



«DEN NYE NORMALEN»

I skrivende stund, 10. september, utvikler Covid-19 pandemien seg som ventet med lokale smitteutbrudd forskjellige steder i landet. Flere tester positivt, og et betydelig antall er i karantene; 2500 bare i Fredrikstad/Sarpsborg. Myndighetene planlegger ikke nye nasjonale tiltak, men satser på at kommunene slår ned utbruddene med smittesporing og lokale restriksjoner og nedstengninger. Hittil har det gått bra.

Vi vil alle måtte leve med dette i måneder og kanskje år framover. Det blir «den nye normalen» som også vi kjeveortopeder må forholde oss til. Det vil påvirke oss på flere måter.

Pasienttilgangen kan bli ujevn. Kjeveortopediske behandlingsbehov er sjelden akutte. Noen tannleger vil kanskje nøle med å henvise, og noen foreldre vil vente med å oppsøke kjeveortoped, så en del barn vil komme seinere i gang med behandlingen enn optimalt. Vi må forvente færre henvisninger under pandemien, og et oppdemmet behov når den er over. Der det kommer lokale smitteutbrudd, vil alle virkninger forsterkes fordi mange er i karantene og engstelsen i befolkningen øker. Det kan bli utfordrende å skulle tilpasse praksisens kapasitet og bemanning til skiftende behov.

Avbestilte timer vil det sikkert bli flere av når høsten og vinteren kommer og mange får forkjølelssymptomer som kan forveksles med Covid-19. Da gjelder det at vi har planlagt timeboka på en måte som gjør at vi har ledige timer raskt og ikke får for mange langvarige behandlinger med uheldige bivirkninger og dårligere sluttresultat. Vi må være på vakt.

Pasienter eller ansatte som tester positivt vil også noen av oss oppleve. Da må vi ha en plan for testing, karantene og eventuell midlertidig stenging av kontoret. Det er ikke noe vi skal måtte håndtere uforberedt. Selvsagt vil dette også kunne bli en økonomisk utfordring for praksiseiere.

Faglig påfyll blir viktigere jo lenger pandemien varer. Nå er så godt som alle kurs og kongresser avlyst eller flyttet til internett. Det er bedre enn ingenting, men ikke godt nok på sikt. Våre leverandører har ressurser til å arrangere webinarer o.l., og det skal vi ta imot med takk, men det er ikke bra at kursvirksomheten til våre foreninger og fakulteter ligger nede for lenge. Vi trenger deres



«Still crazy after all these years» skrev Ingunn Berteig da hun la ut dette bildet av sin studiegruppes siste møte på Facebook. Å dele et måltid og diskutere fag og kasus med gode kolleger er alltid lærerikt og trivelig!

faglig nøytrale kursholdere som motvekt til leverandørenes mer markedstilpassede budskap.

Fagmiljøet lider når vi ikke lenger møtes på små og store kurs og kongresser i inn- og utland. Det gode faglige og sosiale samholdet vi norske kjeveortopeder med rette er så stolte av, trenger næring for ikke å visne. Jeg håper NKF og andre vil finne løsninger som gjør at vi snart igjen kan møte venner og kolleger, prate fag og hygge oss sammen.

Inntil det igjen blir mulig, er mitt beste råd å holde liv i studiegruppene jeg vet mange kjeveortopeder har. De bør nå møtes oftere, ikke sjeldnere! Den risikoen må vi ta.

Og til dere som ikke er med i en studiegruppe: Ta kontakt med kolleger og opprett en! Et slikt initiativ vil sikkert bli godt mottatt, og dere vil ha nytte og glede av gruppa lenge etter at koronapandemien er gått over i historien! Lykke til!

Tor T

TIPSET

Når en pasient flytter

Når en pasient flytter kan du som Orthodontis-bruker bare kontakte oss i Orthodontis, så overfører vi alle journalopplysninger, behandlingsplan, fotos, røntgen m.m. til pasientens nye Orthodontis-kjeveortoped. Alt går elektronisk fra ditt Orthodontis til kollegaens Orthodontis. Og pasienten blir i Orthodontis-familien!



KOMMENTAREN

Om Gruppe C og helseforvaltning

Når «makta ter seg»

Dette er ikke en fortelling om Gruppe C og refusjonsreglene. Dette er en konkret tidslinje som belyser hvordan helsebyråkratiet manøvrerte da Gruppe-C endringene skulle innføres.

Juli 2017

Utredningen «Kjeveortopedi – kriterier for stønadsberettiget behandling» blir utgitt av Helsedirektoratet. Utredningen er unntatt offentlighet. Hvorfor?

Mars 2018

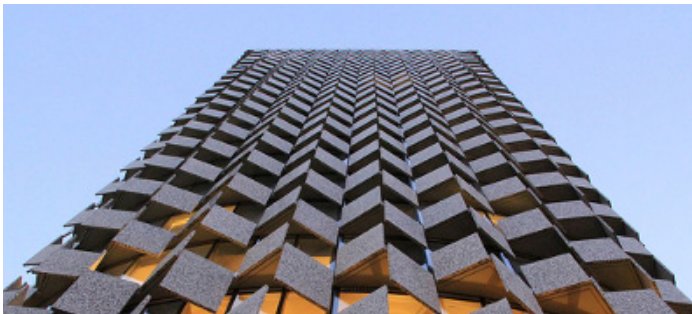
Utredningen blir offentlig. Hovedbudskapet er at refusjonen kan fjernes for alle pasienter i Gr C fordi avvikene er ubetydelige og ikke får offentlig stønad i Sverige og Danmark.

Mai 2018

Jeg sender klage på Helsedirektoratets utredning til direktoratet (HD) med kopi til helsedepartementet. I klagen viser jeg at alle avvik i Gr C, ifølge dansk og svensk regelverk, som er trykket som appendix i HD-utredningen, kan behandles gratis i Sverige og Danmark.

Juni 2018

Jeg mottar en to-linjers standard bekreftelse fra HD om at klagen er mottatt. Ikke noe mer.



Juni 2019

Jeg får brev på 3 linjer fra Helsedepartementet (HOD) som viser til HD's brev til meg. De skriver at HD vil fortsette dialogen med meg (ingen dialog har funnet sted hverken før eller etter brevet).

Oktober 2019

Kollega Morten Helgeland sender brev til statsråd Bent Høie og etterlyser svar på min klage.

Januar 2020

Endringene i Gr C innføres.

Mai 2020

Morten får svar fra Høie der han viser til HD's svar til meg datert 05.06.18 og HOD's svarbrev juni 2019. Han skriver at HD overfor ham har sagt at de i utredningen «har oppgitt alle kilder» og at «opplysningene i utredningen er innhentet fra statlige og regionale myndigheter i våre naboland». Men min klage påviste at det ikke var samsvar mellom disse opplysningene (trykket i appendix) og konklusjonene i utredningen. Det kommenterer Høie ikke.

Juni 2020

Morten sender nytt brev til Høie der han ber om at HD's korrespondanse med meg blir framlagt. Det blir interessant å se om han får svar, men det er jo ikke viktig lenger. Endringene i Gr C er jo gjennomført.

At brevveksling omkring en klage skal ta flere år, slik at det klages på er vedtatt og gjennomført for lengst når/ hvis man til slutt oppnår kontakt, er ikke god forvaltningspraksis. Kan det være at dette er en effektiv taktikk i mange slike saker? Jeg bare spør...

Tor T.

VI SER FREM TIL Å HØRE FRA DEG



Ragnhild Erlandsen
 Territory Manager Norway
 MOBILE
 +47 9417 6677
 E-MAIL
 ragnhild.erlandsen@ormco.com



Bård Westbye
 Sales Manager Scandinavia
 MOBILE
 +47 95163999
 E-MAIL
 bard.westbye@ormco.com

SUR-FACE

Tilgjengelig
 kun hos Ormco
SUR-FACE
 AEROSOL-SUG

Laget for å fange aerosol fra tre sider

- Bonding & debonding
- Steriliserbar (121°C i autoklav)
- Kobles på 16 mm sug
- Gjenbrukbar

SMARTARCHTM
 Laser Engineered CuNiTi

Ormcos mest avanserte nivåeringsbue

- Laserbehandlet CuNiTi
- Individuelle kraftsøner
- To dimensjoner - .016 og .018x.025 med samme lave kraft

FRA FAGLITTERATUREN

Kjeveortopedisk «ekstraksjon» ved beintap

Bygger vi nytt bein?

Det har lenge framstått som en kreativ og god løsning når ei tann med beintap må trekkes, å ekstrudere den kjeveortopedisk før ex, og slik få dannet nytt bein både for å muliggjøre implantatbehandling uten beintransplantasjon og for bedre estetikk. Men hvor mye bein får vi egentlig? Kan den ekstra kjeveortopediske behandlingen forsvares?

Jeg har over mange år sett flere imponerende kasus presentert på kurs og i tidsskrifter, men de har alltid kun vært kasuistikker med todimensjonale røntgenbilder. Nå er det kommet en vitenskapelig undersøkelse med 3D-røntgen som kaster nytt lys over problemstillingen:

«Alveolar ridge alterations in the maxillary anterior region after tooth extraction through orthodontic forced eruption for implant site development: a clinical CBCT study»; Papadopoulou AK et al, EJO Volume 42, Juni 2020.

Ved tanntap i overkjevens front er det avgjørende for vellykket implantatbehandling at det er nok bein i området. Dette er viktig både for implantatets stabilitet over tid (overlevelse) og for god estetikk på kort og lang sikt. Ved en tradisjonell ex vil man alltid miste noe bein, mens en ved kjeveortopedisk ekstrusjon før ex mener å kunne øke beinmengden og høyden på alveolarkammen.

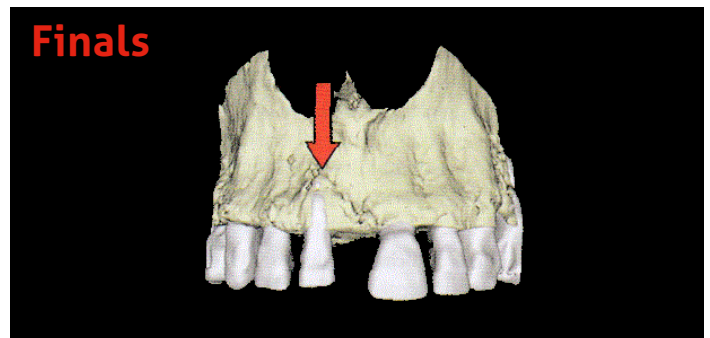
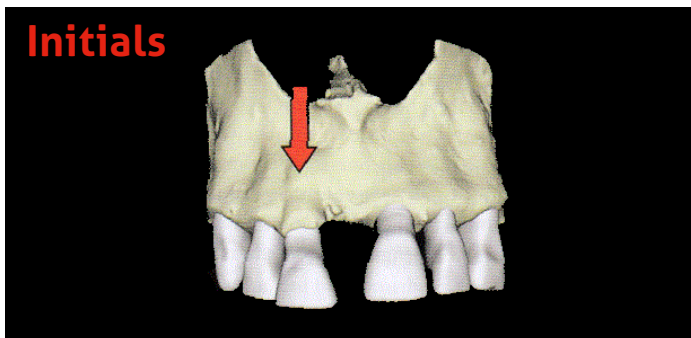
I denne prospektive kliniske undersøkelsen har man vha av CBCT målt hva man oppnår på alle tannas fire flater. Resultatene er ikke oppmuntrende. Man får nydannet bein palatinalt og approximalt, men labialt, der det er viktigst, mister man mer bein enn ved en tradisjonell ex. Tallenes tale er klar: Man mister i snitt ca 2 mm alveolarkamhøyde, i en del kasus betydelig mer. Beintapet er stort nok til at det vanskeliggjør plasseringen av implantatet (det kan

ikke settes langt nok labialt), og det blir umulig å lage estetisk tilfredsstillende protetik. I 35 % av tilfellene hadde man etter ekstrusjon og ex ikke nok bein, og pasienten måtte få beintransplantasjon eller konvensjonell broprotetik. Dette medførte at undersøkelsen ble stoppet av etiske grunner for ikke å utsette flere pasienter for unødvendig behandling. Derfor ble antall pasienter i undersøkelsen langt lavere enn planlagt.

Forklaringen på beintapet labialt er både anatomisk og biomekanisk. Anatomisk er beinet ofte svært tynt labialt, og undersøkelsen viste da også at beintapet var korrelert til beintykkelsen før ekstrusjon. Ekstrusjonen ble utført med konvensjonell labial kjeveortopedisk apparatur, noe som gir et rotasjonsmoment med trykk labialt på rotoverflaten (bein resorberes) og strekk palatinalt (bein nydannes). Funnene var altså som forventet ut fra velkjent biomekanisk og beinfysiologisk kunnskap.

Dersom «kjeveortopedisk ekstraksjon» skal kunne bli et nyttig behandlingsalternativ i fronten, må det utvikles gunstigere biomekaniske løsninger, og det bør begrenses til tenner med god beintykkelse over røttene. Til dette er på plass og dokumentert vitenskapelig, bør en tenke seg om minst to ganger før metoden benyttes.

Hvorvidt det er en god løsning andre steder i tannsettet, sier undersøkelsen ikke noe om.



Kjeveortopedisk ekstrusjon har medført beintap og blottlagt rotoverflate labialt på 11. Krona er slipt kortere etter som tanna ble ekstrudert.

3M Science.
 Applied to Life.™

Transbond™ Plus Self Etching Primer

“By reducing the number of steps during bonding, clinicians can save time as well as reduce the potential for error and contamination during the bonding procedure” Bishara, Angle Orthodontist, Vol 75, No 2, 2005

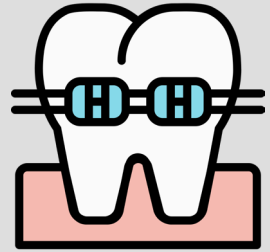
Bra sagt i 2005. Like relevant i dag.

3M Oral Care. www.3m.no/ortho 3m.ortho.no@mmm.com



ORTHODONTIS-APPEN: EN INTERAKTIV REVOLUSJON!

- Pasientene kan selv endre timeavtaler og bestille akutt-timer i appen
- De gjør det når det passer for dem
- De slipper irriterende telefonkø
- De opplever bedre service
- Resepsjonen avlastes
- Antall telefoner til praksisen reduseres drastisk
- Stress og travelhet i resepsjonen elimineres
- Resepsjonisten får frigjort tid til andre oppgaver
- Lønnsutgifter til resepsjonist kan reduseres



Tannregulering

Det er timeboka i Orthodontis som gjør det trygt å la pasientene slippe til uten at de ødelegger arbeidsdagen din i klinikken. Orthodontis-brukerne tar nå i bruk appen og får fordelene fra første versjon. Ny og spennende funksjonalitet kommer i senere versjoner. Utviklingen fortsetter!

*Nå er det tid for deg å gå over til Orthodontis i din praksis!
Orthodontis-appen er bare èn av mange gode grunner til å gjøre det...*

ORTHODONTIS ER BEST PÅ SUPPORT

- Du får direkte kontakt med de som utvikler programmet, ikke et call-senter
- Du får innflytelse på den videre programutviklingen på våre DUO-seminarer

ORTHODONTIS-KURSENE

DUO Workshops - Hands-on kurs i praktisk bruk av Orthodontis. Idèdugnad

Kurs i praksisadministrasjon for hele teamet

Praksisbesøk - Praktisk kurs og teoriseminar for hele teamet

Spesialkurs - Vi skreddersyr kurs for 1-3 klinikker etter din bestilling

KONTAKTINFORMASJON

Tlf: +47 70 23 92 00

Adresse: Strandgata 5A, 6150 ØRSTA

E-Post: post@orthodontis.no