelse og et fantastisk team. I starten var der faktisk kun tale om en halvdel, men så opstod muligheden for at købe hele klinikken, og der havde jeg fået blod på tanden. Jeg ringede til min revisor og spurgte, om han mente, jeg kunne klare det. Ja, Julie, sagde han, og så sagde jeg: Vi gør det!

CV:

- 2015: Uddannet fra Tandlægeskolen i Aarhus
- 2015-17: Ansat hos Tandlægerne Roslev i Region Midtjylland (Roslev er en praksiskommune, red.) samt på samme klinikers klinik i Karup.
- Jan. 2017: Ansat hos Tandlægerne Postvænget i Aabybro i Nordjylland
- Sep. 2017: Kliniker, Tandlægerne Postvænget

» Det er en fed oplevelse. Hårdt, men fedt

Et smukt og funktionelt nordisk design

Balance - når instrumentet hviler perfekt i hånden. Optimal bevægelsesfrihed og minimal belastning. På UnicLine S unitten indstilles fjedersystemet individuelt til hvert instrument, så den bedst mulige balance opnås.



Tag kontakt til en autoriseret
Heka Dental forhandler:

Sjælland:

Dentalmontering: 4492 4425

Dentotal: 7020 3280

DentSupport: 7023 3121

Focus Dental Service: 4056 5008

JTA Dental: 4492 5400

Scandinavisk Dentservice: 4343 0039

Vestsjællands Dental: 4058 8397

Wessels Dental: 3255 6544

Fyn:

DentSupport: 7023 3121

Fyns Dental: 6592 6977

Dental Kompagniet: 7070 7770

Jylland:

AB Dental: 8681 4800

Dental 2000: 8622 1721

Dentalværkstedet: 2082 2138

DentSupport: 7023 3121

Vestjydsk Dental: 9742 4044

Østjydsk Dentalteknik: 4034 0009

UnicLine S

by heka dental





MyScan – en aftale uden binding

Med Plandents MyScan-aftale behøver du ikke købe din nye 3D scanner nu.

Du kan betale et opstartsbeløb og resten kører som månedlige ydelser over tre år.

Hvis digital scanning ikke er noget for dig, bestemmer du selv, hvornår du stopper. Bliver du til gengæld grebet af det, kan du efter tre år vælge at fortsætte aftalen, købe din scanner eller opgradere til en ny.

Det er op til dig!

Kom til gratis Infomøder

Hør meget mere om MyScan når vores CAD/CAM-eksperter, Carsten Rathlou og Sabina Gregersen holder informationsmøder.

Tilmeld dig på 43 66 44 14 eller via webshop.plandent.dk/kurser/cadcam-kurser



Plandent

Fiskers • Dentronic • DentalSuite