

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 124. ÅRGANG • NR. 4 APRIL 2014



Du bestemmer!

Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på
www.tannlab.no.

FREMSTILLING

Vi tilbyr deg protetik som møter dine pasienters individuelle behov. Våre tannteknikere er meget kompetente og har lang erfaring med å utføre avansert og kompleks protetik.



RÅDGIVNING

Velger du TANNLAB som din tanntekniske partner får du valgmuligheter og råd basert på vitenskapelige anbefalinger og erfaringsbasert tannteknisk kompetanse.



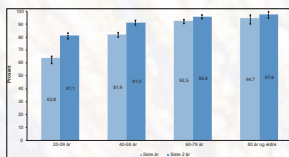
FORMIDLING

Vi kvalitetssikrer og formidler tannteknikk fra profesjonelle produsenter, lokalt og globalt, enten du velger konvensjonell eller digital fremstilling.

TANNLAB er et av landets ledende og mest innovative tanntekniske laboratorier. Laboratoriet ble etablert i 1984, og våre kunder er blant de fremste tannleger i Norge. Laboratoriet ble i 1997 sertifisert i henhold til ISO 9002 som det første tanntekniske laboratorium i Norden.

TANNLAB

fremstilling · rådgivning · formidling



276



298



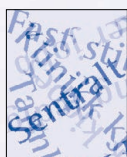
300



304



Boknytt
337



Rubrikk-annonser
343

262 **Siste nytt først**

■ **Leder**

265 Engasjement fører frem

■ **Presidenten har ordet**

267 Utdanning og arbeidsmarked

■ **Vitenskapelige artikler**

268 Hans Ragnar Preus, Odd Carsten Koldsland, Anne Merete Aass, Leiv Sandvik og Bjørn Frode Hansen. Har munnskylling med Listerine Total Care® en plakk- og gingivitt-hemmende effekt?

276 Jostein Grytten, Irene Skau og Dorthe Holst: Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge – behandlingsprofiler og tilgjengelighet til tannlegen

284 Elisabeth R. Næss, Karoline A. Moan, Nina J. Wang, Tove I. Wigen: Småbarnsforeldre og tannhelseinformasjon. Spørreundersøkelse i en barnehage i Oslo

291 **Bivirkningsskjema**

■ **Aktuelt fag**

294 Totalkostnader for periodontal behandling basert på data fra en spesialistpraksis

■ **Doktorgrad**

296 Simen E. Kopperud: Hvorfor holder noen fyllinger lenger enn andre?

■ **Aktuelt**

298 Nanoforskning for bedre tannhelse

300 Utenlandsstudenter tas inn i Oslo

302 Eldretannpleien på rett vei i vest

304 NTFs tariffkonferanse: Spenning før årets oppgjør

308 Forum for tillitsvalgte: Problemet først – så løsningen

■ **Kommentar og debatt**

315 Legelisten.no er til nytte for både tannleger og pasienter (Lars Haakon Søråas)

317 Legelisten.no trenger tilsyn

318 Tannhelsesekretærer og odontologisk lokalanestesi (Lasse Skoglund og Henning Lygre)

320 Lakris – på godt og vondt (Bjørn Joh. Fuglem)

■ **Praksisdrift**

325 Tilkallingsvakter

327 Spør advokaten: Regler for egenmelding ved sykdom

■ **Snakk om etikk**

328 Etisk råds årsberetning 2013: Stikkord: informasjon, kommunikasjon, journalføring

■ **Notabene**

330 Tilbakeblikk

331 Kurskalender

334 Personaliala

337 **Boknytt**

■ **Kurs**

339 Etterutdanning for tannleger i sedasjon med lystgass og benzodiazepiner 2014

341 Kurs i implantatprotetik

Ulikhetene jevnes ikke ut



Ungdom som ikke fullfører videregående opplæring vil med stor sannsynlighet ha dårligere helse og leve et kortere liv enn de som fullfører, skriver forskning.no. De som også tar høyere utdanning, har best helse og lever lengst av alle. Forskjeller i oppvekst og utdanning er trolig den viktigste faktoren bak forskjellene i helsetilstanden blant mennesker i Norge. Det kommer frem i en rapport som ble overlevert Helsedirektoratet i mars.

– Til tross for et nett av ordninger og tjenester i offentlig regi, som er ment å skulle utjevne sosiale forskjeller, kommer de dårligst stilte fortsatt dårligst ut, sier Espen Dahl ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Han har på vegne av en internasjonal sammensatt forskergruppe ledet arbeidet med rapporten.

Dahl mener at de mange offentlige tiltakene ikke har hatt den effekten på sosial ulikhet i helse som de var ment til.

I Norge har vi for eksempel tilnærmet full barnehagedekning. Men bruken av tilbudet viser seg å være sosialt skjevt. Dette forklarer forskerne med at kontantstøtten kommer inn som en vesentlig inntekt for de dårligst stilte familiene.

Andre tiltak er leksehjelp for elever i grunnskolen. Så langt kan imidlertid ikke forskerne si at dette har hatt noen kompensierende effekt.

Når det gjelder den videregående skolen er frafall like skjevt fordelt som ved reformen i 1994.

– Det er flott at vi har disse ordningene, men det kommer altså ikke de mest trengende til gode, sier Dahl.

Ved siden av oppvekst og utdanning, har forskerne sett på arbeidsmiljø, inntekt, helsevaner, helsetjenester og hvilke effekter dette har på forskjellene i folks helse. De har kartlagt forhold i Norge, og gjort sammenligninger med andre land.

Dahl trekker frem én ting som han mener Norge ligger bra an på, nemlig røyking.

– Med røykeloven fikk Norge en streng og stringent tobakkspolitikk, som har vist seg å fungere, i form av at færre røyker, sier han.

Undesøkelsene viser en økende bevissthet i alle sosiale lag om tobakkens negative helseeffekt, og en økende grad av vilje til å velge den bort.

Regjeringen Stoltenberg initierte i 2007 en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, og tok i 2012 initiativ til en gjennomgang av faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse.

Helsedirektoratet ga derfor Dahl mandat til å gjennomføre en kunnskapsoversikt. Det er denne som nå er lagt fram.

Rapporten inneholder en analyse av den sosiale fordelingen av helse og en vurdering av helsenivået blant de dårligst stilte, en analyse av konsekvensene av sosial ulikhet i helse, en oversikt over utviklingen i sosial ulikhet i helse og dens sosiale konsekvenser over tid, en diskusjon av forhold som påvirker og forårsaker sosial ulikhet i helse i Norge, og

en beskrivelse og analyse av norske erfaringer i et komparativt perspektiv.

Oversikten skriver også om den politikken og de samfunnsinstitusjonene som har størst betydning for sosial ulikhet i helse og forskerne diskuterer hvordan nye tiltak kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene.

PEF og SPA går sammen



På ekstraordinær generalforsamling den 17. mars ble det enstemmig vedtatt i begge foreningene, Praksiseierforeningen (PEF) og Seksjon for praksisadministrasjon (SPA) at de skal slå seg sammen med virkning fra 1. april 2014.

Bakgrunnen for sammenslåingen er et felles ønske om å skape en sterk forening slik at aktiviteten kan økes og medlemmenes interesser ivaretas på best mulig måte. Det er betydelige synergier knyttet til en sammenslåing i form av felles ledelse og økonomistyring som vil komme medlemmene til gode, skriver Magne Skomedal som er leder i PEF.

Navnet på den nye foreningen blir Praksiseierforeningen SPA, forkortet PEF SPA.

Styret i PEF SPA vil fra 1. april bestå av 10 medlemmer, hvorav to styremedlemmer kommer fra SPA, disse står ikke på valg før i 2016. Fra neste ordinære generalforsamling vil styret bli redusert til 8 medlemmer.

Uten verdi



Pasienters vurdering av behandlingen sier mer om pasienten selv enn om sykehuskvaliteten, i følge en studie fra Centre for Health Economics ved universitetet i York, skriver dagensmedisin.no

Forskerne har analysert pasientvurderinger samlet inn av Helsedepartementet i England siden 2009. Konklusjonen er at mesteparten av variasjonen mellom sykehusene kan forklares med



typen av pasienter, og ikke sykehusene kompetanse og behandling.

Funnene undergraver intensjonen med pasientvurderingene, som var å forbedre pasientbehandlingen ved å identifisere «dårlige» behandlere og gi pasientene mulighet til å oppsøke bedre behandlere. Forskerne mener det er liten vits i å belønne sykehus basert på gode pasientvurderinger, ettersom lite tyder på at dette henger sammen med bedre kvalitet. Midlene burde heller brukes til å belønne sykehus som effektivt samler inn data, ifølge forskerne.

Studien viser blant annet at pasienter fra fattige områder og med komplekst sykdomsbilde (flere sykdommer samtidig) i mindre grad enn velstående og sunnere pasienter svarer på spørreskjemaene.

Her i Norge vil helseforetakenes inntekter i år for første gang være avhengig av kvaliteten på helsetjenesten de leverer. Den norske regjering går inn for kvalitetsbasert finansiering (KBF) som en forsøksordning for spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at 30 prosent av belønningsordningen på 500 millioner kroner, skal fordeles ut fra pasientfornøydhet.

Fredrik Arneberg, rådgiver i Helsedirektoratet, understreker at den norske metodikken skiller seg fra den britiske.

– PROM (Patient-reported outcome measure) er et verktøy for å finne helsegevinster, det vil si hvor mye endring i helse pasienten fikk som følge av behandlingen. Denne metodikken ble vurdert uegnet for norske forhold, sier Arneberg.

Pasienterfaringene som ligger til grunn for kvalitetsbasert finansiering forsøker derfor ikke å si noe om hva slags helsegevinst pasienten har tatt.

– PasOpp er en utvalgsundersøkelse, der data samles i en begrenset tidsperiode. Gjennom statistiske metoder sikres representativitet og signifikans i dataene, samt at sammensetningseffekter i dataene nøytraliseres. De pasientrapporterte erfaringene samles i ti indikatorene, som anses egnet til å inngå i kvalitetsbasert finansieringsordning.

Blant indikatorene er informasjon, pleiepersonalet, legene, organisering, pårørende og pasientsikkerhet.

Vokser mest



Akademikerne vokser mest, ikke bare på grunn av at det er flere med høyere utdanning, men trolig også på grunn av lønnspolitikken skriver Ola Kvaløy, professor NHH, i en kronikk i Dagens Næringsliv (DN) 21. mars.

I kronikken skriver Ola Kvaløy at fagforeningene i rike industrialiserte land sliter. I USA har andelen fagorganiserte stupe og det er lignende tendenser i resten av OECD-området.

Han skriver videre at fagforeningenes medlemstall i Norge er forholdsvis stabile, men at de fagforeningene som åpner for mer lokal lønnsdannelse og dermed for større lønnsforskjeller vinner terreng.

Sitat: «Akademikerne vokser mest, ikke bare på grunn av at det er flere med høyere utdanning, men trolig også på grunn av lønnspolitikken. Akademikerne synes å vinne terreng i sektorer hvor det er stor konkurranse om medlemmene.»

På nett

Ny app til Cochrane



En ny app til Cochrane gjør det lett å lese Cochrane-artikler på iPad.

Med appen kan man lese ledere, lytte til podcasts og se videoer. Du kan spare på artikler, tabeller og figurer og lese dem når det passer.

Du kan også laste ned magasinet og lese det offline, samt dele artikler på e-post.

Appen kan lastes ned her: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/CochraneApps.html>

Du kan også følge oss på Facebook og Twitter. Navnet er Tannlegetidende

Implantatkomponenter
kvalitet og presisjon
til en gunstig pris.
T: 22 96 61 00
www.nogusra.no



MEDENTIKA® GmbH
DENTALE PRÄZISION

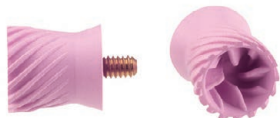
30 års garanti på
alle anvendte deler
inkl. fikstur -
gir deg trygghet!
www.medentika.de

WP-64 M + YOUNG

WP-64 M Pussevinkelstykke
Unik trippeltetting!



NYHET

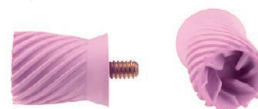


YOUNG Elite Flex latexfri

- > 25% mykere enn Elitekoppen
- > Økt fleksibilitet rundt tannens konturer
- > Riflene gir en bedre rengjøring
- > Holder pussepastaen bedre i/på koppen

OBS! SAMTLIGE GUMMIKOPPER PÅ
MARKEDET ER ENGANGS!

NYHET



YOUNG Elite Extend Flex latexfri

- > 19 % lengere enn Elite og Elite Flex koppene
- > Økt fleksibilitet rundt tannens konturer
- > Riflene gir en bedre rengjøring
- > Holder pussepastaen bedre i/på koppen

YOUNG Elite gummikopper kan bestilles i
pakker av 144 stk.!

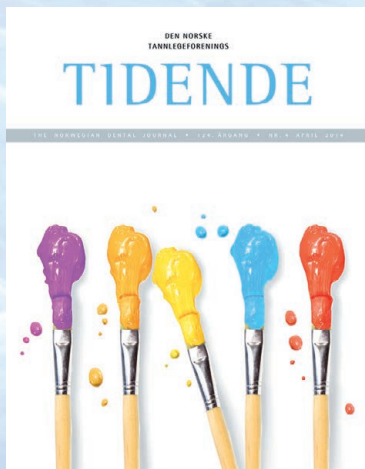


Foto: Yay Micro. Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Fridrich-Aas

Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:
Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen, Jostein Grytten, Anne Christine Johannessen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson, Nina J. Wang, Marit Øilo, Ulf Örtengren

Redaksjonskomité:
Jon E. Dahl

Anders Godberg
Malin Jonsson

ABONNEMENT

Abonnementspris for ikke-medlemmer
og andre abonnenter kr 1700,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,
Tlf. 22 54 74 30.

E-post:

eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon VII's gate 6,
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf. 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no
www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 350. 11 nummer per år
Parallellpublisering og trykk: 07 Media AS
Grafisk design: Mike Mills

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



Engasjement fører frem

Finansieringen av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Norge kan lede til kryss-subsidiering og er ikke i tråd med EØS-avtalens regler for statsstøtte. EFTAs overvåkningsorgan ESA anbefaler derfor endringer i finansieringssystemet. 12. mars kom pressemeldingen med budskapet om at Norge må endre finansieringen av den offentlige tannhelsetjenesten.

En interessant side av denne saken er at den ble fremmet av en norsk tannlege som ikke ga seg selv om han ikke fikk gehør hos NTF da han henvendte seg dit, via sin lokalforening, i mai 2011. Den gang, for nesten tre år siden svarte NTFs ledelse at den ikke fant det aktuelt å foreta noen videre utredning av spørsmålet om hvorvidt subsidierte takster i den offentlige tannhelsetjenesten er i strid med gjeldende EØS-regler og -lovverk.

Alle kan ta feil og det er ikke for å henge ut noen at foreningens svar på medlemmets henvendelse nevnes her. Poenget mitt er at det kan lønne seg ikke å gi seg. Det har verden sett mange ganger, som for eksempel da David sloss mot Goliat – hvis vi skal tro bibelhistorien. Jeg har stor sans for enkeltpersoner som ikke gir seg når de tror de har rett, selv om de får nei i første omgang og fra instanser som er satt til å forvalte. Ikke slik å forstå at den lille mann alltid har rett og at de store alltid tar feil. Men noen ganger er det sånn, og da er det fint at den som tør å spørre ikke gir seg så lett. I dette tilfellet ble saken kjørt helt frem til EFTAs overvåkningsorgan, som nå har avgitt sitt svar.

Bakgrunnen for spørsmålet fra den aktuelle tannlegen var at det skulle opprettes en prisportal. Den privatpraktiserende tannlegen argumenterte med at Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Norge har et element av subsidiering ved

behandling av voksne betalende pasienter, slik at DOTs priser i en prisportal blir kunstig lave. Det konkrete spørsmålet fra medlemmet var: Er en slik subsidiering i en konkurranseutsatt bransje som markedet på betalende pasienter et brudd på gjeldende EØS-regler eller lovverk?

ESAs svar er at slik kan det være etter dagens praksis, og de etterlyser derfor gjennomsiktighet i rutinene. I pressemeldingen heter det videre:

I Norge er tannhelsetjenester gratis for barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Den offentlige tannhelsetjenesten tilbyr også subsidierte tjenester til voksne pasienter i spredtbygde strøk med mangelfull tannlegedekning. I tillegg til dette kan den offentlige tannhelsetjenesten også tilby tannhelsetjenester til befolkningen forøvrig.

ESAs beslutning retter seg mot de subsidierte tannhelsetjenestene i spredtbygde strøk og tjenester tilbudt i konkurranse med private tannleger. ESA har konkludert med at dagens finansieringssystem kan lede til ulovlig kryss-subsidiering og utgjøre statsstøtte som ikke er forenlig med EØS-avtalen.

ESA har altså foreslått at norske myndigheter klargjør i hvilke områder subsidier er nødvendig for å sikre tannhelsetjenester til hele befolkningen til en rimelig pris. Videre foreslår ESA at det må holdes adskilte regnskaper for å sikre at subsidier ikke brukes til å gi den offentlige tannhelsetjenesten en fordel som er konkurransevridende.

Overvåkningsorganet ESA har gitt Norge frist til 14. april med å avgjøre om de aksepterer endringen.

Ellen Beate Dyvi

Det er vi som

Avdeling Tannteknikk

InterDental

- sender 4 ganger i uka
- kun har 6 kalenderdagers leveringstid
- gir deg de største økonomiske fordelene på klinikken

*Avtalekunder får rabatt
på både forbruksvarer og
tanntekniske arbeider!*



Avd. Tannteknikk, Nedre Vollgate 4, Postboks 6657, St. Olavs Plass 0129 Oslo
Tel: 22 47 72 00 import@licscadenta.no www.licscadenta.no



Utdanning og arbeidsmarked

Noe av det triveligste med presidentvervet er å reise rundt og møte dyktige, engasjerte og hyggelige kolleger! Tidlig i mars hadde jeg også gleden av å treffe flotte studenter i Tromsø. Studentene er fremtidige kolleger, og det er viktig for NTF å holde kontakten med studiemiljøene. Studentmedlemskapet er gratis hos oss, og det gir mange fordeler, så vi forsøker å få så mange som mulig av studentene til å melde seg inn i NTF allerede i studietiden.

Studentene på siste studieår går en spennende tid i møte, og mange av dem er usikre på hvilke jobbmuligheter de har. For første gang på mange år ser vi at det er god tannlegedekning i stort sett hele landet. Fylkestannlegene melder om mange søkere til de aller fleste ledige stillinger, også vikariater. Samtidig melder juristene i sekretariatet vårt om et økende konfliktnivå i privat sektor. Det er ikke helt unaturlig å tro at dette kan henge sammen med større konkurranse i det private tannhelsemarkedet.

De siste årene har det kommet mange tannleger til Norge fra utlandet. Til dels dreier dette seg om norske ungdommer som har studert odontologi i andre land, de fleste i Polen. En del tannleger kommer med autorisasjon fra land i EØS-området, andre kommer fra land utenfor dette området for å søke om norsk autorisasjon. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) har ansvar for tildeling av autorisasjon og dermed for å håndheve kravene til å bli godkjent for å praktisere som tannlege i Norge, slik at pasientsikkerheten kan ivaretas.

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv regulerer hvilke studier fra hvilke EU/EØS-land som gir rett til automatisk autorisasjon. Er ikke utdanningen regulert av dette direktivet, må søker doku-

mentere utdanningsinnholdet slik at SAK kan vurdere om utdanningen er like god som den tilsvarende norske utdanningen.

Er man utdannet i et land utenfor EU/EØS, vil autorisasjonsprosessen kreve ytterligere dokumentasjonsplikt fra søkers side. Dette er nødvendig for å belyse tilstrekkelig om utdanningen er jevn god med tilsvarende norsk utdanning.

Tannleger utdannet i land utenfor EØS må bestå kurs i nasjonale fag for å oppnå autorisasjon i Norge. Kursene tar for seg oppbyggingen og organiseringen av helsetjenesten, helse- og sosialrett, håndtering av legemidler, kulturforståelse og nasjonale satsningsområder.

På tross av regelverket meldes det om veldig ulikt kompetansenivå og ferdighetsnivå på tannlegene som kommer med autorisasjon. Mange mangler elementære ferdigheter. I tillegg har mange problemer med språket. Arbeidsgiver har ansvar for at språkkravene oppfylles. Journalene må skrives på norsk eller et annet nordisk språk.

Norske tannlegestudenter i Polen er i en særstilling. De får i dag en tidsbegrenset lisens når de returnerer til Norge. For å få autorisasjon må de gjennomføre et års veiledet praksis. Det har alt for lenge vært uklart hva dette innebærer, men SAK har nå utarbeidet retningslinjer for denne praksisen. Disse tannlegene må altså arbeide under veiledning av en annen tannlege. De kan ikke arbeide alene, og det stilles visse krav både til praksisen og til veilederen. Først etter godkjent praksisperiode kan de få sin autorisasjon som norsk tannlege. Nå er imidlertid utdanningen i Polen lagt om, og fra 2017 bortfaller derfor denne ordningen.

Så ja, det er mange søkere på ledige

stillinger i tannhelsetjenesten. Men det viser seg at studenter som er utdannet på norske læresteder, fortsatt har et fortrinn. Alle som utdannes, får jobb. Men de nye tannlegene må nok finne seg i å ta vikariater eller å reise litt ut i distriktene for å arbeide. De kan ikke velge og vrake i jobbtilbud, slik vi kunne for bare et tiår siden. Men dette er ikke et nytt fenomen. Også tidligere har det vært perioder da det var vanskelig for nyutdannede å få jobb.

Det kommer selvfølgelig mange dyktige tannleger fra utlandet også. Jeg håper at norsk tannhelsetjeneste er åpen også for disse. Spesielt håper jeg at «lisenstannlegene» får seg praksis og til slutt autorisasjon. Men de som ansetter disse tannlegene, må være klar over og klar for å ta det ansvaret det innebærer å veilede en kollega frem til autorisasjon.

NTF forsøker å ha oversikt over situasjonen på både studie- og arbeidsmarkedet. En viktig oppgave for oss er å få kommunisert til unge utdanningsøkende at jobbmarkedet nå er tøffere enn det har vært på en stund. De må derfor være klar over hva som kreves hvis de velger å studere odontologi, og særlig hvis de reiser til utlandet. Vi er bekymret for tendensen vi ser til at vi kan bli for mange tannleger. Ingen er tjent med at dyktige norske ungdommer utdannes til arbeidsledighet.

Samtidig skal vi ikke skremme noen fra å studere odontologi, verken ved norske eller utenlandske læresteder. Norge vil trenge mange dyktige tannleger også i fremtiden, og erfaring fra andre land beriker både faget og samfunnet vårt. Vi skal derfor ønske dem alle velkommen til en spennende og utfordrende jobb i verdens beste yrke!

Camilla Hasser Stenum

Hans Ragnar Preus, Odd Carsten Koldsland, Anne Merete Aass, Leiv Sandvik og Bjørn Frode Hansen

Har munnskylling med Listerine Total Care® en plakk- og gingivitthemmende effekt?

Studier hevder at munnskyllemidler som inneholder essensielle oljer (Listerine®) har overbevisende plakk- og gingivitthemmende egenskaper. Dette til tross for at ingen har testet de essensielle oljenes egenskaper mot Listerines alkoholholdige løsningsmiddel. Målet med denne studien var å sammenlikne Listerines plakk- og gingivitthemmende egenskaper med en placebo (22 % hydroalkoholløsning) og en positiv kontroll (0,2 % klorheksidin (CHX)) i en modifisert eksperimentell gingivittmodell. I tre grupper med 15 friske frivillige deltagere i hver, ble gingivitt induisert og observert i 21 dager, samtidig som de ble behandlet med Listerine Total Care® (test), 22 % hydroalkohol-løsning (negativ kontroll) eller 0,2 % klorheksidin-løsning (positiv kontroll). Kvadrant 1 i hver forsøksperson ble eksponert for kun munnskyllevæske, mens kvadrant 2 ble utsatt for både mekanisk tannrengjøring og munnskyllevæske. Plakk, gingivitt og bivirkninger ble registrert på dag 7, 14, og 21. Etter 21 dager viste CHX-gruppen statistisk signifikant lavere gjennomsnittlige plakk- og gingivittverdier enn Listerine®- og alkoholgruppen,

mens det var ubetydelige forskjeller mellom de to siste. Konklusjon var at Listerine Total Care® ikke hadde statistisk signifikant effekt på plakkdannelse sammenliknet med sitt alkoholholdige løsningsmiddel.

God munnhygiene, med daglig tannbørsting og adekvat interdental renhold, samt regelmessig oppfølging av tannlege eller tannpleier, er som regel nok til å forebygge plakk-relaterte sykdommer (1). Gingivitt (2) er en reversibel tilstand hvis det supragingivale plaket fjernes (3), men hvis det etterlates over tid kan det være forløperen (4, 5) til kronisk periodontitt. Dette er grunnen til at den farmasøytiske industrien, sammen med tannhelseprofesjonen, har søkt etter kjemiske hjelpemidler til å forebygge plakkdannelse (6). Som en følge av dette arbeidet er en rekke skyllemidler for daglig bruk blitt utviklet, hvorav gruppen av essensielle olje-produkter (Listerine®) er blant de mest studerte og solgte.

Listerine® er en gruppe alkoholholdige munnskyllemidler som er hevdet å være godt dokumenterte plakkhemmere (7–18). Så å si all vitenskapelige dokumentasjon er basert på studier der man har sammenliknet Listerine® med 5 % alkoholløsning som negativ kontroll (9, 10, 12–17). Kommersielle Listerine-produkter inneholder 21,6–26,9 % alkohol (18), med unntak av den nylig introduserte, alkoholfrie versjonen (Listerine Zero®). Derfor er det vitenskapelig ukorrekt å teste Listerine-produkters plakkhemmende effekt mot annet enn sitt eget alkoholinnhold (21,6–26,9 %), i og med at det er de essensielle oljene som hevdes å være virkestoffene. Etter vår kunnskap er en slik undersøkelse ikke gjort.

Forfattere

Hans Ragnar Preus, professor. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Odd Carsten Koldsland, postdoktor. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Anne Merete Aass, professor. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Leiv Sandvik, professor II. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Bjørn Frode Hansen, professor em. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Artikkelen er en omarbeidet versjon (sekundærpublikasjon) basert på originalpublikasjonen: Preus HR, Koldsland OC, Aass AM, Sandvik L, Hansen BF. The plaque- and gingivitis inhibiting capacity of a commercially available essential oil product. A parallel, split-mouth, single blind, randomized, placebo-controlled clinical study. *Acta Odontologica Scandinavica* 2013; 71: 1613–1619.

Hovedpunkter

- Verken Listerine Total Care® eller dets alkoholholdige løsningsmiddel hadde en effekt som var av klinisk verdi for brukeren, testet ved plakk- og gingivitthemmende effekt av Listerine Total Care® i en modifisert eksperimentell gingivitt-modell, med 22 % alkohol og 0,2 % klorheksidin som kontroller.

Målet med denne studien er å teste den plakk- og gingivitt-hemmende effekten av munnskylning med Listerine® i en modifisert, eksperimentell gingivittmodell mot en 22% alkoholløsning (placebokontroll) og en 0,2% klorheksidin-løsning (CHX) som positiv kontroll.

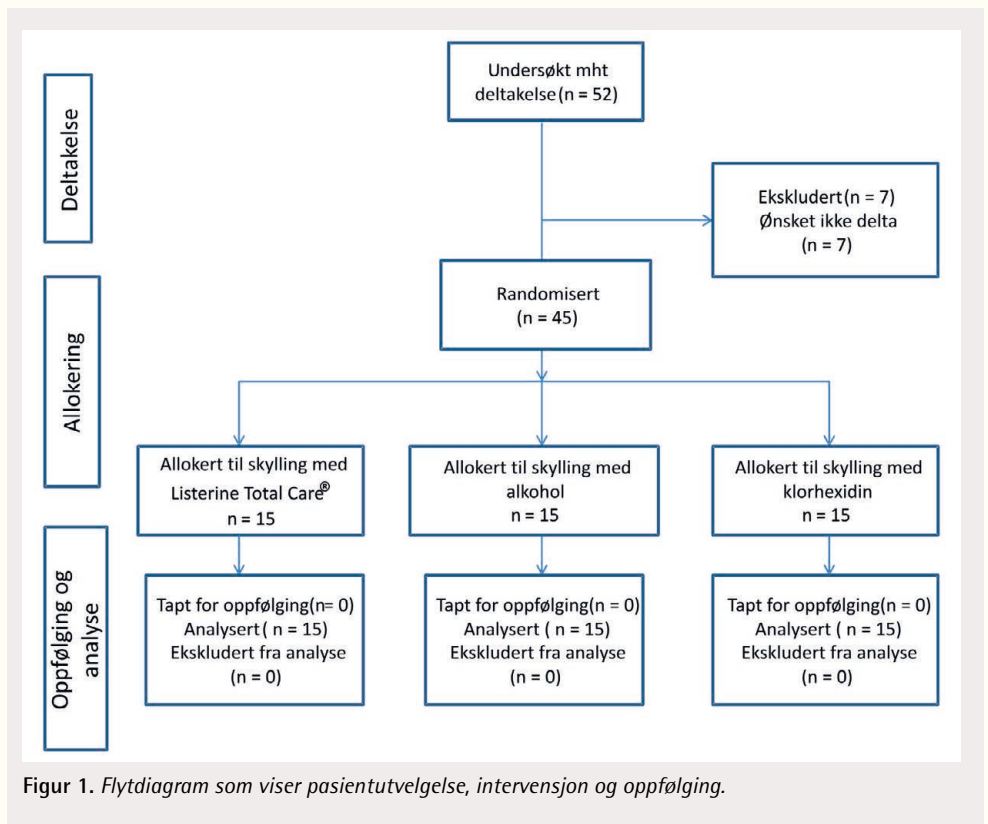
Materiale og metode

Totalt 52 tannpleier-, medisin- og tannlegestudenter meldte seg frivillig som forsøkspersoner til studien (figur 1). Etter en introduksjonsforelesning over plakkhemmende skyllemidler og informasjon om studien, trakk syv personer seg av personlige grunner, noe som resulterte i at 45 deltakere signerte den informerte samtykkeerklæringen. Gjennomsnittlig alder var 25,0 + 3,2 år og 57,8% var kvinner. De fikk en symbolsk økonomisk ulempekompensasjon. På grunnlag av et grundig anamneseopptak, blodprøve og klinisk oral undersøkelse ble alle samtykkende forsøkspersoner inkludert.

Inklusjonskriteriene omfattet ikke-røykende, friske personer av begge kjønn, 18 til 32 år, med friskt periodontium, og som hadde tre av de følgende tenner i kvadrant (Q) 1 og 2: hjørnetann, 1. premolar, 2. premolar og 1. molar. Eksklusjonskriteriene omfattet graviditet, amming, kronisk sykdom, kliniske tegn på akutt infeksjon i munnhulen, lokal eller systemisk medikasjon (prevensjonsmidler unntatt), historie med rusmisbruk, hematologiske og kliniske parametere utenfor normalområdet, bruk av systemiske antibiotika de siste tre måneder før studiens start og deltakelse i kliniske studier de siste fire uker. Studien var godkjent av NSD og REK, Sør-Øst Norge, i 2010 (REK.2010/1110–6).

Etter henvendelse til den norske representanten for produsenten, som hadde fått informasjon om studien, ga selskapets produktspesialist råd om at det best egnede produktet til denne studien var Listerine Total Care®. Videre ble det også gitt eksplisitte instruksjoner for korrekt bruk av produktet, som også var å lese på firmaets hjemmesider og produktinformasjon. Testproduktet ble kjøpt inn fra et lokalt apotek (apotekhjem.no). CHX, ble laget fra 20% CHX-glukonat, fortynt i vann og brukt som anbefalt (19, 20). Den negative kontroll-løsningen ble laget fra 96% etanol uttynnet med vann til en endelig konsentrasjon av 22%.

Randomisering ble gjennomført etter en data-generert tilfeldig fordelingstabell (21), hvor deltakerne ble fordelt tilfeldig i tre grupper med 15 personer i hver: Gruppe 1 ble instruert i å skylle 30 sekunder, to ganger daglig, med 20 ml Listerine Total Care® som anbefalt av produsenten. Gruppe 2 ble instruert i å skylle 30



Figur 1. Flyttdiagram som viser pasientutvelgelse, intervensjon og oppfølging.

sekunder, to ganger daglig, med 20 ml av den 22% alkoholløsningen (Listerines løsningsmiddel). Gruppe 3 ble instruert i å skylle 60 sekunder med 10 ml 0,2% CHX to ganger daglig. Prosjektleder (HRP), som under hele studien sto utenfor den kliniske undersøkelsessituasjonen, foretok randomiseringen, ga ut skyllemidlene og gjennomførte instruksjonene av forsøkspersonene.

Nullstilling av forsøkspersonenes plakkscore ble gjort ved profesjonell tannrengjøring av alle 45 deltagere umiddelbart før starten av studien. Individuelt fremstilte bittskinner av akryl ble laget til kvadrant 1(Q1) (22). Sammen med denne bittskinnen fikk forsøkspersonene identiske profylaksepakker inneholdende en myk tannbørste, tanntråd og tannpasta, samt 90 fluortabletter (0,5mg) for å forebygge krittkaies. De ble instruert i å erstatte sine tidligere hygienemedier med den mottatte profylaksepakken. Bittskinnen var festet til tannbørsten slik at de ikke ville glemme å bruke den hver gang de skulle børste tennene.

Deltagerne ble instruert i å sette på bittskinnen i Q1 hver gang de børstet tenner, og å pusse tennene med denne på to ganger daglig. Etter en grundig tannrengjøring med børste og tanntråd (ikke Q1), skylte de 30 sekunder med vann før de fjernet bittskinnen fra Q1, hvorpå de skylte ytterligere 30 sekunder uten bittskinnen. Etter dette skylte de, som instruert, med det munnskyllemiddel de tilfeldig var tildelt. Denne rutinen ble gjentatt i 21 dager. Forsøksoppsettet (22) sikret at forsøkspersonene fungerte som sine egne kontroller siden Q1 ble eksponert til kun skylning, mens Q2 fikk både tradisjonell tannrengjøring og kjemisk munnskylning. Etter den siste registrering av plakk og gingivitt, på dag 21, fikk deltagerne en ny omgang med profesjonell tannrengjøring før de ble dimittert fra studien.

Tabell 1 Plakkindeks etter 1, 2 og 3 uker – kun skylling av kvadrant 1 (Q1). Gjennomsnitt ± standardavvik (S.D.). (Bukk: bukkalt; Pal: palatinalt; Approx: Approksimalt. CHX: klorheksidin)

	1 uke			2 uker			3 uker		
	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle
Listerine® Total Care	0,54±0,45	1,28±0,49	0,91±0,46	0,53±0,44	1,25±0,50	0,89±0,46	0,50±0,49	1,13±0,66	0,81±0,56
Alkohol	0,59±0,32	1,48±0,37	1,03±0,29	0,67±0,36	1,53±0,40	1,10±0,37	0,73±0,41	1,55±0,44	1,14±0,41
CHX	0,15±0,25*	0,61± 0,51*	0,38±0,36*	0,08±0,19*	0,42±0,40*	0,25±0,29*	0,10±0,18*	0,51±0,27*	0,30±0,21*

* Signifikant p < 0,05

Tabell 2 Gingivalindeks etter 1, 2 og 3 uker – kun skylling av kvadrant 1 (Q1). Se for øvrig tabelltekst for tabell 1.

	1 uke			2 uker			3 uker		
	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle
Listerine® Total Care	0,72±0,32	1,09±0,42	1,02±0,44	0,56±0,32	1,34±0,54	1,22±0,48	0,76±0,41	1,50±0,46	1,29±0,43
Alkohol	1,06±0,38	1,27±0,52	1,16±0,37	0,90±0,47	1,32±0,41	1,11±0,39	0,92±0,40	1,77±0,31	1,34±0,27
CHX	0,94±0,52	1,04±0,42	0,88±0,30	1,09±0,50*	1,07±0,43	0,81±0,29*	1,07±0,55	1,22±0,32	0,99±0,32*

* Signifikant p < 0,05

Forsøksperioden på 21 dager (14. oktober – 5. november, 2010) ble valgt for ikke å kollidere med akademiske, religiøse eller etniske høytider eller tilstelninger som kunne bryte studiepopulasjonens kollektive atferd. All informasjon, administrasjon og datainnhenting ble gjort ved Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Et team på tre spesialister i periodonti, allerede trent i prosedyrene med å intervju, informere, og undersøke deltagerne, deltok i monitoreringen av forsøkspersonene (22). Mellom hver undersøkelse holdt HRP kontakten med testpersonene med SMS og e-post. Det var ingen uteblivelser ved noen av undersøkelsene.

Forut for hver undersøkelse og registrering intervjuet HRP hver deltager om etterlevelse av de gitte instruksjoner og mottok muntlig beskrivelser av opplevde bivirkninger. Deltagerne og personene som foretok den kliniske registreringen, var informert om ikke å snakke med hverandre om eventuelle ulemper eller kommentere munnskyllingen.

I undersøkelsesrommet registrerte to spesialister i periodonti alle kliniske data. På dag 7, 14 og 21, ble plakkindeks (P.I.) og gingivalindeks (GI) (23) registrert på mesial-, bukkal-, distal- og palatinalflatene av tennene 16, 15, 14, 13 og 23, 24, 25, 26. Bivirkninger, som misfarging observert under undersøkelsen (Ja/Nei) og kliniske tegn til orale slimhinnereaksjoner, ble registrert. Alle kliniske registreringer ble utført av den samme erfarne periodontisten mens en kollega skrev ned disse på et spesielt utformet skjema. Registreringsteamet var til enhver tid ukjent med hvilken gruppe forsøkspersonene tilhørte.

Statistiske analyser

Antall deltagere var 45, med 15 personer i hver gruppe. Ved å bruke en to-sidet t-test med 5 % signifikansnivå blir styrken, med hvilken man kan oppdage en sann gjennomsnittsforskjell mellom GI og P.I., over 80 %. Denne styrkeberegningen er basert på variabelen 'delta plakk' (DP), som betyr forskjellen mellom gjennomsnitt plakkregistrering mellom Q1 og Q2 (test minus kontroll Q). Når man sammenlikner gjennomsnitt DP i to grupper bruker man en to-sidet uavhengig sample t-test med 5 % signifikansnivå. I denne studien var utvalgsstørrelsen 15 deltagere i hver gruppe. Gjennomsnittlig standardavvik i DP mellom de tre gruppene var 0,40. Det kan da vises at styrken, når man sammenlikner to grupper, er 78 %. Siden 80 % test-styrke vanligvis er akseptabelt i kliniske studier, og forskjellen i gjennomsnittlig DP mellom gruppene 3 og 1 var 0,49, viser beregningene ovenfor at studien har akseptabel styrke.

Intervall-estimer av de primære effekt-variabler ble gjort ved å bruke 95 % konfidensnivå og signifikansnivå på 5 % i de statistiske beregningene. Alle tester ble gjort to-sidet. Statistiske analyser ble gjort vha. SPSS for Windows, Version 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), og uavhengig sample t-test ble brukt til å undersøke forskjellen mellom gruppene på dag 7, 14 og 21.

Resultater

Q1 – Kun skyllevæske: CHX skylling resulterte i gjennomsnittlig plakkscore på 0,30 etter 21 dager, som var statistisk signifikant lavere enn resultatene fra de andre to gruppene (tabell 1). Listerine®- og alkoholgruppen viste ingen statistisk signifikante forskjeller på noe tidspunkt. På aproximalflatene hadde CHX grup-

Tabell 3 Plakkindeks etter 1, 2 og 3 uker. Skylling og børsting av kvadrant 2 (Q2). Se for øvrig tabelltekst for tabell 1.

	1 uke			2 uker			3 uker		
	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle
Listerine® Total Care	0,03±0,09	0,26±0,16	0,15±0,10	0,03±0,07	0,20±0,26	0,12±0,16	0,00±0,00	0,10±0,12	0,05±0,06
Alkohol	0,07±0,12	0,35±0,16	0,21±0,09	0,02±0,07	0,28±0,22	0,15±0,13	0,05±0,09	0,21±0,19	0,13±0,13
CHX	0,02±0,04	0,16±0,15	0,09±0,08	0,00±0,00	0,16±0,09	0,03±0,04	0,17±0,07	0,06±0,09	0,04±0,05
Ingen statistisk signifikante data									

Tabell 4 Gingivalindeks etter 1, 2 og 3 uker, Skylling og børsting av kvadrant 2 (Q2). Se for øvrig tabelltekst for tabell 1.

	1 uke			2 uker			3 uker		
	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle	Bukk/Pal	Approx	Alle
Listerine® Total Care	0,48±0,35	0,78±0,40	0,63±0,32	0,26±0,33	0,73±0,57	0,50±0,43	0,28 ±0,49	0,58±0,63	0,43±0,54
Alkohol	0,67±0,42	0,89±0,55	0,78±0,37	0,41±0,39	0,79±0,53	0,60±0,41	0,38±0,54	0,73±0,58	0,56±0,50
CHX	0,39±0,09	0,79±0,47	0,59±0,38	0,09±0,19	0,47±0,41	0,28±0,26	0,03±0,13	0,27±0,29	0,15±0,17
Ingen statistisk signifikante data									

pen signifikant lavere plakkscore enn Listerine®- og alkoholgruppene etter 21 dager. Plakkscore i Listerine®- og alkoholgruppene fortsatte å være høye gjennom hele studien (tabell 1).

Når munnskyllevæske ble brukt alene (Q1), var GI-registreringene signifikant lavere i CHX-gruppen enn i alkohol- og Listerine®-gruppen etter 21 dager (tabell 2). Det var ingen forskjeller mellom CHX, Listerine®- og 22 % alkoholgruppene i proximale GI-registreringer.

Q2 – skyllevæske + mekanisk tannrengjøring: Når tannbørsting, tanntråd og skyllemiddel ble brukt i den samme kvadranten (Q2) var plakkregistreringene lave for alle grupper (tabell 3). GI registreringene i Q2 viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de tre munnskyllevæskene (Tabell 4).

Bivirkninger ble registrert i alle tre grupper (data ikke vist). I CHX-gruppen var misfarging, generell brennende følelse og svie, samt redusert smak de vanligste bivirkningene, mens brenning og svie i slimhinner, tungespiss og gingiva var de mest vanlige anmerkningene i Listerine®- og alkoholgruppen. Foruten misfarging og redusert smak i CHX gruppen, var det ingen statistisk signifikante forskjeller i selvrapporterte bivirkninger mellom gruppene gjennom de 21 dagene undersøkelsen foregikk.

Diskusjon

Det er sterk motsetning mellom funnene i denne studien og de aller fleste tidligere studier, samt en rekke oversiktsartikler om Listerine® (7,24–34). I vår studie oppførte CHX seg som forventet etter litteraturen (35), og signifikant bedre enn Listerine Total Care® og 22 % alkohol. Den positive effekten av CHX er blitt rapportert tidligere, men den interessante sammenlikningen er mellom Listerine® og dens 22 % hydro-alkohol-placeboløsning. Det

kan innvendes at det kunne vært gunstig med ytterligere en eller to negative kontrollgrupper, som skylte med fysiologisk saltvann eller vanlig vann. Dette ble diskutert, men introduksjon av enda en eller to grupper ville ha krevd 15–30 forsøkspersoner i tillegg. Dette ville ha vært vanskelig å rekruttere og dessuten ført til større kostnader. På den annen side har de fleste studier sammenliknet Listerine® med 5 % alkohol (9, 10, 12–17), saltvann eller vann (27, 33, 36, 37), så de ovenfor diskuterte sammenlikninger er gjort gjentatte ganger før.

En grundig litteraturgjennomgang viste at så å si ingen studier har rapportert hvilken type Listerine man har brukt som test, og ingen av studiene har brukt en placeboløsning med det samme alkoholinhold som test-løsningen. Siden gruppen av Listerine®-produkter, inneholder 21,6–26,9 % alkohol (18), vil den korrekte placebo-løsningen være de essensielle oljenes (Listerine®) løsningsmiddel. Som nevnt ovenfor, har studier på Listerine® brukt vann eller saltvann som kontroller (27, 33, 36, 37), eller vanligere; 5 % alkohol (9, 10, 12–17), mens to brukte 10 % alkohol (33, 38). Noen har rapportert «kontroll-løsninger» (39–41) uten å detaljere informasjonen ytterligere. Derfor kan det være det relativt høye alkoholinholdet, og ikke de essensielle oljene som sådan, som har vært årsaken til den rapporterte antibakterielle effekten

I kvadranten for skyllemiddel og mekanisk tannpussing (Q2), holdt plakk-indeksen seg nær null i *alle grupper* under hele forsøket. Dette indikerer at mekanisk tannrengjøring er tilstrekkelig for å holde plakkmengden på et lavt nivå, noe som også er rapportert av andre (42). Tilstrekkelig oral hygiene for å forebygge de plakk-relaterte sykdommene kan oppnås ved informasjon, motivasjon, instruksjon og uten bruk av kjemiske munnskyllemidler.

Blant de selvrapporterte bivirkningene var sårhet og svie i gingiva og i munnslimhinnen de vanligste. Svie og «brennende følelse» var jevnt fordelt mellom gruppene. Både Listerine® og placeboløsningen inneholdt nok alkohol (22%) til å forårsake slike bivirkninger etter en tids bruk. CHX er kjent for å forårsake de samme ubehagene, selv den varianten som ikke har alkohol (43). Det har dessuten vært rapportert at daglig bruk av alkoholholdige skyllemidler over tid kan øke faren for utvikling av orale slimhinneidelser, herunder også cancer (44–46).

Undersøkelsesteamet var blindet med hensyn til gruppeinndelingen. Prosjektleder (HRP) var ikke involvert i innhenting av data eller noen klinisk eksaminasjon av forsøkspersonene, bortsett fra å motta og registrere selvrapporterte bivirkninger. Bivirkningene og frekvensen av disse var av en slik natur at det ikke kunne avsløre gruppeinndelingen. På den annen side kan noen av studentene ha gjenkjent skyllevæskene på grunn av smaken. Studien er derfor klassifisert som enkel- og ikke dobbel-blind.

Deltagerne i denne studien var tannpleier-, medisins- og tannlegestudenter. De hadde en klar forståelse av hvordan de skulle pusse sine tenner, om mulig bedre enn den norske befolkningen for øvrig. Bruken av bittskinnen eliminerte den mulige forskjellen fra den generelle populasjonen. De var alle ikke-røykere, så misfarging eller maskert gingival inflammasjon som følge av dette, influerte derfor ikke på resultatene. Totalt 26 (57%) av forsøkspersonene var kvinner, og av disse hadde 16 (62%) menstruasjon i perioden undersøkelsen varte. Variasjoner i menstruasjonssyklus påvirkes av prevensjonsmidler, som ble brukt av 11 (42%), så variasjoner i hormonstatus kan derfor ha påvirket GI i noen grad (47). Etterlevelse etter protokollen var eksemplarisk, og selv om noen deltagere klaget over sterk sårhet, brenning og svie på tungespiss og slimhinner ved bruk av skyllemidlene de var tildelt, rapporterte de alle å ha fulgt protokollen samvittighetsfullt.

I denne studien brukte vi den modifiserte (22) eksperimentelle gingivittmodellen i tre uker (3). Mange studier av essensielle oljer har vart i 3–9 måneder (9–11). Det er ingen vitenskapelig dokumentasjon som viser at en plakkhemmende munnskyllevæske virker bedre etter flere måneder enn ved tre ukers bruk. Den eksperimentelle gingivittmodellen (3) har vist gjentatte ganger at plakk-mengden akkumuleres mot en maksimal verdi etter tre uker, og derfor er denne modellen – modifisert med bruk av bittskinne (22) – tilstrekkelig til å oppdage forskjeller i plakk-mengder mellom test- og kontrollgruppene.

Denne undersøkelsen ble gjennomført med Listerine Total Care®, som anbefalt av produsenten. Det finnes å lese i EUs produktinformasjon for Listerine®-produktene at de inneholder de samme ingredienser med noen forskjeller knyttet til farge og smak, bortsett fra den alkohol-frie versjonen der alkohol er byttet ut med propylenglykol som løsningsmiddel for de essensielle oljene. Alle produktene i Listerine®-serien er derfor sammenliknbare når det gjelder antibakteriell virkning.

Som konklusjon viste denne studien at når man testet den plakk- og gingivitt-hemmende effekten av Listerine Total Care® i den modifiserte eksperimentelle gingivittmodellen, med 22%

alkohol og 0,2% CHX som kontroller, var det ikke noen statistisk signifikant forskjell mellom Listerine® og dets placebo løsningsmiddel. Hverken Listerine Total Care® eller alkoholløsningen hadde en effekt som var av klinisk verdi for brukeren, siden mengden plakk etter bruk av Listerine Total Care® i tre uker var så å si upåvirket.

Takk

Takk til Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Norsk Forskningsråd (Grant # 185120) som sammen finansierte denne undersøkelsen. Takk også til de 45 studentene som deltok i studien.

Forfatterne erklærer ingen interessekonflikt.

English summary

Preus HR, Koldslund OC, Aass AM, Sandvik L, Hansen BF.
Does Listerine Total Care® have a plaque and gingivitis reducing effect?

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 268–74.

Studies have reported commercially available essential oils with convincing plaque and gingivitis preventing properties. However, no tests have compared these essential oils, i.e. Listerine®, against their true vehicle controls. The aim of this study was to compare the plaque and gingivitis inhibiting effect of a commercially available essential oil (Listerine Total Care®) to a negative (22% hydro-alcohol solution) and a positive (0.2% chlorhexidine (CHX)) control in an experimental gingivitis model. In three groups of 15 healthy volunteers, experimental gingivitis was induced and monitored over 21 days, simultaneously treated with Listerine Total Care® (test), 22% hydro-alcohol solution (negative control) and 0.2% chlorhexidine solution (positive control) respectively. The upper right quadrant of each individual received mouthwash only, whereas the upper left quadrant was subject to both rinses and mechanical oral hygiene. Plaque, gingivitis and side effects were assessed at day 7, 14, and 21.

Results: After 21 days, the chlorhexidine group showed significantly lower average plaque and gingivitis scores than the Listerine® and alcohol groups, whereas there was little difference between the two latter.

Conclusion: Listerine Total Care® had no statistically significant effect on plaque formation as compared to its vehicle control.

Referanser

1. Axelsson P, Lindhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. *J Clin Periodontol.* 1991; 18: 182–9.
2. Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. *Ann Periodontol.* 1999; 4: 7–19.
3. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol.* 1965; 36: 177–87.

4. Schätzle M, Løe H, Burgin W, Ånerud Å, Boysen H, Lang NP. Clinical course of chronic periodontitis. I. Role of gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2003; 30: 887–901.
5. Kinane DF, Attström R. Advances in the pathogenesis of periodontitis. Group B consensus report of the fifth European workshop in periodontology. *J Clin Periodontol.* 2005; 32 Suppl 6: 130–1.
6. Allaker RP, Douglas CWI. Novel anti-microbial therapies for dental plaque-related diseases. *Int J Antimicrob Agents.* 2009; 33: 8–13.
7. Van Leeuwen MPC, Slot DE, Van der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: A systematic review. *J Periodontol.* 2011; 82: 174–94.
8. Sharma NC, Araujo MWB, Wu MM, Qaqish J, Charles CH. Superiority of an essential oil mouthrinse when compared with 0.05% cetylpyridinium chloride containing mouthrinse: a six-month study. *Int Dent J.* 2010; 60: 175–80.
9. Charles CH, Mostler KM, Bartels LL, Mankodi SM. Comparative antiplaque and antigingivitis effectiveness of a chlorhexidine and an essential oil mouthrinse: 6-month clinical trial. *J Clin Periodontol.* 2004; 31: 878–84.
10. Overholser CD, Meiller TF, DePaola LG, Minah GE, Niehaus C. Comparative effects of 2 chemotherapeutic mouthrinses on the development of supragingival dental plaque and gingivitis. *J Clin Periodontol.* 1990; 17: 575–9.
11. Haffajee AD, Roberts C, Murray L, et al. Effect of herbal, essential oil, and chlorhexidine mouthrinses on the composition of the subgingival microbiota and clinical periodontal parameters. *J Clin Dent.* 2009; 20: 211–7.
12. Baurath K, Charles CH, Monody SM, Simmons K, Zhao Q, Kumar LD. The efficacy of an essential oil antiseptic mouth rinse vs. dental floss in controlling interproximal gingivitis: A comparative study. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134: 359–65.
13. Sharma NC, Charles CH, Qaqish JG, Galustians HJ, Zhao Q, Kumar LD. Comparative effectiveness of an essential oil mouthrinse and dental floss in controlling interproximal gingivitis and plaque. *Am J Dent.* 2002; 15: 351–5.
14. Sharma N, Charles BS, Lynch MC, et al. Adjunctive benefit of an essential oil – containing mouthrinse in reducing plaque and gingivitis in patients who brush and floss regularly. A six-month study. *J Am Dent Assoc.* 2004; 135: 496–504.
15. DePaola LG, Minah GE, Overholser CD, et al. Effect of an antiseptic mouthrinse on salivary microbiota. *Am J Dent.* 1996; 9: 93–5.
16. Ross NM, Charles CH, Dills SS. Long-term effects of Listerine antiseptic on dental plaque and gingivitis. *J Clin Dent.* 1989; 1: 92–5.
17. Gordon JM, Lamster IB, Seiger MC. Efficacy of Listerine antiseptic in inhibiting the development of plaque and gingivitis. *J Clin Periodontol.* 1985; 12: 697–704.
18. McCullough MJ, Farah CS. The role of alcohol in oral carcinogenesis with particular reference to alcohol-containing mouthwashes. *Austral Dent J.* 2008; 53: 302–5.
19. Fløtra L, Gjermo P, Rølla G, Waerhaug J. A 4-month study on the effect of chlorhexidine mouth washes on 50 soldiers. *Scand J Dent Res.* 1972; 80: 10–7.
20. Gjermo P. Chlorhexidine in dental practice. *J Clin Periodontol.* 1974; 1: 143–52.
21. Altman DG. *Clinical trials. Practical statistics for medical research.* London: Chapman & Hall/CRC; 1991. p. 456.
22. Preus HR, Aass AM, Hansen BF, Moe B, Gjermo P. A randomized, single-blind, parallel-group clinical study to evaluate the effect of soluble beta-1,3/1,6-glucan on experimental gingivitis in man. *J Clin Periodontol.* 2008; 35: 236–41.
23. Løe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems. *J Periodontol.* 1967; 38: 610–6.
24. Moran J, Pal D, Newcombe R, Addy M. Comparison of a phenolic and a 0.2% chlorhexidine mouthwash on the development of plaque and gingivitis. *Clin Prevent Dent.* 1991; 13: 31–5.
25. Maruniak J, Clark WB, Walker CB, et al. The effect of 3 mouthrinses on plaque and gingivitis development. *J Clin Periodontol.* 1992; 19: 19–23.
26. Fornell J, Sundin Y, Lindhe J. Effect of Listerine on dental plaque and gingivitis. *Scand J Dent Res.* 1975; 83: 18–25.
27. Brex M, Netuschil L, Reichert B, Schreil G. Efficacy of Listerine, Meridol and chlorhexidine mouthrinses on plaque, gingivitis and plaque bacteria vitality. *J Clin Periodontol.* 1990; 17: 292–7.
28. Brex M, Brownstone E, Mackdonald L, Gelskey S, Cheang M. Efficacy of Listerine, Meridol and chlorhexidine mouthrinses as supplements to regular tooth cleaning measures. *J Clin Periodontol.* 1992; 19: 202–7.
29. Axelsson P, Lindhe J. Efficacy of mouthrinses in inhibiting dental plaque and gingivitis in man. *J Clin Periodontol.* 1987; 14: 205–12.
30. Netuschil L, Weiger R, Preisler R, Brex M. Plaque bacteria counts and vitality during chlorhexidine, Meridol and Listerine mouthrinses. *Eur J Oral Sci.* 1995; 103: 355–61.
31. Pizzo G, La Cara M, Licata ME, Pizzo I, D'angelo M. The effects of an essential oil and an amine fluoride/stannous fluoride mouthrinse on supragingival plaque regrowth. *J Periodontol.* 2008; 79: 1177–83.
32. Ramberg P, Furuichy Y, Lindhe J, Gaffar A. A model for studying the effects of mouthrinses on de novo plaque formation. *J Clin Periodontol.* 1992; 19: 509–20.
33. Moran J, Addy M, Newcombe R, Warren P. The comparative effects on plaque regrowth of phenolic chlorhexidine and anti-adhesive mouthrinses. *J Clin Periodontol.* 1995; 22: 929–34.
34. Stoeken JE, Paraskevas S, Van Der Weijden GA. The long-term effect of a mouthrinse containing essential oils on dental plaque and gingivitis: A systematic review. *J Periodontol.* 2007; 78: 1218–28.
35. Lang NP, Brex MC. Chlorhexidine digluconate – an agent for chemical plaque control and prevention of gingival inflammation. *J Periodontol.* 1986; 21: 74–89.
36. Sekino S, Ramberg P. The effect of a mouth rinse containing phenolic compounds on plaque formation and developing gingivitis. *J Clin Periodontol.* 2005; 32: 1083–8.
37. Charles CH, Pan PC, Sturdivant L, Vincent JW. In Vivo antimicrobial activity of an essential oil-containing mouthrinse on interproximal plaque bacteria. *J Clin Dent.* 2000; 11: 94–7.
38. Rosin M, Welk A, Kocher T, Majic-Todt A, Pitten FA. The effect of a polyhexamethylene biguanide mouthrinse compared to an essential oil rinse and a chlorhexidine rinse on bacterial counts and 4-day plaque regrowth. *J Clin Periodontol.* 2002; 29: 392–9.
39. Charles CH, Sharma NC, Galustians HJ, Qaqish J, McGuire JA, Vincent JW. Comparative efficacy of an antiseptic mouthrinse and an antiplaque/antigingivitis dentifrice. A six-month clinical trial. *J Am Dent Assoc.* 2001; 132: 670–5.
40. Fine DH. Mouthrinses as adjuncts for plaque and gingivitis management. A status report for the American Journal of Dentistry. *Am J Dent.* 1988; 1: 259–63.
41. Løe H, Schiott CR. The effect of mouthrinses and topical application of chlorhexidine on the development of dental plaque and gingivitis in man. *J Periodont Res.* 1970; 5: 79–83.
42. Gunsolley JC. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. *J Dent.* 2010; 38: 6–10.
43. Gurgan CA, Zaim E, Bakirsoy I, Soykan E. Short-term side effects of 0.2% alcohol-free chlorhexidine mouthrinse used as an adjunct to a non-surgical periodontal treatment: a double blind clinical study. *J Periodontol.* 2006; 77: 370–84.
44. Guha N, Bofetta P, Filho VW, et al. Oral health and risk of squamous cell carcinoma of the head and neck and esophagus: results

of two multicentre case-control studies. *Am J Epidemiol.* 2007; 166: 1159–73.

45. McCullough MJ, Farah CS. The role of alcohol in oral carcinogenesis with particular reference to alcohol-containing mouthwashes. *Austr Dent J.* 2008; 53: 302–5.

46. Werner CA, Seymour RA. Are alcohol containing mouthwashes safe? *Brit Dent J.* 2009; 207, E19.

47. Becerik S, Ozcaka O, Nalbantsoy A, et al. Effects of menstrual cycle on periodontal health and gingival crevicular fluid markers. *J Periodontol.* 2010; 81: 673–81.

Adresse: Hans R Preus, Avdeling for periodonti, IKO, Det odontologiske fakultet, postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: hpreus@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Preus HR, Koldsland OC, Aass AM, Sandvik L, Hansen BF. Har munnskylling med Listerine Total Care® en plakk- og gingivittremmende effekt? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 268–74.

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi oppretter derfor en ny pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og første gang på NTFs landsmøte 2014.

Prisen på 20 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresenta-

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

setjenesten. Vi er svært interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenesten i tillegg til kasi fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere Disposisjon fremstillingsform og lesbarhet Diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger Illustrasjoner

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

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

norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2015.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

“Syreskader - den nye karies”

Overtannlege emeritus
Lene Esmark



Jostein Grytten, Irene Skau og Dorthe Holst

Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge

– behandlingsprofiler og tilgjengelighet til tannlegen

Formålet med denne studien var å kartlegge etterspørselen, forbruket og tilgjengeligheten til tannhelsetjenester i den norske befolkningen 20 år og eldre. Dataene ble innsamlet ved en spørreundersøkelse til et representativt utvalg (n=5 422) av den norske voksenbefolkningen i mars 2013. 88 % av voksenbefolkningen hadde vært hos tannlege i løpet av de to siste årene, og 77 % hadde vært der i løpet av siste året. De gjennomsnittlige utgifter for dem som hadde vært hos tannlegen siste året var ca. 3 200 kroner. Utgiftene var lavest for aldersgruppen 20–39 år (ca. 2 600 kroner) og høyest for de over 80 år (ca. 4 300 kroner). Disse forskjellene gjenspeiler forskjeller i behandlingsprofiler mellom aldersgrupper – det utføres klart mest fyllings-, krone- og broterapi, og endodontisk behandling blant de eldste. Tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten er god i hele landet. Dette er tilfelle enten tilgjengeligheten måles ved objektive (ventetid for time) eller subjektive (tilfredshet med ventetiden) indikatorer. Nesten samtlige respondenter oppga at de fikk den behandlingen som tannlegen anbefalte, og en høy andel svarte også at de var fornøye med sin egen tannhelsetilstand. Dette, sammenholdt med at tilgjengeligheten er god, indikerer at det er tilstrekkelig med private tannleger i Norge i dag.

Det fins i dag lite dokumentert kunnskap om behandlingsvolumet av tannlegetjenester i den norske voksenbefolkningen. Dette skyldes i all hovedsak at det ikke er noen nasjonale informasjonssystemer som innhenter

Forfattere

Jostein Grytten, professor, dr.philos. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Irene Skau, forsker, cand.polit. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Dorthe Holst, professor, dr.odont. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

opplysninger om hva som gjøres i den private tannlegepraksis. I land med universelle forsikringsordninger blir slik informasjon innhentet rutinemessig i forbindelse med trygdeutbetalinger. Tannlegenes rapporteringsplikt gir der grunnlag for utarbeidelse av statistikk som viser både utgiftstall og behandlingsprofiler i angjeldende pasientpopulasjon.

Helsedirektoratet monitorerer i dag bruken av trygdeytelser til tannbehandling i Norge. Men på grunn av et noe begrenset omfang av ytelser, blir datagrunnlaget utilstrekkelig for å danne seg et helhetlig bilde av hva som i dag utføres av tannbehandling blant voksne. Seksjon for samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo har derfor med jevne mellomrom gjennomført nasjonale intervjuundersøkelser der etterspørselen og forbruket av tannhelsetjenester i voksenbefolkningen har blitt kartlagt (1–5). Den første undersøkelsen ble utført i 1973 (1). Den siste oversikten der voksenbefolkningens bruk av tannhelsetjenester er beskrevet, ble gjort på et datamateriale fra 2004 (5).

Formål

I denne artikkelen beskriver vi etterspørselen og forbruket av tannhelsetjenester, samt behandlingsprofilen for tannbehandling utfra en nasjonal spørreundersøkelse som ble utført våren 2013. Vi belyser også hvorvidt befolkningen er tilfreds med sin tannhelse, og hvorvidt de fikk utført all den behand-

Hovedpunkter

- Nesten ni av ti voksne har vært hos tannlege i løpet av de siste to årene
- For et flertall i befolkningen er utgiftene til tannbehandling forholdsvis lave
- Klassisk reparativt tannlegearbeid utgjør fortsatt kjernen i pasientbehandlingen. Forebygging står også sterkt, og det utføres lite kosmetisk behandling
- Tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten er god i hele landet
- Utfordringen framover blir å dimensjonere tjenestetilbudet til det lavere behandlingsbehovet som ses blant yngre voksne

lingen tannlegen anbefalte. I tillegg til den rene beskrivelsen, analyserer vi følgende problemstillinger:

For det første, hvordan fordeler utgifter til tannbehandling og type behandlinger seg i ulike aldersgrupper? Tannhelsen blant barn og unge har vært i jevn forbedring i de fleste vestlige land, herunder også i Norge, over de siste 20–30 årene (6–8). Det er av interesse å studere hvorvidt denne tannhelseforbedringen har forplantet seg over i voksenbefolkningen. I så fall forventer vi et lavere utgiftsnivå for tannbehandling blant de yngre voksne sammenlignet med de eldre voksne. Om så er tilfelle indikerer dette at det fremtidige behovet for tannhelsetjenester kan være avtagende.

For det andre, hvordan påvirker tannlegedekningen pasientenes tilgjengelighet til tannlegen? Norge er ett av landene med den høyeste tannlegetettheten per innbygger (9). Det er samtidig et land med lav befolkningstetthet, og en spredt befolkning. Det er en uttalt politisk målsetting at tilgjengeligheten til tannhelsetjenester skal være lik i alle deler av landet, uavhengig av bosted (10). Vi belyser problemstillingen ved å studere hvordan den faktiske etterspørselen etter tannhelsetjenester og respondentenes subjektive oppfatning av tilgjengeligheten til tannlege varierer utfra tilbudet av tannleger.

Materiale og metode

Utvalg

Datainsamlingen ble gjort av TNS Gallup i mars 2013. Vårt utvalg, på 5 422 respondenter, ble trukket fra TNS Gallups Galluppanel som består av ca. 55 000 personer som har sagt seg villige til å delta i internettbaserte spørreundersøkelser (11). Panelet, som brukes til forskningsformål, er etablert etter nøye beskrevne kriterier, og det brukes mye ressurser for å sikre representativitet i forhold til befolkningen. Personene i vårt utvalg ble trukket tilfeldig innenfor ulike strata i Galluppanelet. Stratifiseringsvariablene var alder, kjønn og geografi.

Dette er en utvalgsprosedyre hvor det ikke er relevant å oppgi en svarprosent. De aller fleste personene i Galluppanelet svarer når de blir forespurt. Dersom noen velger å ikke svare, trekkes det nye personer fra panelet inntil den ønskede utvalgsstørrelsen er oppnådd. I tabell 1 vises fordelingen av respondentene i vårt utvalg og i hele populasjonen 20 år og eldre utfra kjønn, alder, bostedsregion og kommunestørrelse. Fordelingen er om lag lik i de to utvalgene, noe som indikerer at vårt utvalg er representativt for befolkningen 20 år og over.

En mulig svakhet med Galluppanelet er at det neppe inkluderer personer som er i en svært vanskelig livssituasjon (for eksempel rusmisbrukere, eldre i institusjon, mottakere av sosialstønad). Utvalgsprosedyren utelukker også det fåtall personer som enten ikke har tilgang til datamaskin, eller som ikke er i stand til å bruke en slik maskin. Vi må derfor ta forbehold om at våre funn ikke kan generaliseres til slike undergrupper i befolkningen. På den annen side, Galluppanelet har vært validert en rekke ganger, og med gode resultater (12). Alternativet, konvensjonelle utvalgsundersøkelser som postale spørreskjemaer eller telefonin-

Tabell 1. *Beskrivelse av utvalget og representativitet i forhold til befolkningen. Andeler i prosent*

	Utvalget (n=5422)	Befolkningen 20 år og eldre ¹⁾
Kjønn		
Kvinner	54,3	49,8
Menn	45,7	50,2
Alder		
20–29 år	14,8	17,7
30–39 år	16,0	17,9
40–49 år	16,1	19,4
50–59 år	17,1	16,7
60–69 år	20,7	14,4
70–79 år	12,8	8,0
>=80 år	2,5	5,9
Bostedsregion		
Østlandet	49,8	50,7
Sørlandet	5,4	5,6
Vestlandet	25,4	25,6
Trøndelag	9,8	8,7
Nord-Norge	9,6	9,4
Kommunestørrelse		
< 2 000 innbyggere	1,9	2,4
2000–5000 innbyggere	7,5	8,6
5000–10 000 innbyggere	9,3	11,8
10 000–30 000 innbyggere	29,6	29,1
>=30 000 innbyggere	51,6	48,1

1) Kilde: Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk

tervju, har sine klare begrensninger knyttet til bortfall av respondenter med påfølgende skjeve estimater (for oversikt se 13). I Galluppanelet er det ikke bortfall, og utvalget må kunne anses som representativt for de store grupper av voksenbefolkningen i Norge (tabell 1). Det er derfor grunn til å anta at våre resultater er representative populasjonsestimater, men selvsagt med den statistiske usikkerhet som er knyttet til ethvert slikt estimat.

Variabler

Vi skiller mellom etterspørsel og forbruk av tannhelsetjenester. Etterspørsel er en pasientinitiert prosess, hvor pasienten identifiserer et behov for å oppsøke tannlegen, og så gjør det (14). Forbruket uttrykker den mengden tannhelsetjenester som tilbys ved

besøket hos tannlegen. Informasjon om etterspørsel etter tannhelsetjenester ble innhentet ved å spørre respondentene om de hadde vært hos tannlege i løpet av det siste året, eller i løpet av de to siste årene. For å kartlegge forbruket av tannhelsetjenester ble respondentene spurt om sine utgifter til tannlege siste året, og hvilke typer behandlinger de eventuelt hadde fått. Utgifter ble målt i norske kroner, og følgende svaralternativer ble brukt for å kartlegge behandlingene: fylling(er), krone-/broterapi, rotfylling, ekstraksjon, tannkjøttbehandling, implantatbehandling, protese, tannbleking, tannregulering og råd om hvordan de skulle holde tennene rene. Tidligere studier har vist at selvrapporterte opplysninger om utgifter til tannbehandling og om tjenestetilbud er pålitelige (15, 16).

Vi spurte også om de fikk utført all den behandlingen som tannlegen anbefalte, og hvordan de vurderte sin tannhelsetilstand. I det siste spørsmålet anga respondentene svaret på en skala fra 1 (meget dårlig) til 5 (meget god).

Informasjon om den faktiske tilgjengeligheten ble innhentet ved å spørre om ventetid for time i dager. Variablen ble gruppert som 1–2 dager, 3–6 dager, 7–14 dager, 15 dager–1 måned og over 1 måned. Opplysninger om pasientenes subjektive opplevelse av tilgjengeligheten ble innhentet ved å spørre om hvor tilfredse de var med ventetiden for å få time og muligheten til å få akutt hjelp. I de siste spørsmålene anga respondentene svarene på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 6 (svært fornøyd).

Som bakgrunnsvariabler brukte vi pasientens alder og summen av antall private og offentlige tannleger per 10 000 innbyggere. Den siste variabelen ble laget utfra Den norske tannlegeforenings medlemsregister for 2013, og utfra befolkningstall fra Statistisk sentralbyrå per 1.01.2013. I vårt mål på tilgjengelighet inkluderte vi de offentlige tannlegene siden de utfører noe voksenbehandling – spesielt i mindre sentrale strøk av landet.

Analysér

Dataene ble analysert ved bivariat tabellanalyse. Testing mellom grupper ble gjort ved chi-square test (kategoriske avhengige variable) og ved f-test (kontinuerlige avhengige variabler). Der testingen viste signifikante forskjeller mellom grupper ($p < 0,05$), er et 95 % konfidensintervall oppgitt. Der

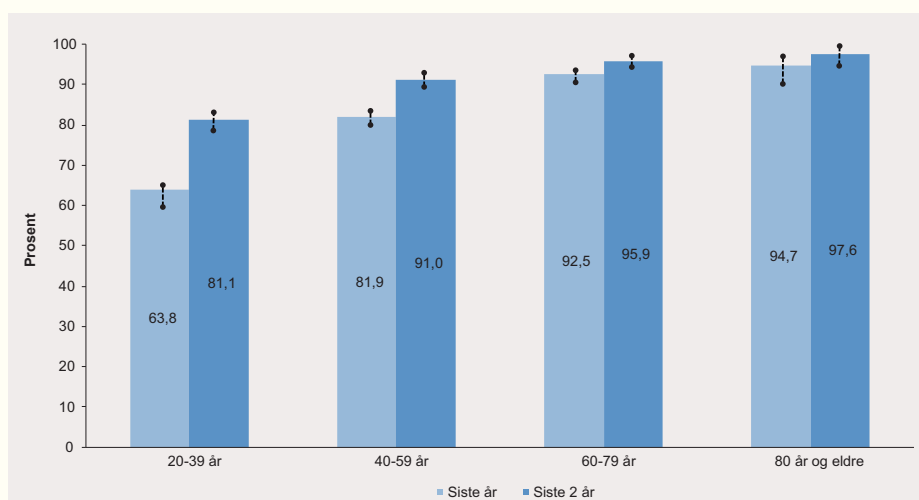
konfidensintervallene ikke overlappet, var det forskjeller i de avhengige variablene utfra alder eller tannlegetetthet.

Resultater

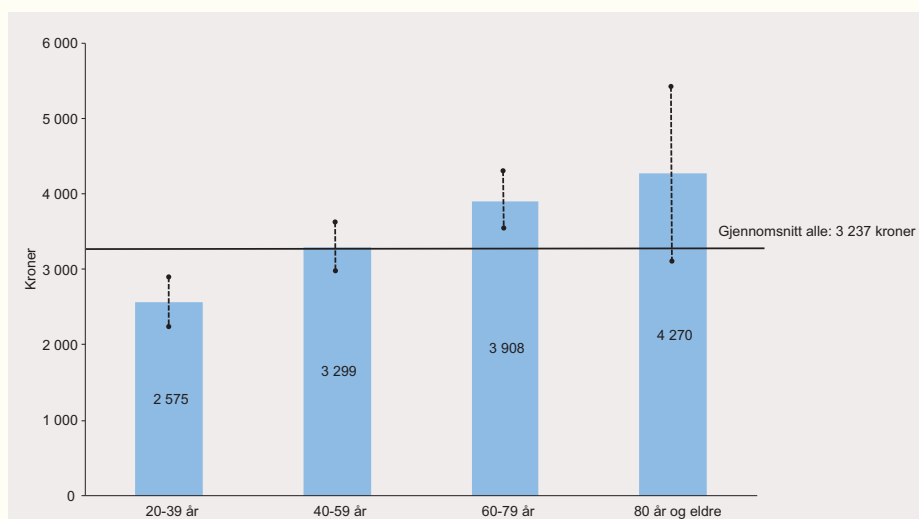
Etterspørsel etter tannhelsetjenester

Hele 88 % av voksenbefolkningen hadde vært hos tannlege i løpet av de to siste årene, og 77 % hadde vært der i løpet av siste året. I gjennomsnitt hadde de som hadde vært hos tannlegen siste år 2,03 besøk.

De yngre voksne hadde noe lavere etterspørsel enn de eldre voksne. I aldersgruppen 20–39 år hadde 81,1 % vært hos tannlegen i løpet av de siste to årene, og 63,8 % i løpet av siste året. Tilsvarende tall for aldersgruppen 60–79 år var henholdsvis 95,9 % og 92,5 %. Av de over 80 år hadde hele 94,7 % vært hos tannlegen i løpet av siste året (figur 1).



Figur 1. Andel som har vært hos tannlege siste år og siste to år etter alder. Voksenbefolkningen 20 år og eldre. Prosent. 95 % konfidensintervall angitt med punkter.



Figur 2. Gjennomsnittlig utgift til tannlege siste år etter alder. Voksenbefolkningen 20 år og eldre. Prosent. 95 % konfidensintervall angitt med punkter.

Tabell 2. Utgifter til tannbehandling siste år etter alder. Omfatter respondenter 20 år og eldre som har vært hos tannlege siste år (n=4 248). Andel respondenter i prosent.

Utgift siste år	Andel prosent	Kumulativ prosent
< 500 kroner	7,4	7,4
500–1000 kroner	32,7	40,1
1001–2000 kroner	24,9	64,9
2001–5000 kroner	20,5	85,4
5001–10 000 kroner	9,1	94,5
> 10 000 kroner	5,5	100,0

Forbruk av tannhelsetjenester

De gjennomsnittlige utgiftene for dem som hadde vært hos tannlegen siste året var 3 237 kroner, med et 95 % konfidensintervall fra 3 040 til 3 435 kroner. Personer i aldersgruppen 20–39 år hadde de laveste utgiftene – i gjennomsnitt 2 575 kroner. Personer på 80 år og over hadde de høyeste utgiftene – 4 270 kroner (figur 2). Sekstifem prosent av voksenbefolkningen hadde utgifter under 2 000 kroner, 85,4 % under 5 000 kroner, mens 5,5 % hadde utgifter over 10 000 kroner (tabell 2).

Av dem som hadde vært hos tannlegen siste året, fikk litt over halvparten av pasientene en eller flere fyllinger (tabell 3). Den nest mest hyppig forekommende behandlingstypen var krone- og/eller broterapi – det ble utført hos 17,7 % av pasientene. Rotfyllinger og ekstraksjoner ble utført hos om lag 14 %. Hele 62,9 % av pasientene fikk råd om hvordan de skulle holde ten-

Tabell 3. «Hva har du fått utført hos tannlegen siste året?» Omfatter respondenter 20 år og eldre som har vært hos tannlege siste år (n=4 248). Andel respondenter i prosent. 95 % konfidensintervall i parentes

Behandlingstype	Alle (n=4 248)	Alder				Test ¹⁾	p
		20–39 år (n=1 057)	40–59 år (n= 1 456)	60–79 år (n=1 615)	80 år og eldre (n=120)		
Fylling(er)	51,8	44,6 [41,5–47,7]	51,1 [48,4–53,8]	61,0 [58,3–63,7]	73,6 [64,4–82,8]	87,83	<0,0001
Krone-/broterapi	17,7	7,3 [5,6–9,0]	19,4 [17,2–21,7]	30,2 [27,5–32,9]	39,2 [27,6–50,7]	209,27	<0,0001
Rotfylling	14,5	11,9 [9,8–13,9]	13,4 [11,4–15,3]	21,2 [18,7–23,6]	18,9 [9,1–28,7]	31,13	<0,0001
Ekstraksjon	13,3	15,1 [12,8–17,3]	9,4 [7,8–11,1]	17,4 [15,2–19,7]	12,4 [4,3–20,5]	27,13	<0,0001
Tannkjøttbehandling	13,3	8,5 [6,7–10,3]	13,8 [11,8–15,8]	22,6 [20,1–25,1]	12,1 [3,7–20,3]	68,61	<0,0001
Implantatbehandling	2,6	2,5	2,4	3,1	3,0	0,95	0,811
Protese	2,1	1,5 [0,7–2,3]	1,2 [0,6–1,8]	5,6 [4,2–7,0]	1,5 [0,0–4,7]	38,42	<0,0001
Tannbleking	1,8	2,4	1,1	2,0	2,1	5,81	0,121
Tannregulering	0,5	0,9 [0,3–1,5]	0,3 [0,0–0,5]	0,1 [0,0–0,2]	0,0 [–]	8,21	0,041
Råd om hvordan holde tennene rene	62,9	67,8 [64,9–70,7]	59,3 [56,5–62,1]	61,0 [58,2–63,9]	56,3 [44,3–68,3]	23,67	<0,0001

1) Testing er foretatt ved hjelp av chi-square test.

Tabell 4. Tilfredshet med egen tannhelse og andel som har fått utført den behandlingen tannlegen anbefalte siste gang de var hos tannlege. Omfatter respondenter 20 år og eldre. Gjennomsnitt og andel respondenter i prosent. 95 % konfidensintervall i parentes

	Alder					Test ³⁾	p
	Alle	20–39 år	40–59 år	60–79 år	80 år og eldre		
Tilfredshet med egen tannhelse ¹⁾	3,83	3,84	3,87	3,77	3,65	5,98	0,0005
		[3,80–3,89]	[3,83–3,92]	[3,73–3,81]	[3,51–3,80]		
Andel som vurderer sin tannhelse som god ²⁾	69,5	70,8	70,8	65,9	62,6	14,50	0,0023
		[68,6–73,0]	[68,7–72,9]	[63,7–68,1]	[54,27–71,0]		
n	5 357	1 654	1 784	1 787	132		
Andel som har fått utført den behandlingen tannlegen anbefalte	96,2	94,8	97,2	97,4	97,8	21,05	0,0001
		[93,7–95,9]	[96,4–98,0]	[96,6–98,1]	[95,2–1,00]		
n	5 161	1 533	1 742	1 719	126		

1) Målt på en skala fra 1 til 5 der 1 er meget dårlig og 5 meget god

2) Score 4 og 5 på en skala fra 1 til 5 der 1 er meget dårlig og 5 meget god

3) Gjennomsnittlig tilfredshet med egen tannhelse er testet ved hjelp av f-test. Andel som vurderer sin tannhelse som god og andel som har fått utført anbefalt behandling, er testet ved hjelp av chi-square test

nene rene, mens bare 1,8 % fikk utført tannbleking. Implantatbehandling ble gjort på 2,6 %, mens tannregulering nesten ikke forekom på voksne.

Behandlingsprofilen varierte utfra alder (tabell 3). For alle aldersgrupper var det, med unntak av for implantatbehandling og tannbleking, signifikante forskjeller ($p < 0,05$) i hva pasientene fikk gjort hos tannlegen. Et gjennomgående mønster var at konfidensintervallene for den yngste aldersgruppen ikke overlappet med de eldste, dvs. at personer i den yngste aldersgruppen fikk gjort minst reparativ tannbehandling. Nesten halvparten fikk en eller flere fyllinger i løpet av siste året de besøkte tannlegen. Syv prosent fikk satt inn krone eller bro, mens 12 % fikk rotfylling. Tannbleking ble utført hos 2,4 % av pasientene i den yngste aldersgruppen, mens 67,8 % fikk råd om hvordan de skulle holde tennene rene.

I aldersgruppen 60–79 år fikk 61,0 % av pasientene en eller flere fyllinger i løpet av siste år. Litt under en tredjedel fikk satt inn krone eller bro, mens litt over en femtedel fikk rotfylling. I denne aldersgruppen fikk 17,4 % trukket en eller flere tenner, mens 5,6 % fikk satt inn en protese. Tannkjøttbehandling ble utført hos 22,6 % av pasientene.

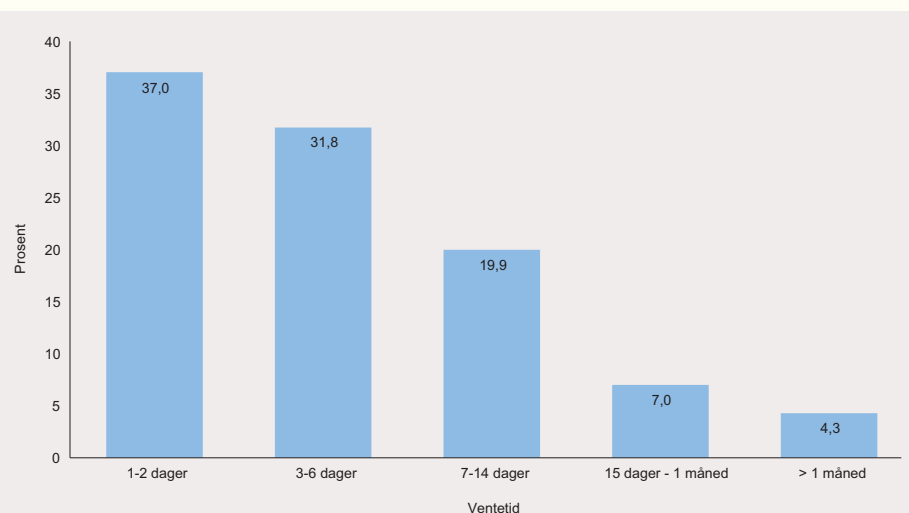
Tilfredshet med sin egen tannhelse, og mottar pasientene den behandlingen tannlegen anbefaler?

Voksenbefolkningen var godt tilfredse med egen tannhelse, indikert ved en gjennomsnittsscore på 3,83 (tabell 4).

Hele 69,5 % hadde en score på 4 eller høyere. De eldste var minst fornøyd med tannhelsen. Dette resultatet var robust enten analysene ble utført på indeksens gjennomsnittverdier eller utfra andelen respondenter som scoret 4 eller høyere (tabell 4). Forskjellen i scoreverdi mellom aldersgruppene var likevel liten. En svært høy andel av befolkningen, hele 96 %, oppga at de fikk utført all den behandlingen som tannlegen anbefalte. Andelen var lavest blant de yngste. Igjen, forskjellen i scoreverdi mellom aldersgruppene var også her liten.

Tilgjengelighet til tannlegen

Nesten 70 % av voksenbefolkningen ventet mindre enn én uke på time sist de ønsket å gå til tannlegen (figur 3). Hele 90 % fikk time innen 14 dager. Gjennomsnittsscoren for indeksen som mål-



Figur 3. Ventetid på time hos tannlege. Andel respondenter i prosent. Voksenbefolkningen 20 år og eldre.

Tabell 5. Ventetid for time samt tilfredshet med ventetid og muligheten for akutt hjelp etter tannlegedekning i kommunen. Omfatter respondenter 20 år og eldre. Gjennomsnitt og andel respondenter i prosent. 95 % konfidensintervall i parentes

	Antall tannleger per 10 000 innbyggere i kommunen								Test ³⁾	p
	Alle	0	1–2	2–4	4–6	6–8	8–10	Over 10		
Ventetid										
< 3 dager	37,0	42,6	39,9	39,2	33,4	37,6	36,1	37,4	3,60	0,73
< 7 dager	68,8	66,2	72,7	70,9	64,0	71,8	67,1	69,1	8,59	0,20
< 15 dager	88,7	86,6	84,1	91,9	84,5	88,9	89,4	88,9	9,33	0,16
n	4 487	109	64	141	424	685	904	2 160		
Tilfredshet¹⁾										
Ventetiden for å få time	5,15	5,10	5,11	5,05	5,07	5,13	5,15	5,17	0,96	0,45
Andelen som er tilfreds med ventetiden for å få time ²⁾	78,6	84,3	83,2	77,7	77,1	78,1	78,0	79,1	3,06	0,80
n	4 989	115	67	155	469	765	1 019	2 399		
Muligheten for akutt hjelp	5,13	5,07	5,22	4,75	4,97	5,10	5,20	5,17	4,46	0,0002
		[4,74–5,40]	[4,98–5,46]	[4,50–5,00]	[4,83–5,10]	[4,99–5,19]	[5,13–5,28]	[5,11–5,22]		
Andel som er tilfreds med muligheten for akutt hjelp ²⁾	78,9	79,1	79,9	71,1	75,1	78,1	80,6	79,6	8,35	0,21
n	3 493	79	50	121	348	559	697	1 639		

1) Målt på en skala fra 1 til 6 der 1 er svært misfornøyd og 6 svært fornøyd

2) Score 5 og 6 på en skala fra 1 til 6 der 1 er svært misfornøyd og 6 svært fornøyd

3) Ventetid og andel som er tilfreds med ventetid og muligheten for akutt hjelp er testet ved hjelp av chi-square test. Gjennomsnittlig tilfredshet med ventetid og muligheten for akutt hjelp er testet ved hjelp av f-test.

te tilfredsheten med ventetiden for å få time, var 5,15. Tilsvarende verdi når vi spurte om tilfredsheten med muligheten for å få akutt hjelp var 5,13 (tabell 5).

I tabell 5 er kommunene gruppert utfra summen av den private og offentlige tannlegedekningen per 10 000 innbyggere. Det er stor variasjon i tannlegedekningen mellom kommuner. Hele 78 kommuner har verken offentlig eller privat tannlege. 17 kommuner har mer enn 15 offentlige/private tannleger per 10 000 innbyggere.

Et gjennomgående mønster i tabell 5 er at ventetiden for time er uavhengig av tannlegedekningen. De statistiske testene viser også at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom de ulike nivåene av tannlegedekningen. Det samme gjelder indekstimateene for tilfredsheten med ventetiden for å få time. Innbyggere i kommuner med 2–6 tannleger per 10 000 innbyggere er noe mindre fornøyd enn de som bor i kommuner med den høyeste dekningen med muligheten for å få akutt hjelp. Forskjellen i scoreverdi er imidlertid liten.

Diskusjon

Et hovedfunn i denne studien er at klassisk reparativt tannlegearbeid fortsatt utgjør kjernen i den behandlingen som i dag tilbys

pasientene. Dette underbygges ved at fyllingsterapi, krone- og broterapi og endodonti utgjør hovedtyngden av behandlingsvolumet. Det er også verdt å merke seg at det fortsatt lages proteser, om enn i et beskjedent omfang, og da fortrinnsvis i den eldre del av befolkningen. Såkalt kosmetisk tannbehandling har et begrenset omfang. Det gjøres for eksempel lite tannbleking, selv blant de yngre voksne. Tannregulering gjøres det så lite av at det knapt fanges opp i vårt utvalg. Det er imidlertid også verdt å merke seg at den reparative behandling ikke ser ut til å gå på bekostning av forebygging. En høy andel av pasientene opplyser at de får informasjon om hvordan de skal holde tennene rene eller passe på sine tenner.

For hovedtyngden av befolkningen er utgiftsnivået forholdsvis lavt. Dette skyldes trolig den høye andelen av befolkningen som går regelmessig til tannlege. Det er i all hovedsak to grupper i befolkningen som ikke oppsøker tannlegen regelmessig; det er de tannløse og de med tannlegeangst (2, 17). Befolkningens inntektsnivå har i dag bare en liten og tilnærmet ubetydelig effekt på etterspørselen og forbruket av tannhelsetjenester (18). Vi vet i dag ikke hvordan tannhelsen til dem som ikke går regelmessig til tannlegen er. Dette fordi det i Norge ikke finnes nasjonale representative epidemiologiske utvalgsundersøkelser over tann-

helsetilstanden hverken for befolkningen som helhet, eller for de gruppene som ikke går regelmessig til tannlegen i særdeleshet.

Ved regelmessige besøk kan tannsykdom oppdages på et tidlig tidspunkt. Behandlingen kan da utføres før skadeomfanget er blitt for omfattende, noe som demper utgiftsnivået. På den annen side, en liten andel av befolkningen har høye utgifter til tannbehandling – det er en overvekt av disse i de eldste aldersgruppene. Dette er ikke overraskende gitt den sykdomserfaring disse har tatt med seg fra tidligere tider. De tilhører fyllingsgenerasjonen, med mye tannsykdom og påfølgende mange restaureringer fra tidlig alder. Restaureringer har begrenset levetid (19), noe som gjenspeiler seg i behov for til dels mye reparasjoner i de senere faser av livsløpet.

I de yngste aldersgruppene utføres det også avansert odontologisk behandling, slik som krone- og broterapi, og rotfyllinger. Men omfanget er relativt lavt, og vesentlig lavere enn i de eldste aldersgruppene. For eksempel gjøres det fire ganger så mye krone- og broterapi i aldersgruppen 60–79 år som i gruppen 20–39 år. Dette gjenspeiler seg også i at utgiftsnivået for de yngste er nesten halvparten av det de eldste har. Dette samsvarer godt med funn fra epidemiologiske undersøkelser der tannhelsetilstanden i den norske voksenbefolkningen er kartlagt. Holst og Schuller har i flere arbeider vist at tannhelsen blant yngre voksne i dag er vesentlig bedre enn blant de eldre (7, 20, 21).

Tannhelsen for dem som i dag er 40 år og yngre er også mye bedre enn for samme aldersgruppe for 20 og 30 år siden (7, 20, 21). Dette betyr at fremtidens eldre neppe vil ha behov for samme mengde tannbehandling som dagens eldre. Utfra et slikt perspektiv er det derfor all grunn til å tro at det fremtidige behovet for tannhelsetjenester vil bli lavere enn i dag. Et realistisk anslag, basert på vår studie, er derfor at utgiftene til fremtidens eldre vil ligge nærmere nivået til dagens 20–39 åringer, enn det nivået dagens 60–79 åringer ligger på. Med dagens kroneverdi tilsvarer dette i underkant av 3 000 kroner i årlige utgifter. En slik betraktning forutsetter selvsagt at konkurransen i tannlegemarkedet fungerer, og at markedsimperfeksjoner ikke leder til en uønsket prisstigning på tannhelsetjenester (22, 23).

Tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten er god i hele landet. Dette er tilfelle enten tilgjengeligheten måles ved objektive (ventetid for time) eller subjektive (tilfredshet med ventetiden) indikatorer. Hele 90 % av respondentene har en ventetid på 14 dager eller mindre, noe som må ansees som akseptabelt. Funnet samsvarer med tidligere studier der tilgjengeligheten til tannhelsetjenesten i voksenbefolkningen har vært undersøkt (24, 25). Alle-rede på 1970- og 1980-tallet var det kort ventetid for tannbehandling, selv i utkantstrøk av landet. Dette skyldes et hensiktsmessig samspill mellom den private og den offentlige tannhelsetjenesten (25). I områder der pasientgrunnlaget er for lite til å etablere privat tannlegepraksis, vil Den offentlige tannhelsetjenesten kunne gi et tilbud, ikke bare til prioriterte grupper, men også til voksenbefolkningen. Det er også verdt å merke seg at nesten samtlige respondenter oppga at de fikk den behandlingen som tannlegen anbefalte, og en høy andel svarte også at de var fornøyde med sin egen tannhelsetilstand. Dette, sammenholdt med at tilgjengeligheten er god, indikerer at det neppe er

for få private tannleger i Norge i dag. Utfordringen fremover blir heller å dimensjonere tjenestetilbudet til det lavere behandlingsbehovet som vi nå ser blant de yngre voksne.

Takk

Forfatterne takker Den norske tannlegeforening som finansierte denne undersøkelsen.

English summary

Grytten J, Skau I, Holst D.

Demand for dental services and dental treatment patterns among Norwegian adults

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 276–83.

The aim of the present study was to describe demand, consumption and availability to dental services in the Norwegian population aged 20 years and older. The data were collected using a questionnaire in March 2013. The sample of 5 422 respondents was representative of the Norwegian adult population. The proportion of respondents who had demanded dental services during the last two years was 88 %, and during the last year 77 %. The mean expenditure for those who had demanded dental services during the last year, was about NOK 3 200. Expenditure was lowest for persons in the age group 20–39 years (about NOK 2 600) and highest for those 80 years and above (about NOK 4 300). These differences in expenditure reflect differences in the type of treatment that is provided to people in different age groups. Those in the older age groups receive the most fillings, crowns, bridges and root fillings. Dental services were easily available throughout the country. This was the case whether availability was measured using an objective indicator (waiting time for an appointment in days) or a subjective indicator (satisfaction with the waiting time). Nearly all respondents reported that they received all the treatment that the dentist recommended, and a high proportion of the respondents answered that they were satisfied with their dental health. Our results indicate that there is a sufficient number of private dentists in Norway.

Referanser

1. Heløe LA, Holst D, Rise J. Development of dental status and treatment behavior among Norwegian adults 1973–85. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1988; 16: 52–7.
2. Grytten J, Holst D, Rossow I, Vassend O, Wang. 100 000 flere voksne går til tannlegen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 1990; 100: 414–22.
3. Holst D, Grytten J. Tannbehandling i Norge 1973 til 1995 – fra sykdomsbehandling til tjenesteyting? *Nor Tannlegeforen Tid.* 1997; 107: 554–9.
4. Grytten J, Skau I, Holst D. Endring i utgifter og honorarer for tannbehandling 1995–2004. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2004; 114: 744–7.
5. Holst D, Grytten J, Skau I. Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2005; 115: 212–6.
6. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31 (Suppl 1): 3–24.

7. Holst D, Schuller AA. Oral health changes in an adult Norwegian population: a cohort analytical approach. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28: 102–11.
8. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?Main-Table=Kostr3FGTannhel&KortNavnWeb=tannhelse&PLangue=0&checked=true> (lest 13.02.2013).
9. Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe. Part II: The dental work force. *Community Dent Health.* 1998; 15: 243–7.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om tannhelsetjenesten. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54> (lest 13.02.2014).
11. TNS Gallup. Våre panel. <https://www.tns-gallup.no/?aid=9072138> (lest 13.02.2014).
12. TNS Gallup. Nye verktøy for samfunnsvitenskaplig forskning. <https://www.tns-gallup.no/?did=9079227> (lest 13.02.2014).
13. Groves RM, Dillman DA, Eltinge JL, Little RJA. *Survey nonresponse.* New York: John Wiley & Sons; 2002.
14. Stoddart GL, Barer ML. Analyses of demand and utilization through episodes of medical services. In: van der Gaag J, Perlman M, editors. *Health, economics and health economic.* Amsterdam: North-Holland; 1981. p 149–70.
15. Norheim PW. Validity of information concerning the use of dental services obtained in interviews. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1979; 7: 91–5.
16. Grytten J. The Norwegian dental care market. Empirical studies on accessibility and supplier inducement in the adult population [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1992. p 30–4, 61–2.
17. Grytten J. Accessibility of Norwegian dental services according to family income from 1977 to 1989. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992; 20: 1–5.
18. Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population of Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40: 297–305.
19. Jokstad A, Bayne S, Blunck U, Tyas M, Wilson N. Quality of dental restorations. FDI Commission Project 2–95. *Int Dent J.* 2001; 51: 117–58.
20. Shuller AA, Holst D. Changes in the oral health of adults from Trøndelag, Norway, 1973–1983–1994. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998; 23: 201–8.
21. Holst D, Shuller AA. Equality in adults' oral health in Norway. Cohort and cross-sectional results over 33 years. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011; 39: 488–97.
22. Grytten J. Models for financing dental services. A review. *Community Dent Health.* 2005; 22: 75–85.
23. Grytten J, Sørensen R. Competition and dental services. *Health Econ.* 2000; 9: 447–61.
24. Grytten J. Effect of time costs on demand for dental services among adults in Norway in 1975 and 1985. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991; 19: 190–4.
25. Grytten J, Skau I, Holst D. Hvor skjevfordelte er tannlegene i Norge? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2002; 112: 172–7.

Adresse: Jostein Grytten, Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Postboks 1052 Blindern, 0316 Oslo. E-post: josteing@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Grytten J, Skau I, Holst D. Tannhelsetjenestetilbudet blant voksenbefolkningen i Norge – behandlingsprofiler og tilgjengelighet til tannlegen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 276–83.



Skann koden med smarttelefonen din.

Vårt mål er å yte best mulig behandling til våre pasienter og et godt samarbeide med våre henvisere.

Ved Oralkirurgisk klinikk har vi korte ventetider for behandling av henviste pasienter. Våre spesialister har alle lang erfaring og med vårt gode assisterende personell skal vi gjøre vårt for å gi en best mulig pasientopplevelse. Som henviser er du også velkommen til å diskutere kasus med oss i terapiplanlegging.

Oralkirurgisk klinikk tilbyr utredning og behandling innen:

- oral kirurgi og oral medisin
- kirurgisk implantatbehandling
- protetisk implantatbehandling
- databasert «guided» implantatkirurgi
- CT-undersøkelse/utredning med cbct
- behandling med intravenøs sedasjon og medisinsk overvåking ved anestesilege

Oralkirurgisk klinikk er lett tilgjengelig med offentlig kommunikasjon og det er gode parkeringsforhold ved klinikken.

Oralkirurgisk klinikk AS
Spesialistklinikk • Implantatbehandling

Oral kirurgi
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin:
Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Oral protetik
Spesialist i oral protetik prof. dr. odontologi:
Sonni Mette Wåler

Røntgen
Spesialist kjeve- og ansiktsradiologi:
Bjørn Bamse Mork-Knutson

Oralkirurgisk klinikk AS
Sørkedalsveien 10 A
0369 Oslo

 23 19 61 90

www.oralkirurgisk.no

Elisabeth R. Næss, Karoline A. Moan, Nina J. Wang, Tove I. Wigen

Småbarnsforeldre og tannhelseinformasjon

Spørreundersøkelse i en barnehage i Oslo

Hensikten med studien var å kartlegge hvilken informasjon foreldre til barn under 4 år hadde mottatt om barns tannhelse, og hvordan de hadde innhentet informasjon. Totalt 110 foreldre med barn i en barnehage i bydel Gamle Oslo besvarte et spørreskjema. De fleste foreldre, 77 %, rapporterte behov for informasjon om barns tenner og tannstell før barnet var 3 år, og over halvparten hadde aktivt søkt informasjon. De fleste foreldre, 63 %, hadde fått informasjon om barns tannhelse på helsestasjonen, 43 % hadde fått informasjon via internett, og 28 % fra familie eller venner. På helsestasjonen hadde de fleste foreldre mottatt informasjon om tannbørsting (60 %), tannfrembrudd (46 %) og drikke om natten (38 %), mens 21 % av foreldre oppgav at de ikke hadde fått noen informasjon på helsestasjonen. De fleste foreldre, flere vestlige enn ikke-vestlige, rapporterte at de var fornøyde med informasjonen de hadde mottatt. Selv om de fleste foreldre rapporterte at de var fornøyde med informasjonen og mente de hadde tilstrekkelig kunnskap, viste undersøkelsen at en del småbarnsforeldre ikke fulgte norske retningslinjer om å børste barnas tenner to ganger daglig.

En del barn møter til første undersøkelse hos tannhelsetjenesten ved 3-årsalder med kariøse tenner. Dette kan tyde på at noen foreldre har mangelfull eller feilaktig kunnskap om barns tenner og tannstell.

Kariesforekomst blant småbarn er redusert de senere årene, i 2012 var 81 % av 5-åringene i Norge uten karieserfaring (1).

Forfattere

Elisabeth R. Næss, tannlegestudent. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Karoline A. Moan, tannlegestudent. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Nina J. Wang, professor, dr. odont.. Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitetet i Oslo

Tove I. Wigen, postdoktor, PhD. Institutt for klinisk odontologi, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitetet i Oslo

Kariesforekomst er skjevt fordelt; en studie har vist at i 2007 hadde 10 % av norske 5-åringene 70 % av all karieserfaring (2, 3). I 2006 hadde 7 % av 2-åringene karies eller synlig plakk (4). Studier viser at småbarn av foreldre med ikke-vestlig bakgrunn og foreldre med kort utdanning har mer karies enn andre barn (3, 5, 6).

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi tannhelsetilbud til alle barn fra fødsel til og med det året de fyller 18 år (7). I de fleste fylker blir barn innkalt til tannhelsetjenesten første gang det kalenderåret de fyller 3 år. Før 3 års alder skal barns tannhelse i følge nasjonale retningslinjer følges opp på helsestasjon, og barn henvises til tannhelsetjenesten ved behov (8, 9). På helsestasjon skal det gis veiledning til foreldre om tannhelse; herunder kosthold, tannstell og gode spisevaner. Ved 2 års alder anbefales det at tennene undersøkes (8).

Informasjon om tannhelse er tilgjengelig fra mange kilder. Informasjon kan være innhentet i barnehage, hos lege, tannlege eller skole, fra familie og venner, og ikke minst er internett i økende grad en kilde til informasjon. Tannhelseinformasjon skal gis på helsestasjon (8), men i hvilken grad foreldre har mottatt og oppfattet informasjonen er ikke undersøkt. Det er ikke kjent hvor foreldre ellers henter informasjon om barns tannstell.

Hovedpunkter

- De fleste foreldre til barn under fire år rapporterte behov for informasjon om barns tenner og tannstell, og over halvparten av foreldrene hadde aktivt søkt informasjon om barns tannhelse.
- Foreldre rapporterte oftest å ha fått tannhelseinformasjon på helsestasjonen og via internett.
- Informasjon oftest mottatt på helsestasjon omhandlet temaene; tannbørsting, tannfrembrudd og drikke om natten.
- De fleste foreldre, flere vestlige enn ikke-vestlige, rapporterte at de var fornøyde med informasjonen de hadde mottatt.

Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge hvilken informasjon foreldre til barn under 4 år hadde mottatt om barns tannhelse, og hvordan de hadde skaffet seg denne informasjonen.

Materiale og metode

Foreldre til barn i Kværnerdalen barnehage i bydel Gamle Oslo ble invitert til å delta i en spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble gjennomført over tre dager høsten 2012 ved fem av syv avdelinger i barnehagen. Det var totalt 250 barn ved fem avdelinger i alderen 0 til 6 år. Foreldre med yngste barn i aldersgruppen 0 til 4 år og som var til stede på undersøkelsestidspunktet ble inkludert i studien. I alt 120 foreldre besvarte spørreskjemaet. Av disse ble 10 besvarelser ekskludert fra analysene fordi familiens yngste barn hadde fylt 4 år. Totalt 110 spørreskjema ble analysert.

Barnehagen fikk på forhånd tilsendt et informasjonsskriv med informasjon om hensikten med undersøkelsen og hvordan den skulle gjennomføres. Invitasjon til å delta ble sendt fra barnehagens leder via e-post til samtlige foreldre. Spørreskjemaet ble levert til foreldre ved henting av barn i barnehagen. Foreldrene fylte ut skjemaet på stedet og hadde mulighet til å be om hjelp med utfyllingen.

Spørreskjema hadde tre deler med følgende inndeling; foreldres bakgrunn og tannhelseatferd, rutiner for stell av barns tenner og hvordan foreldre hadde fått eller tilegnet seg informasjon om barns tannhelse. Det ble registrert om mor eller far fylte ut spørreskjema, antall barn i familien og barnas alder.

Foreldres bakgrunn og tannhelsevaner. Nasjonal bakgrunn ble kartlagt med spørsmål om mors og fars fødeland. Foreldres nasjonale bakgrunn ble dikotomisert i vestlig og ikke-vestlig. Ikke-vestlig bakgrunn omfattet foreldre født i Tyrkia, Asia, Afrika, Sør-Amerika, Sentral-Amerika og Øst-Europa. Sosioøkonomisk bakgrunn ble kartlagt med spørsmål om utdanningslengde. Utdanningslengde ble i analysen dikotomisert som kort (0 til 12 år) og lang (flere enn 12 år). Foreldres tannhelsevaner ble kartlagt ved spørsmål om hvilke av følgende hjelpemidler som ble benyttet daglig; tannbørste, tanntråd, tannstikker/interdentalbørste og fluorprodukter utover tannkrem.

Foreldrenes rutiner for barns tannstell. Hvilke tiltak som ble gjennomført for familiens yngste barn eldre enn 6 måneder ble kartlagt. Det ble spurt om hvor ofte barnets tenner ble børstet, med svaralternativer to ganger daglig, en gang daglig eller av og til/aldri. Barnets bruk av fluortabletter ble rapportert som daglig, av og til eller aldri. Det ble spurt om barnets tenner noen gang hadde blitt undersøkt, og eventuelt hvem som hadde undersøkt tennene.

Informasjon om barns tannhelse. Foreldre ble spurt om alder på det eldste barnet da de følte behov for informasjon om tenner og tannstell første gang. Svaralternativene var før frembrudd av første tann, fra tannfrembrudd til 1 år, 1 til 3 år eller aldri hatt behov. Foreldrene rapporterte om de aktivt hadde søkt informasjon om barns tannhelse eller ikke. På spørsmål om hvor de hadde fått eventuell informasjon fra var svaralternativene helsestasjonen, internett, tannhelsetjenesten (THT)/fagtidsskrifter, blader/aviser, barnehagen, familie/venner, annet eller ingen av delene.

Videre var det spørsmål om helsestasjonen hadde gitt informasjon om tannfrembrudd, mellommåltider, tannbørsting, drikke om natten, fluortabletter, sukkerholdig mat, andre tema eller ingen av delene. For å kartlegge om informasjonen var tilfredsstillende ble foreldrene bedt om å krysse av på en visuell-analog skala (VAS-skala) med skår fra 1 (svært lite tilfreds) til 6 (svært tilfreds). Foreldre ble spurt om de selv mente de hadde tilstrekkelig kunnskap om tannhelse på undersøkelsestidspunktet eller ikke.

Etiske vurderinger. I studien benyttes anonyme data som presenteres på aggregert nivå. Studien inkluderte ikke helseopplysninger og var derfor ikke søknads- eller meldepliktig til etisk komité og personvernombud.

Statistiske analyser: Data ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS for Windows versjon 19.0. Frekvensanalyser og krystabeller med kji-kvadrattest ble utført. Forskjeller der p-verdi var mindre enn 0,05 ble betraktet som statistisk signifikante.

Resultater

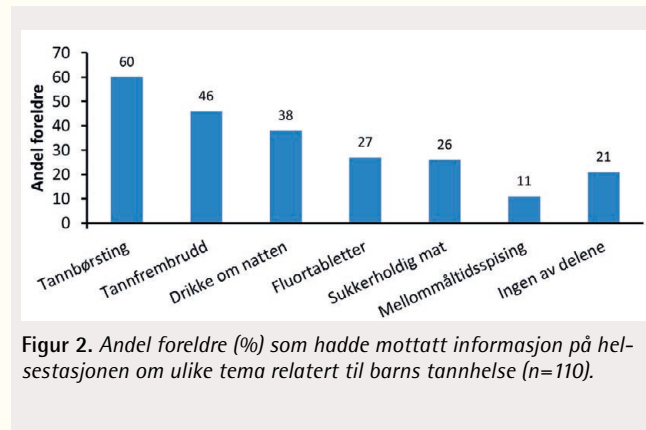
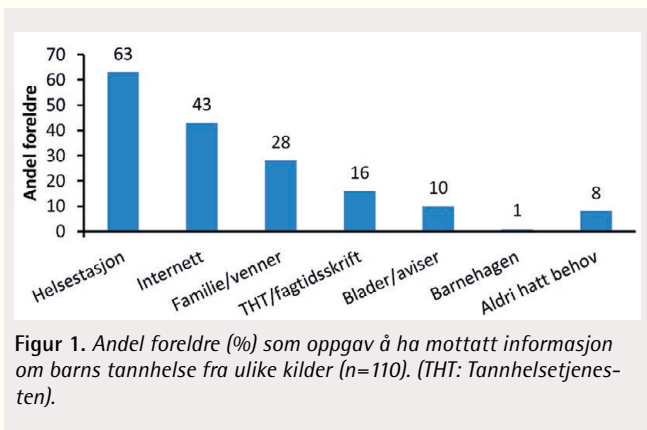
Tabell 1 viser kjønn, utdanning, nasjonal bakgrunn og tannhelseatferd hos foreldre som deltok i undersøkelsen. Av barna hadde 23 % én eller begge foreldre med ikke-vestlig bakgrunn, og 10 % av barna hadde foreldre med kort utdanning. Av foreldre med vestlig bakgrunn hadde 93 % lang utdanning, og tilsvarende andel ikke-vestlige foreldre var 80 %.

Foreldres tannhelseatferd, verken daglig bruk av tannbørste, tanntråd, tannstikker/interdentalbørste eller fluorbruk utover tannkrem, hadde ikke sammenheng med nasjonal bakgrunn eller utdanningslengde ($p > 0,05$).

Tabell 2 viser foreldres rutiner for tannbørsting og fluortablettbruk på yngste barn eldre enn 6 måneder. Mer enn halvparten (58 %) av barna fikk tennene børstet to ganger daglig, og 26 % av barna fikk fluortabletter daglig. Blant foreldre med lang utdanning børstet 3 % barnets tenner av og til eller aldri, tilsvarende andel blant foreldre med kort utdanning var 27 % ($p <$

Tabell 1. Foreldres bakgrunn og tannhelsevaner ($n = 110$).

	Antall	%
Foreldre som deltok		
Mor	64	58
Far	46	42
Utdanning		
Kort	11	10
Lang	99	90
Nasjonal bakgrunn		
Begge foreldre vestlig	85	77
En/begge foreldre ikke-vestlig	25	23
Daglig bruk av		
Tannbørste	109	99
Tanntråd	54	49
Tannstikker/mellomromsbørste	22	20
Fluorprodukter utover tannkrem	39	36



0,05). Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom tannbørstefrekvens og foreldres nasjonale bakgrunn. Barns bruk av fluortabletter hadde ikke sammenheng med foreldres nasjonale bakgrunn eller utdanningslengde ($p > 0,05$).

Av 16 barn (14%) som hadde fått undersøkt tennene, var ni barn undersøkt på tannklinik og syv barn på helsestasjon. Årsaker til undersøkelse på tannklinik var rutineundersøkelse (7 barn) og tannskade (2 barn), mens årsaker til besøk på helsestasjon var rutineundersøkelse (5 barn), tannskade (ett barn) og undersøkelse etter forespørsel fra foreldre (1 barn).

Figur 1 viser andelen foreldre som oppgav å ha mottatt informasjon om barns tannhelse fra ulike kilder. De fleste, 63%, hadde fått informasjon om barns tannhelse på helsestasjonen, 43% via internett, og 28% fra familie eller venner. Kun 8% av foreldrene rapporterte at de aldri hadde fått eller hatt behov for informasjon. Det var ingen forskjell i andelen vestlige og ikke-vestlige foreldre som rapporterte at de aldri hadde fått eller hatt behov for informasjon.

De fleste foreldre, 67%, hadde ønsket informasjon om barns tenner og tannstell i løpet av barnets første leveår, mens 10% hadde følt behov for informasjon da barnet var mellom ett og tre år. Over halvparten (59%) oppgav at de aktivt hadde søkt informasjon om barns tannhelse.

Figur 2 viser andelen foreldre som oppgav å ha mottatt informasjon om ulike tema på helsestasjonen. På helsestasjonen hadde flest foreldre fått informasjon om tannbørsting (60%), tannfrem-

brudd (46%) og drikke om natten (38%), mens 21% av foreldrene oppgav at de ikke hadde fått noen informasjon på helsestasjon.

Informasjon om tannbørsting på helsestasjonen ble rapportert mottatt av 67% av vestlige foreldre, tilsvarende andel av ikke-vestlige foreldre var 36% ($p < 0,05$). Informasjon om tannfrembrudd på helsestasjonen ble rapportert mottatt av 54% av vestlige foreldre, tilsvarende andel av ikke-vestlige foreldre var 20% ($p < 0,05$). Det var flere ikke-vestlige enn vestlige foreldre som rapporterte at de ikke hadde fått informasjon på helsestasjonen (36% vs. 17%, $p < 0,05$).

Generelt var mange foreldre, 68%, fornøyde med informasjonen de hadde mottatt. Flere vestlige enn ikke-vestlige foreldrene var fornøyde ($p < 0,05$). Tabell 3 viser fordeling av vestlige og ikke-vestlige foreldre etter hvor tilfredse de var med informasjonen de hadde mottatt eller oppsøkt.

De fleste foreldre, 75%, rapporterte at de hadde tilstrekkelig kunnskap om barns tannhelse. Blant foreldre som rapporterte at de hadde tilstrekkelig kunnskap, børstet 62% barnets tenner to ganger daglig, 31% én gang daglig og 7% av og til eller aldri. Det var ingen forskjell i børstehyppighet mellom de som rapporterte å ha tilstrekkelig kunnskap og de som rapporterte ikke å ha tilstrekkelig kunnskap.

Diskusjon

Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge hvilken informasjon foreldre til barn under 4 år hadde mottatt om barns tannhelse, og hvordan de hadde skaffet seg informasjon. Resultatene viste at mange foreldre har fått informasjon på helsestasjonen og via internett. På helsestasjonen hadde foreldre oftest mottatt informasjon om tannbørsting og tannfrembrudd.

I denne studien var andel av foreldre med innvandrerbakgrunn lav, 23%, og andelen med lang utdanning høy, 90%. Tilsvarende andel for Gamle Oslo, der studien ble gjennomført, var 37% og 46% (11, 12). Dette kan tyde på at en relativt stor andel av foreldre med innvandrerbakgrunn eller kort utdanning ikke hadde barn i barnehage, og er underrepresentert i studien. Det er dokumentert at småbarn med foreldre som har ikke-vestlig bakgrunn og kort utdanning har økt risiko for karies (3, 5, 6, 13). Barn med høy kariesrisiko er derfor underrepresentert i studien.

Tabell 2. Foreldres rutiner for tannstell på yngste barn eldre enn 6 måneder (n = 110).

	Antall	%
Tannbørsting		
To ganger daglig	64	58
En gang daglig	40	36
Av og til/aldri	6	6
Fluortabletter		
Daglig	29	26
Av og til	18	17
Aldri	63	57

Tabell 3. Andel foreldre (%) fordelt etter hvor tilfredse de var med mottatt informasjon om tannhelse på en visuell-analog-skala (VAS) fra 1 = svært lite tilfreds til 6 = svært tilfreds (n = 110).

	VAS-score					
	1 Svært lite tilfreds	2	3	4	5	6 Svært tilfreds
Andel vestlige foreldre	0	9	11	19	39	15
Andel ikke-vestlige foreldre	0	8	32	36	4	8
Andel alle foreldre	0	9	15	23	31	14

Resultatene fra én barnehage kan ikke generaliseres til alle småbarnsforeldre, men gir likevel indikasjon på hvilken informasjon foreldre hadde mottatt om barns tannhelse og hvordan informasjon var innhentet. I utvalget var det flere familier som hadde søsken i barnehagen. Kun yngste barn i familien kunne delta i undersøkelsen. Utvalget i denne studien var 110 foreldre fra én barnehage, noe som fører til at bare sterke sammenhenger blir statistisk signifikante. Til tross for et begrenset utvalg ble det i denne studien funnet flere viktige sammenhenger.

De fleste foreldre, 77 %, rapporterte behov for informasjon om barns tenner og tannstell før barnet var 3 år, og over halvparten oppgav at de aktivt hadde søkt informasjon om barns tannhelse. Dette viste at foreldre hadde behov for informasjon før de ble innkalt til tannklinikk første gang. Den offentlige tannhelsetjenesten er pålagt å gi tilbud til alle barn fra fødselen, og resultatene i denne studien viste at foreldrene hadde behov for tannhelseinformasjon i barnas første leveår. Dette kan tyde på at tannhelsetjenesten bør vurdere å benytte flere informasjonskanaler enn helsestasjonen for å nå en større andel av denne målgruppen.

I de første leveårene er det helsesøster som har direkte kontakt med småbarnsforeldre og skal formidle tannhelseinformasjon (8). De fleste foreldre, 63 %, hadde fått informasjon om barns tannhelse på helsestasjonen, mens 21 % oppgav at de ikke hadde fått informasjon. Flere vestlige foreldre enn ikke-vestlige foreldre oppgav å ha fått informasjon om tannhelse på helsestasjonen. Årsaken til at vestlige og ikke-vestlige foreldre rapporterte forskjell i mottatt informasjon kan være at informasjon var gitt, men ikke var blitt oppfattet på grunn av kultur- eller språkforskjeller mellom helsepersonell og foreldre. Flere studier viser at barn med ikke-vestlig bakgrunn har mer karies enn barn av vestlige foreldre (3, 5, 6, 13), og at ikke-vestlige foreldre har behov for annen informasjon enn andre foreldre. Funnene i denne studien kan være en indikasjon på at informasjonen ikke er tilpasset ikke-vestlige foreldre.

I denne studien oppgav mange foreldre at de hadde søkt informasjon om barns tannhelse via internett. Informasjon foreldre får om barns tannhelse på internett er ikke kvalitetssikret og kan være av svært varierende kvalitet, og dette kan føre til feilaktig oppfatning om hva som er riktig tannhelseatferd (14). Flere kilder til tannhelseinformasjon på internett er gode, men det kan være vanskelig for legfolk å bedømme kvaliteten. Internett vil være en

sentral informasjonskilde i fremtiden, og det bør være en oppgave for myndighetene og tannhelsetjenesten å sørge for at kvalitetssikret tannhelseinformasjon er tilgjengelig.

Blant deltagerne i studien var det få barn, 6 %, som hadde fått undersøkt tennene på helsestasjonen. I en masteroppgave fra Universitetet i Oslo rapporterte de fleste helsesøstre at de undersøkte barns tenner ved 2 års alder (15). Dette er ikke i samsvar med resultater fra denne studien, men forskjellen kan skyldes at en del barn i studien var for unge til å ha vært på 2-årskontroll, overrapportering fra helsesøstre eller at foreldre ikke hadde oppfattet at undersøkelsen ble utført.

Drøyt halvparten av alle foreldre rapporterte å ha mottatt informasjon om tannbørsting på helsestasjonen, og samme andel børstet barnets tenner to ganger daglig. Helsemyndighetene anbefaler at barns tenner børstes to ganger daglig med fluortannkrem fra frembrudd av første tann (9). I denne studien fikk barn av foreldre med kort utdanning børstet tennene sjeldnere enn barn av foreldre med lang utdanning. Dette bekrefter funn fra tidligere norske studier (5) og viser at anbefalingene fra helsemyndighetene om tannbørsting ikke har nådd ut til alle småbarnsforeldre.

Samtlige foreldre som rapporterte at de børstet barnets tenner av og til eller aldri, rapporterte at de hadde tilstrekkelig kunnskap om barns tannhelse. Dette kan tyde på at enkelte foreldre mangler nødvendig kunnskap om barns tannhelse uten at de er klar over det og følgelig ikke selv etterspør informasjon.

Den offentlige tannhelsetjenesten er pålagt å gi forebyggende tilbud til alle barn fra fødselen. Denne studien viste at småbarnsforeldre rapporterte behov for informasjon om tenner og tannstell i årene før første innkalling til tannklinikk ved 3-årsalder. Mange foreldre hadde fått informasjon på helsestasjonen og skaffet seg informasjon via internett. Selv om de fleste foreldre rapporterte at de var fornøyde med informasjonen og mente de hadde tilstrekkelig kunnskap, viste denne undersøkelsen at en del småbarnsforeldre ikke fulgte norske retningslinjer om å børste barns tenner to ganger daglig.

Takk

Takk til ledelsen i Kværnerdalen barnehage som lot oss gjennomføre studien, og til foreldre som besvarte spørreskjemaet.

English summary

Næss ER, Moan KA, Wang NJ, Wigen TI.

Parents and oral health information.

A questionnaire study in a kindergarten in Oslo, Norway

Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 284–88.

The purpose of the study was to explore the information parents of children below the age of 4 years had received about children's oral health, and how they had obtained the information. A total of 110 parents with children below 4 years of age in a day care center in Oslo answered a questionnaire. Most parents, 77 %, reported need for information about children's teeth and dental care before the child was 3 years of age, and more than 50 % of the parents had actively sought information. Most parents, 63 %, had received information about children's oral health from public health nurses, 43 % had received information by the internet, and 28 % from family or friends. From the public health nurses, most parents received information about tooth brushing (60 %), tooth eruption (46 %) and sugary drinks at night (38 %), while 21 % of parents reported not having received information about oral health from the public health nurse. Most parents were satisfied with the information received and reported to have sufficient knowledge. Of parents that reported sufficient knowledge, 62 % brushed the children's teeth twice daily. Although most parents were satisfied with the information and felt they had sufficient knowledge, the study showed that some parents did not follow the Norwegian guidelines, which recommend parents to brush children's teeth twice a day.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå (SSB). Tannstatus etter alder. <http://www.ssb.no/statistikkbanken/>. Tabell nr.: 04163. Lest 16.10.13.
2. Wigen TI, Wang NJ. Hvordan ser femåringenes tenner ut? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2010; 120: 170–4.

3. Wigen TI, Wang NJ. Caries and background factors in Norwegian and immigrant 5-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010; 38: 19–28.
4. Stordahl GW, Wang, NJ. Kariesaktivitet ved toårsalder. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2009; 119: 214–9.
5. Wigen TI, Nina NJ. Foreldrefaktorer og kariesutvikling hos barn før fem års alder. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2012; 120: 1044–8.
6. Skeie MS, Riordan PJ, Klock KS, Espelid I. Parental risk attitudes and caries-related behaviors among immigrant and western native children in Oslo. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34: 103–13.
7. Lovdata. Lov om tannhelsetjenesten. <http://www.lovdata.no/>. Lest 16.10.13.
8. Helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Rapport IS-1154. Oslo; 2004.
9. Helsedirektoratet. Tenner for livet. Helsefremmende og forebyggende arbeid. Rapport IS-2659. Oslo; 1999.
10. Statistisk sentralbyrå (SSB). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2013. <http://www.ssb.no/innvbef/>. Lest 26.06.2013.
11. Oslo kommune. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo etter bydel og andel av befolkningen. <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/innvandring/>. Lest 09.04.2013.
12. Statistisk sentralbyrå (SSB). Befolkningens utdanningsnivå. <https://www.ssb.no/statistikkbanken/>. Lest 16.04.2013.
13. Grindefjord M, Dahllöf G, Ekström G, Höyer B, Modéer T. Caries prevalence in 2.5-year-old children. *Caries Res.* 1993; 27: 505–10.
14. Bertnes PA, Tuseth BS. Faglig informasjon på Internett: kvalitet og kildekritikk. 3. Utg. Oslo: Abstrakt forlag; 2012.
15. Stevik K, Karaburk F, Kalgraff I. Tannhelseinformasjon til foreldre med barn i aldersgruppen 0–3 år. En survey blant helsesøstre i Norge [masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2010. <http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=102797>

Korrespondanse: Tove I. Wigen, Institutt for klinisk odontologi, Pb 1109, Blindern, 0317 Oslo. E-post: wigen@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Næss ER, Moan KA, Wang NJ, Wigen TI. Småbarnsforeldre og tannhelseinformasjon. Spørreundersøkelse i en barnehage i Oslo. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 284–88.

What's on your mind?



NEXT GEN

Dental Professional Days

OWN YOUR FUTURE. August 28-29, 2014 Göteborg

The next generation is about to shape the dental landscape and build the future. Nobel Biocare is committed to give you inspiration & knowledge to own your future clinical development within the field of restorative & implant dentistry. Join our program during NEXT GEN Dental Professional Days in August!



Register NOW on
nobelbiocare.com/education



Follow the event on
facebook.com/nobelbiocare/events






For en optimal munnhelse kreves det en skånsom børsting
Legg mindre press på tannbørstingen med Oral-B



Anbefalt av Norsk
Tannpleierforening

**93 % AV PASIENTENE BØRSTET
MED LETTERE TRYKK NÅR
DE BRUKTE DEN ELEKTRISKE
TANNBØRSTEN ORAL-B 5000¹**

TRIPPEL TRYKKONTROLL-SYSTEM:

-  **1** En intern sensor aktiveres når pasienten børster for hardt (>3N)
-  **2** Et indikatorlys blinker og minner pasienten på å redusere trykket
-  **3** Børsten reduserer hastigheten med 35 % og pulseringene stopper

Reference: 1. Janusz K et al. *J Contemp Dent Pract.* 2008;9(7):1-13.

© 2012 P&G

Lær hvordan Oral-B Elektriske
tannbørster gir en skånsom
børsting på www.dentalcare.com



Fortsatt god tannpleie etter besøket hos deg



BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.

Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikk, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer.

Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningstiltatt at skjemaet blir fylt ut og returnert.

Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er).

Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkessammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege Tannpleier
 Offentlig Privat

Spesialist i:

Lege Sykehus Primær/privat

Spesialist i:

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

Intraoralt:

- Svele/brennende følelse
- Smerte/ømheth
- Smaksforstyrrelser
- Stivnummen
- Tørrhet
- Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- Svele/brennende følelse
- Smerte/ømheth
- Stivnummen
- Hudreaksjoner
- Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

- Muskler/ledd
- Mage/tarm
- Hjerte/sirkulasjon
- Hud
- Øyne/syn
- Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:

- Treitthet
- Svimmelhet
- Hodepine
- Hukommelsesforstyrrelser
- Konsentrasjonforstyrrelser
- Angst
- Uro
- Depresjon

Annet:

Rapportørens funn

Ingen

Intraoralt:

- Hevelse/ødem
- Hvitlige forandringer
- Sår/blemmer
- Rubor
- Atrofi
- Impresjoner i tunge/kinn
- Amalgamtatoveringer
- Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- Hevelse/ødem
- Sår/blemmer
- Erytem/rubor
- Utslett/eksem
- Palpable lymfeknuder
- Kjeveleddsdystfunksjon
- Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn:

- Hevelse/ødem
- Urtikaria
- Sår/blemmer
- Eksem/utslett
- Erytem/rubor

Annet:

Angi lokalisasjon:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overfømflighet/allergi:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjonen(e)?
 Ja Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

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

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)?

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstatninger
- Avlagbare protetiske erstatninger
- Bittfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøtsbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling
- Annet:

Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)?

- Amalgam
- Komposit
- Kompomer
- Glassionomer
- Kjemisk
- Iysherdende
- Bindingsmaterialer (primer/bonding)
- Isolering-/foingsmaterialer
- Fissursveglingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varmish, fermish, fluorlakk)
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- Vannbasert
- Plastbasert
- Metall-keram (MK, FG)
- Metall/legning
- Keram
- Materialer for kroner/broer/innlegg
- Metall/legning
- Plastbasert
- Keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- Metall/legning
- Plastbasert
- Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
- Metall/legning
- Plastbasert
- Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
- Metall/legning
- Plastbasert
- Materialer for bittfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avrykksmaterialer
- Hydrokolloid
- Elastomer
- Midlertidige materialer – faste proteser
- Midlertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forbuktmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam)
- Andre materialer

Produktnavn og produsent

av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e).
Legg gjerne ved HMS-datablad.

Mottatt: _____
Besvart: _____
Registrert: _____
Klassifisert: _____
Sign: _____

Yrkesreaksjoner

Reaksjonen(e) gjelder tannhelsepersonell i yrkesammenheng (dette er et forhold som sorterer under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter).

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall: _____

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen
Årstadveien 19
5009 Bergen**

Telefon: 55 58 62 71
Fax: 55 58 98 62

E-post: bivirkningsgruppen@uni.no
web: www.uni.no/helse/bivirkningsgruppen

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



uniHelse
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer
Ver 6.2

Henvisninger

Er pasienten henvist for utredning/undersøkelse/behandling av reaksjonen(e)?

Nei

Ja til

Bivirkningsgruppen

Tannlege

odontologisk spesialist

allmennlege

medisinsk spesialist eller

på sykehus

alternativ terapeut

Annet: _____

Hvor sikker bedømmes relasjonen mellom materialet og reaksjonen(e)?

Tannlege/tannpleier/lege:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen oppfatning

Pasient:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen oppfatning

NYHET! FLUX FRESH, FOR GOD ÅNDE OG STERKE TENNER



Actavis AS, Tel +47 21 54 97 00
FLU12_apr2013NO
thinkhappy@fluxfluor.no

Alle Fluxprodukter
er uten alkohol og
parabener



Følg oss på Facebook for nyheter
og interessante diskusjoner!
[facebook.com/nullhull](https://www.facebook.com/nullhull)
For mer informasjon besøk gjerne
www.fluxfluor.no

Flux sugetabletter er et legemiddel som
inneholder natriumfluorid. Forsiktighet bør
utvises ved naturlig fluorinnhold i drikkevannet
over 0,75 mg/l. Fluordosen i sugetabletten
virker sammen med fluor fra andre produkter
som tannkrem, skyllevæsker og tygg gummi.
Les pakningsvedlegget.

Nå har Flux-familien fått et nytt fresht familiemedlem, Flux Fresh! Flux Fresh gir deg god ånde og sterke tenner. En kombinasjon av zinclactat og en lav dose klorhexidin er det som gjør at du får god ånde. Flux Fresh har samme høye fluorinnhold 0,2% NaF som Flux Original og Flux Sensitiv. Flux Fresh er utviklet i samarbeid med skandinavisk tannhelsetjeneste. Produktet er tilgjengelig i apotek og hos enkelte tannklinikker.

Flux Fresh, for god ånde og sterke tenner. Nyt livets gode stunder – begynn å fluxe allerede i dag!

FLUX®

Le, pust og spis.
Sterkere enn i går.



Totalkostnader for periodontal behandling basert på data fra en spesialistpraksis

Øystein Fardal er hovedforfatter på to artikler om kostnadene ved periodontal behandling over et livsløp. De kliniske data er hentet i hans praksis i Egersund. I den ene artikkelen (1) ble det vist at behandlingen er kostnadseffektiv, sammenlignet med å erstatte tenner med broer eller implantater.

En påfølgende artikkel (2) viste at antall «sykdomsfrie» år var noenlunde likt for naturlige tenner og implantater, men at kostnadene ved vedlikehold av implantater var mye høyere på grunn av høy forekomst av peri-implantatitt.

Denne artikkelen er presentert som såkalt PubCast på nettstedet SciVee, der forfatteren kort presenterer studien.

Dette er ganske nytt og gjør at vitenskapelig stoff kommer nærmere publikum. Nettadressen er

<http://www.scivee.tv/node/57787>

Referanser

1. Fardal Ø, O'Neill C, Gjerme P, Fardal E, Sandvik L, Hansen BF, Linden GJ. The lifetime direct cost of periodontal treatment: a case study from a Norwegian spe-

cialist practice. *J Periodontol.* 2012; 83: 1455–62. Tilgjengelig fra: <http://www.joponline.org/doi/pdfplus/10.1902/jop.2012.110689>

2. Fardal Ø, Grytten J. A comparison of teeth and implants during maintenance therapy in terms of the number of disease-free years and costs – an in vivo internal control study. *J Clin Periodontol.* 2013; 40(6): 645–51.

A comparison of teeth and implants during maintenance therapy in terms of the number of disease-free years and costs – An in vivo internal control study | SciVee

www.scivee.tv/node/57787

sciVEE™ Making science visible

Home Journals Conferences Education Search All Content - e.g., subject areas, videos...

A comparison of teeth and implants during maintenance therapy in terms of the number of disease-free years and costs - An in vivo internal control study

by: [fardal](#) March 11, 2013

Related More from this user

No more videos from this user found.

Tags

cost effectiveness cost minimization implants maintenance peri-implantitis periodontal disease re-treatment

Subject areas

economic health medical

Copyright 2014 © Øystein Fardal, Jostein Grytten. This pubcast is licensed under the terms of the Creative Commons Attribution License 3.0, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Journal of Clinical Periodontology
Authors: O. Fardal and J. Grytten

Menu 0:03 / 5:47

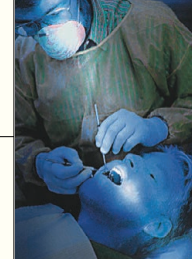
ARTINORWAY®



Vi tilbyr budtjeneste over hele landet – enklere kan det ikke bli!

Ring oss for avtale





Hvorfor holder noen fyllinger lenger enn andre?

Fyllingsterapi er fremdeles en av de vanligste arbeidsoppgaver i tannlegepraksis. Dette er tema i doktorgradsavhandlingen til Simen E. Kopperud. Han har studert tannlegers vurderinger ved operativ tannbehandling, hvilke fyllingsmaterialer som blir brukt, hvor lang levetid ulike fyllinger har og faktorer som kan føre til redusert varighet.

Kopperuds doktorgradsarbeid er utført ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland, og består av en spørreundersøkelse og en prospektiv klinisk studie. Spørreundersøkelse ble utført blant et representativt utvalg av tannleger i Norge og tok for seg vurderinger ved operativ behandling av approximalkaries og hvilke fyllingsmaterialer de ville bruke. I den kliniske studien (KVIT-prosjektet) ble mer enn 4000 fyllinger lagt i approximale karieslesjoner i posteriore permanente tenner hos barn og ungdom. Fyllingene ble lagt i perioden 2001–2004 og ble fulgt opp i gjennomsnittlig 4,6 år.

Spørreundersøkelsen viste at det i løpet av de siste 30 årene har skjedd betydelige endringer i tannlegers kriterier for å iverksette operativ tannbehandling. De aller fleste tannleger i dag er mye mer restriktive med å gripe til boret, sammenliknet med på 1980- og 90-tallet. Dette tyder at de fleste tannleger i Norge har innsett at karieslesjoner utvikler seg langsomt og kan stanses med tilpasset ikke-operativ behand-



FOTO: TOREBJØRN WILHELMSEN

Personalia

Simen E. Kopperud disputerte 9. desember 2013 ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, med avhandlingen «Treatment decisions on approximal caries and longevity of Class II restorations». Doktorgradsarbeidet er utført ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi under veiledning av professor Ivar Espelid og professor Anne Bjørg Tveit. Kopperud har i dag en forskerstilling ved NIOM (Nordisk institutt for odontologiske materialer), i tillegg til privat praksis i Oslo.

ling. Kompositt er i dag det desidert mest brukte fyllingsmaterialet i approximale kaviteter, og det ser ut til å ha erstattet bruken av både amalgam og alle de andre alternative fyllingsmaterialene.

Den kliniske studien (KVIT-prosjektet) hvor 27 tannleger deltok, viste at det ble lagt få amalgamfyllinger de siste årene før amalgamforbudet i 2008. I denne perioden valgte tannleger amalgam oftere hos menn, pasienter med høy tidligere karieserfaring, høy kariesgrad og i molarer, sammenliknet med premolarer. Likevel hadde amalgamfyllingene i studien bedre overlevelse enn komposittfillingene. Sekundærkaries var hovedårsak til at både amalgam- og komposittfillinger hava-

rente. Risikoen for at komposittfillingene måtte skiftes ut økte ved behandling av pasienter med lav alder, høy tidligere karieserfaring, tenner med dype kaviteter, samt ved bruk av skålprepareringer og én bestemt type kompositt.

Spørreundersøkelsen viste at skålprepareringer er den mest brukte prepareringsteknikk for approximalkaries i dag, men i den kliniske studien fikk likevel fyllinger lagt i tradisjonelle kl.II-kaviteter lenger levetid enn skålprepareringer. I tillegg hadde en bestemt type kompositt (Filtek Z100) kortere levetid enn de andre komposittene.

NYHET!

HVER DRÅPE ER KONSTRUERT FOR Å BIDRA TIL Å REDUSERE KARIES RISIKOFAKTORER

Nye Listerine® Professional Fluoride Plus tar hånd om risikofaktorene som er identifisert i Keyes-konseptet.¹

Alkoholfrie Listerine® Professional Fluoride Plus bidrar til å redusere risikoen for karies fordi det:

- Inneholder ekstra fluor (0,1 %) som styrker tennene
- Reduserer plakk
- Kontrollerer den bakterielle syreproduksjonen

Listerine® Professional Fluoride Plus gir 100 % økt beskyttelse for tennene sammenlignet med fluortannkrem alene (i laboratoriestudie²).

Profesjonell munnpleie hjemme



Nanoforskning for bedre tannhelse

Ved Institutt for klinisk odontologi i Oslo drives det forskning på nanopartikler for å finne mer effektive midler mot tannkjøttproblemer, karies og tannslitasjeskader.

Vi møter professor Morten Rykke i laboratoriet hvor han viser frem en karaffel med vann. Kanskje man en gang om noen år kan tilføre vannet i karaffelen nanopartikler, med et nytt virkestoff, som kan gi store fremskritt for tannhelsen.

– Vi arbeider svært målrettet og fremtidsrettet, både med tanke på behandling og forebygging, sier Morten Rykke.

Nanoforskningen gjøres i et nært samarbeid med farmasøytisk institutt ved Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet. Disse to instituttene har tidligere også samarbeidet om andre forskningsprosjekter.

Nano

– Nanoforskningen er et populært uttrykk for forskning på bittesmå partikler, mikropartikler som er langt mindre enn en tusendels millimeter. Nanopartikler har vært brukt som transportsystem for medikamenter i medisin og farmakologi i flere år. Vår hensikt med forskningen på nanopartikler, er å se på mulighetene for bruk i munnhulen, forklarer professor Rykke ved odontologisk fakultet. Han kom tilbake til forskningen i dette prosjektet i fjor, etter å ha vært prodekan ved fakultetet i åtte år.

De spesielle nanopartiklene som de forsker på, er liposomer; partikler med en dobbelt membran av lipid og et væskefylt hulrom. Disse partiklene kan transportere mange ulike stoffer, enten inne i væskerommet eller i membranen.

– Vi har allerede funnet frem til liposomer som fester seg til tennene og som blir sittende der en stund, fastslår han.

De forsker nå videre på om partiklene kan feste seg til slimhinnene, tannkjøttet og plakk.

Framtidens store spørsmål er: Hvilke stoffer skal tilsettes i disse liposomene?

– Det kan tenkes at vi kan putte inn antibakterielle stoffer, stoffer mot slimhinnebetennelser, stoffer mot betennelse i tannkjøttet, stoffer mot soppinfeksjoner eller aktive stoffer mot belegg på tennene. Og på den måten kan vi gjøre behandling og forebygging svært målrettet.

Fluor er et eksempel på stoff som kan tilsettes i nanopartiklene. På den måten kan forhåpentlig fluor få lengre virketid i munnen. Om fluoren fester seg og blir i munnen i mye lengre tid, enn alt som er av fluorvarianter i dag, kan det i seg selv bli et nytt fremskritt for tannhelsen.

En annen mulighet er nye stoffer som gir effektive munnskyllmiddel.

Naturlig

Nanopartiklene kan dekkes med både naturlige og kunstige stoffer, såkalte polymerer. Blant de naturlige stoffene er biopolymerer fra for eksempel planter eller dyr.

– På den måten kan vi designe partiklene slik vi selv ønsker og dermed gi dem spesielle egenskaper. Vi kan endre størrelsen på dem og forandre ladning og stabilitet på partiklene. Vi kan bestemme om de skal festes til ulike overflater, og om de skal gå i stykker etter en tid eller forbli stabile, sier han.

Han håper de kan lage produkter som kan gi fremskritt for tannhelsen. Men det er langt fram til kommersialisering av produkter fra denne nanoforskningen.



Professor Morten Rykke holder en karaffel med vann i laboratoriet. Kanskje karaffelen, om noen år, kan fylles med vann som tilføres nanopartikler med virkestoffer som gir fremskritt for tannhelsen...



Forskergruppe

Dette prosjektet med nanoforskning, i et nært samarbeid mellom farmasøytisk institutt og odontologisk fakultet, startet for fire år siden.

– Vi utfyller hverandre og sammen når vi lengre. Farmasøytisk institutt har kompetansen på nanopartikler. Ved vårt fakultet har vi spesialkunnskap om de fysiologiske prosesser i munnhulen. Munnhulen er en viktig del av kroppen, kroppens innfallspurt. Vi kan med andre ord si munnhulen er helsenens speil. Det er viktig å sette munnhulen i sammenheng med den generelle helsen, understreker Rykke.

– Vi skal snart ha et møte for å tenke høyt om hvilke stoffer vi skal forske videre med.

– Vi har hittil gjort laboratorieforskning. Og det skal vi fortsette med. Kliniske forsøk kan bli aktuelt om noen år.

Pengene

Nanoprojektet er støttet av Forskningsrådet og har fått penger til to nye

forskerstillinger via Fellesløftet – en stilling i to år og en i tre år fremover. Nå er det til sammen seks personer som arbeider i prosjektet.

– Vi håper på å komme frem til mer konkrete resultater innen en treårsperiode.

– Hvordan opplever du å arbeide med nanoforskningen?

– Jeg synes det er veldig moro. Det er avansert og det er fremtidsrettet. Mye forskning går ut på å finne ut hvordan ting er. Vårt forskningsprosjekt er mulighetenes forskning, som i høyeste grad krever at vi ser fremover for å finne ulike teknikker som kan være nyttige. Det er spennende.

– Kan nanoforskningen ved Universitetet i Oslo gi revolusjonerende resultater for tannhelsen om noen år?

– Da fluor kom, var det revolusjonerende. Fluor er et godt eksempel på et stoff som reduserte antall hull svært mye. Vi tror vår forskning kan føre til at vi finner produkter som kan være til god hjelp for enkelte pasientgrupper,

spesielt de som har slimhinnebetennelser, problematiske hull, tannslitasjeskader eller andre lidelser.

– Kan nye stoffer som tilføres i munnen gi bivirkninger?

– Noen liposomer kan være skadelige, men disse bruker vi ikke. Vi bruker biotolerable partikler. Mange av disse er velprøvd og funnet sikre i andre sammenhenger i medisinen. Nanopartiklene, eller liposomene, er en kjent medikamenttransportør allerede, sier Morten Rykke.

– Hvilken betydning har nanoforskningen for Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo?

– Denne forskningen må betraktes som avansert. Vi håper selvsagt å kunne designe produkter som kan være nyttige for tannhelsen og munnhulens helse, og dermed for helsen generelt.

*Tekst og foto:
Harald Vingelsgaard*



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

www.kirurgiklinikken.no
tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no

Kort ventetid

Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

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

Tannlege
Kjetil Misje
spesialist i oral kirurgi

Utenlandsstudenter tas inn i Oslo

Det odontologiske fakultet i Oslo skal begynne å ta inn norske tannlegestudenter fra utenlandske studiesteder. Det nye inntaket gjøres til femte semester og kommer som følge av stort frafall underveis blant odontologistudentene i Oslo.

Det odontologiske fakultet ved Universitet i Oslo (UiO) skal utdanne 65 tannleger hvert år. Det er måltallet, gitt av Kunnskapsdepartementet, forklarer Leif Erling Jensen, assisterende fakultetsdirektør, og for tiden fungerende seksjonssjef for studier.

Odontologi og medisin

Gjennom de tre og et halvt første semestrene av odontologiutdanningen har studentene samme undervisning som medisinstudentene.

– Fakultetet har frafall av studenter fra odontologi til medisin underveis i fellessemestrene. Et frafall av studenter vil nødvendigvis ha økonomiske konsekvenser for fakultetet grunnet lavere studiepoengproduksjon, og fakultetet vil ha problemer med å oppfylle måltallet gitt av Kunnskapsdepartementet, skriver Det odontologiske fakultet i sin begrunnelse for den nye ordningen.

Endelig vedtak ble gjort av rektor ved Universitetet i Oslo.

– Det ligger klart innenfor samfunnsoppdraget – utdanning av 65 tannleger årlig – at disse kostbare studieplassene til enhver tid er fylt opp, understreker Jensen.

Universitet i Oslo får tilskudd fra staten for antall studiepoeng studentene tar i løpet av ett år. Når fakultetet ikke greier å fylle alle de 65 studieplassene, resulterer dette i et lavere antall studiepoeng. Konsekvensen er mindre statlig støtte og dermed dårligere økonomi for fakultetet.



Flere odontologistudenter går over til medisinstudiet. Derfor begynner vi med direkte opptak til femte semester, sier Leif Erling Jensen.

Klinisk trening

Den nye ordningen, med direkte inntak, gjelder ved opptak fra og med femte semester av tannlegeutdanningen, det vil si ved starten av tredje studieår.

I femte semester begynner studentene med de odontologiske fagene og den kliniske ferdighetstreningen.

– Vi håper at norske tannlegestudenter ved studiesteder i utlandet vil søke om direkte opptak til femte semester ved Det odontologiske fakultet i Oslo, understreker Leif Erling Jensen.

Fakultetet forventer mange søkere fra norske tannlegestudenter ved de internasjonale tannlegeutdanningene i Polen, Tsjekkia og Ungarn, hvor det er blitt store norsk miljøer. Mange norske ungdommer utdanner seg også til tannlege i blant annet Sverige og Danmark.

Direkte opptak til femte semester er et tilbud til kun norske studenter i utlandet, ikke utlendinger.

All undervisning foregår på norsk ved Det odontologiske fakultet i Oslo. Unntaket er åttende semester, hvor

undervisningen er på engelsk, fordi det er et utvekslingssemester.

Fakultetet håper å fylle opp alle studieplassene til femte semester for høsten 2014.

Det Odontologiske fakultetet i Oslo er et attraktivt studiested. Antall søkere til første semester hvert år er svært høyt. Ved opptak til første semester i fjor mottok fakultetet over ett tusen søknader til de 65 plassene.

Søknaden

Søknadsfristen er satt til 15. april i år. For å søke går man inn på SøknadsWeb på www.uio.no eller www.odont.uio.no. All dokumentasjon må søkerne laste opp i SøknadsWeben, med vitnemål fra videregående skole, karakterutskrift fra ekstern institusjon, samt fylldig dokumentasjon på innholdet og oppbygningen av det studiet det søkes på grunnlag av.

Opptakskrav

Opptakskrav er minimum karakter C i gjennomsnitt fra de fire første semestrene i utlandet. I tillegg kommer generell studiekompetanse i tillegg til realfag tilsvarende kravene til studenter som begynner på første semester og høyere utdanning tilsvarende de fire første semestrene av odontologistudiet ved UiO.

Søkere som kommer fra utenlandske studieinstitusjoner har fått en utdanning som ikke nødvendigvis er nøyaktig den samme som utdanningen ved Det odontologiske fakultet i Oslo.

Søkerne rangeres på bakgrunn av et vektet gjennomsnitt av emnene som

vurderes som tilsvarende de fire første semestrene av odontologistudiet ved Universitetet i Oslo. En egen opptakskomité vurderer søknadene.

Frafallet

Frafall underveis i tannlegeutdanningen ved Det odontologiske fakultet i Oslo er ikke noe nytt. Slik har det vært i mange år.

– Mellom fem og ti studenter slutter hvert år de to første årene. De fleste av disse fortsetter på medisinstudiet, noen slutter av andre årsaker, understreker Jensen.

Når noen bruker odontologistudiets to første år som et springbrett til medi-

sinstudiet, kan dette skyldes at det fortsatt er noe høyere krav til å komme inn på medisinstudiet enn på odontologistudiet.

– Vi har ikke innført nye regler for å hindre dette frafallet underveis, men vi oppfordrer og oppmuntrer hele tiden studentene til å fortsette på tannlegestudiet. I tillegg jobber vi målrettet med å bygge en egen tannlegestudentidentitet tidlig i studiet, sier Leif Erling Jensen ved Det odontologiske fakultet i Oslo.

*Tekst og foto:
Harald Vingelsgaard*

Å etse eller ikke etse?
Bondingen som gir **valgfrihet!**

xeno[®] Select
Adhesiven for både selvets og ets&skyll

For better dentistry
DENTSPLY

DENTSPLY DeTrey | Ørneveien 17 | 2070 RÅHOLT | www.dentsply.no
Frank Hansen Tlf: 97608438 | Trude Hansen Tlf: 95471265 | Janiche Henden Tlf: 94838814

Eldretannpleien på rett vei i vest

Universitetet i Bergen var tidlig ute med å etablere egen fagseksjon for gerodontologi. Det var lurt.

Mange vil hevde at eldretannpleien har hatt trange kår. Fagfeltet har vært preget av små ressurser og lite nytenkning. Nå tar vestlendingene ansvar. Universitetet i Bergen var fremsynte da de for 15 år siden – som et av de første universiteter i Europa – opprettet en fagseksjon med egen klinikk og professorat for geriatrisk tannpleie. I disse dager flytter den gerodontologiske klinikken inn i nye, toppmoderne lokaler hos Tannhelsetenesta i Hordaland.

Klinikken er resultatet av et fruktbart samarbeid mellom Tannhelsetenesta og Universitetet i Bergen vedrørende gruppe C-pasienter (syke, eldre i institusjon eller med hjemmesykepleie). Fylkeskommunen har etablert en stor, offentlig klinikk i nær tilknytning til det nye odontologibyggget og i denne har fylkestannlegen tilrettelagt for en egen gerodontologiklinikk

med helt moderne fasiliteter. Dette innebærer flere behandlingsrom med løfteanordninger, tilrettede uniter for bevegelseshemmede og rikelig med plass for rullestol. To tannleger er tilsatt for å behandle gerodontologiske pasienter og samtidig gi tannpleier- og tannlegestudenter klinisk undervisning og trening i fagfeltet. Både Universitetet i Bergen og

Tannhelsetjenesten ser nytten i et slikt fremtidsrettet tannhelsetilbud.



Sentrale personer ved gerodontologiklinikken hos Tannhelsetenesta i Hordaland. Fra høyre: Bodil Heggø, Martha Sørensen (klinikkleder), Gunhild Vesterhus Strand (professor i gerodontologi ved UiB) og Marit Moland. Helt til venstre en takmontert løft for bevegelseshemmede pasienter.

Klinikken skal være et arnested for forskningsbasert behandling og samtidig fungere som et kompetansesenter. Professoren i gerodontologi er tilknyttet i 20 prosent stilling. I den grad det er mulig vil man konsentrere virksomheten omkring forebyggelse. Det er ingen vei utenom.

Smerter, plager og komplikasjoner fra ruinerte tannsett vil ellers kunne medføre dårlig livskvalitet. Dessuten vil behandlingstkostnadene kunne bli formidable og medføre utfordringer når

det gjelder kvalifisert personell. Bergensbasert forskning har vist at eldre i dag får mer karies enn norske barn – derfor har gerodontologiklinikken følgende motto: Grip ondet før det kommer i roten!

Tekst:
Gunhild V. Strand.

Foto:
Nils R. Gjerdet

For mer informasjon – se vår hjemmeside www.dentalstoep-import.no



Scotchbond™ Universal bonding gjør din kliniske hverdag enklere

Scotchbond™ Universal bonding

Bondingen kan brukes ved total-ets, selv-ets og selektiv emalje-ets og er den ultimate bondingen når det gjelder styrke og indikasjoner. Den er ideell både for direkte og indirekte restaureringer og kan brukes på all glasskeramikk uten ekstra primer da den inneholder silan. Bondingens høye prestasjonsnivå har blitt verifisert av internasjonalt kjente forskere.

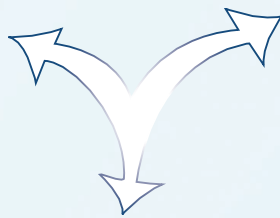
- Ett trinns, ett sjikts påføring gjort i løpet av en 20-sekunders appliseringstid
- Flaske med "vippe-topp" for énhånds håndtering og spesielt design av spissen for dispenseringskontroll
- Leveres også i en unik engangsdose
- Lagring i kjøleskap ikke nødvendig, 2 års holdbarhet i romtemperatur



Bonding til alle direkte restaureringer
av kompositt eller kompomer.



Primer til alle indirekte restaureringer
av zirkonia, alumina, metall eller glasskeramikk.



Til adhesiv sementering med f.eks RelyX™ Ultimate cement
- Et sterkt resultat med få komponenter.



www.3MESPE.no

Spenning før årets oppgjør

NTFs tariffkonferanse, 6.–7. mars, Quality airport hotell Gardermoen:

En ny arbeidsgiverforening, KS-bedrift, har dukket opp. Ingen vet helt hva den skal brukes til og hvordan, men den gjør at forhandlingene om ny hovedavtale drar i langdrag. Den kan også i verste fall trekkes med inn i lønnsforhandlingene.

Leder av Sentralt forhandlingsutvalg, Farshad Alamdari, ønsket de 45 tillitsvalgte velkommen til NTFs tariffkonferanse, den åttende i rekken. En nyhet var at Universitetssykehuset i Oslo var representert for første gang.

Lønnsoppgjøret 2014 er et hovedoppgjør. Hovedavtalen gikk ut 31.12.13 og er under reforhandling, hovedtariffavtalen går ut i 2014 og skal også reforhandles. Hvilke temaer kan prege oppgjøret i 2014? Få tror at pensjon vil bli et tema. Men hva skjer med kommunereformen? Og hva med nedleggelse av fylkeskommunen? Lederopplæring vil bli et tema for Tannlegeforeningen. En ny tannhelselov er varslet – i år igjen, men det er lite trolig at den kommer før ferien. Arbeidsgiverne vil nå som tidligere bruke den økonomiske situasjonen i Europa og Norge for å begrunne et moderat oppgjør. I tillegg vil arbeidstidsavtalen for lærerne kunne bli trukket inn.

Hovedavtaleforhandlingene forhandles nå på overtid, og i verste fall kan de bli dratt inn i lønnsforhandlingene. Grunnen er den nye arbeidsgiverforeningen KS-bedrift. Avtale kan ikke gjøres direkte med KS-bedrift, men må gjøres gjennom KS. Dette er ugreit, og fører til at forhandlingene trekker ut.

Hvilken påvirkning har oljefondet og kronkursen? Hvordan det går i verden rundt oss påvirker oss også. For eksempel er et land som Danmark langt hardere rammet av den økonomiske krisen,



Assisterende forhandlingsjef i Akademikerne, Greta Torbergsen, la fram konklusjonene fra Holden III-utvalget, hvor hun har sittet sammen med de andre partene i arbeidslivet.

og her har tannlegene hatt en lønnsnedgang.

Noen tall

Teknisk beregningsutvalg har akkurat kommet med sin foreløpige rapport og prognose før lønnsoppgjøret. De anslår at konsumprisindeksen (KPI) vil øke med 2,5 prosent i 2014. Samlet lønnsvekst for Norge fra 2012 til 2013 var på 3,9 prosent i snitt. Her er helseforetakene taperne med 3,0 prosent og forsikring og finans vinnerne med hele 6,7 prosent, hvorav bonusavtaler utgjør en stor del. Akademikerne vil kreve minst 3,5 prosent i lønnsøkning og understreker at en må sammenlignes med funksjonærene i industrien. NHO på sin side sier de håper oppgjøret blir under tre prosent. Hvis en trekker fra prisveksten, vil det allikevel være en reallønnsvekst.

Resultatet av forhandlingene i 2013: Det er store forskjeller mellom fylkene. Østfold lå høyest med en lønnsøkning

på seks prosent og Vest-Agder lavest med 1,5 prosent.

Fra 2008 til i dag ser vi en forskjell i gjennomsnittlig lønnsøkning: fra 8,4 prosent i 2008 til 6,7 prosent i fjor. Da er alle fylker, inkludert Oslo, med.

Lederutdanning

Sentralt forhandlingsutvalg mener at tannleger skal lede tannleger. I fylker uten en tannlege som leder, må man ansette en tannlege som har fagkunnskapen. Etter et vedtak i hovedstyret juni 2013 er det nedsatt en arbeidsgruppe som skal kartlegge behovet for lederutdanning i henholdsvis privat og offentlig sektor for å sikre at utdanningen vil tilsvare behovet for opplæring. Her arbeides det langs to linjer: både strakstiltak og etterutdanning. En nettbasert løsning med samlinger kan være en løsning, slik at tannleger i distriktet også kan delta.

Her er for øvrig legene ganske flinke. De har holdt på med dette lenge, i form av såkalte Ole Berg-kurs, i regi av Uni-

versitetet i Oslo. Det skal sitte langt inne at andre yrkesgrupper skal lede. Nå leder tannpleiere deler av Den offentlige tannhelsetjenesten, og dette kan føre til en uønsket lønnsutvikling for tannleger over tid.

NTFs lønnsundersøkelse 2014

Forhandlingsjef i NTF, John Frammer, la fram den siste lønnsundersøkelsen fra Tannlegeforeningen. 750 av 1 150 tannleger har svart.

Lønnsundersøkelsen viser at de fleste jobber i 100 prosent stillinger. Lønnsutviklingen har ikke vært fullt så god som tidligere for tannlegene. Tannlegene har en lang periode vært den yrkesgruppen med best lønnsutvikling i det offentlige, men de siste tre årene har de ligget under gjennomsnittet. Det har gått litt dårligere prosentvis, men oppgjørene har allikevel vært relativt gode. Undersøkelsen viser også at flere antakeligvis mottar bonus i forhold til sist.

På spørsmålet om de ville valgt fem prosent mer i lønn eller en ekstra ferieuke, ønsker flere en ekstra ferieuke i 2014 enn ved forrige undersøkelse. Av tannleger i offentlig sektor er det en overvekt på kvinner i alderen 30–34 år.

For lav lønn

Fra salen ble det kommentert at instruktørtannleger og universitetsansat-

te burde vært de høyest lønte. Slik er det ikke.

I Bergen er det nå utlyst en stilling hvor det søkes etter en instruktørtannlege. Helst med autorisasjon med det er ikke et krav. Dette er et resultat av at tariffen for instruktørtannleger er katastrofalt lav. Dette ble forklart med at universitetene ikke har tenkt lønn i flere tiår, og har sakkett bakut.

Sykehusene hadde tidligere en tradisjon for gratisjobbing, og også her er det til dels skandaløse lønnsforhold, ble det sagt.

Det ble også kommentert at det i tillegg er altfor få lærekrefter til å bemanne tre universiteter, for ikke å snakke om kompetansesentrene.

Det ble tatt til orde for å begrense antall studieplasser, og at NTF bør mene noe om antall studieplasser på lærestedene. Det må også være gode nok forhold i det offentlige til at menn søker.

Akademikerne kommune og KS-bedrift

Leder av Akademikerne kommune, Anders Kvam, kunne fortelle at målet i år er lokal lønnsdannelse i stat.

– Hva har skjedd i kommunal sektor relativt til andre grupper etter at vi fikk lokal lønnsdannelse? spurte Kvam.

– Vi har fått 20 prosent mer i lønn enn de andre, men det betyr allikevel at

lønna er lavere enn i privat sektor. Men det betyr også at lokal lønnsdannelse fungerer. LO har alltid en lavtlønnsprofil i sentrale oppgjør, og da blir det aldri mere til oss. Med lokal lønnsdannelse slipper vi å få mindre.

En må følge med på nykommeren KS-bedrift, sa Kvam. Noen tannleger tror at hvis fylkeskommunen blir borte, vil hovedansvaret ikke ligge i kommunene men i en bedrift, på samme måte som med revisjon. Dette er blitt en problemstilling nå, og er beklageligvis blitt koplet til hovedavtalen. Fra årsskiftet ble KS bedrift etablert som en arbeidsgiverforening, på samme måte som Spekter, Virke og NHO. Disse siste har en direkte avtale med, men man kan ikke avtale direkte med KS bedrift. Her må en ha avtale med KS, og denne avtalen skal også gjelde for KS bedrift.

Hvorfor er KS bedrift etablert som egen arbeidsgiverforening? Fordi dagens tariffavtaler er for dyre, sa Kvam. Og det som er for dyrt er dagens pensjonsavtaler. En egen arbeidsgiverforening er altså laget for akkurat dette, og det er et betent område. Blant annet Kirkens bymisjon har meldt seg ut av Virke for å få billigere tjenestepensjon. Dette er et omfattende tema, og hovedgrunnen til at hovedavtalen ikke er ferdig forhandlet.



Til venstre: Tannlegene ved Oslo Universitetssykehus var til stede for første gang, representert ved Else K. Breivik Hals. Kjetil Strøm er til-litsvalgt ved Universitetet i Oslo. I midten: Mange lurer på hvordan Helfo ser ut, her representert ved Nina Støveren Hals. Til høyre: De til-litsvalgte fra Rogaland. T.v. Christiane Howlid Dale, og t.h. Anna Esther Boenheim.

Pensjon

Nedre grense for innmelding i pensjonsordningen var tidligere 14 timer. Nå er det ingen. I privat sektor er det 20 prosent stiling som er grensen. Dette blir tema i vår. Det er en klar forverring å ikke kunne jobbe *litt* ved siden av. Kvam trodde imidlertid ikke at det store slaget kommer i vår.

Det kommer også en ny uføretelse som skal tilpasses folketrygden, og samordningstiltak for yngre årskull, dvs. de som ble født i 1954 og yngre. Dette arbeidet må gjøres snart, det er ennå ikke klart hva disse årskullene vil få i pensjon, og det er ikke så lenge til de går av.

Særaldersgrensen ligger i skuffen til arbeidsministeren. Ministeren har flagget tydelige ønsker når det gjelder de generelle aldersgrensene, og vil at aldersgrensene skal gjøres mer fleksible. Vil det bli en ny type pensjonsordning? Hvordan skal godene ved særaldersgrensen beholdes? Incentivene til å stå lenge i jobb er blitt svakere, og det var vel ikke det som var meningen, sa Kvam.

Holden III

I 2012 var det så mange konflikter at Holden III-utvalget ble nedsatt. Assisterende forhandlingssjef i Akademikerne, Greta Trobergsen, har sittet i utvalget sammen med de andre representantene for partene i norsk arbeidsliv.

Dette utvalget skulle vurdere erfaringene med lønnsdannelsen gjennom de siste 12 årene siden handlingsregelen og inflasjonsmålet for pengepolitikk ble innført i 2001. De skulle også se på makroøkonomiske utviklingstrekk som kunne skape utfordringer for norsk økonomi og lønnsdannelse framover, herunder økt tilgang på arbeidskraft fra EU etter 2004.

Rapporten ble levert i form av en NOU, til lovet tid og helt uten særmerknader. Det betyr at alle partene i arbeidslivet står inne for alle formuleringer og konklusjoner i rapporten, og rapporten får en langt større tyngde enn den ellers ville ha fått.

Akademikerens hovedfokus i arbeidet har blant annet vært at frontfaget fungerer i dag. Det skal være en norm over tid og det viser seg at lokale oppgjør ivaretar ansvar for frontfagsprofilen like godt som sentrale oppgjør. Fleksibilitet i lønnsdannelsen må ivaretas. En skulle også se på om det er



Leder av sentralt forhandlingsutvalg, Fars-had Alamdari.

behov for endringer i forhandlings-systemet i statens lønnsoppgjør, rekkefølgeproblematikken og riksmeklerens rolle. Er forhandlingene konfliktskapende i seg selv?

Rapporten inneholder 18 anbefalinger, og hovedkonklusjonene er:

- Det inntektspolitiske samarbeidet har bidratt til en god utvikling i Norge.
- Det høye kostnadsnivået reflekterer høy produktivitet og store bytteforholdsgevinster, men er en utfordring for konkurranseutsatte virksomheter.
- Utvalget slutter opp om frontfagsmodellen.
- Nedtrappingen av petroleumsvirksomheten vil kunne utfordre stabiliteten i norsk økonomi.
- Arbeidsinnvandring skaper nye utfordringer for lønnsdannelsen.
- Lønnsdannelsen må bidra til økt produktivitet i alle sektorer. Det betyr at også offentlig sektor må få økt produktivitet.
- Frontfaget skal ikke splittes i en landbasert og en offshore del.

Lokale forhandlinger virker

I Norge har vi et kindereg, sa Torbergsen: En god utvikling som består av høy sysselsetting, lav arbeidsledighet, høy reallønnsindeks, god lønnsdannelse i både fastland og offshore.

En bekymring er at lønnsveksten i Norge er langt over resten av Europa, i hvert fall de vi vanligvis sammenligner oss med. En svekket kronekurs er

det som er mest utslagsgivende for bedriftene. Nå har krona svekket seg, og det betyr at lønnskostnadene har svekket seg i forhold til resten av Europa. Nå har man ikke påvirkning på kronekursen, men det er allikevel viktig å ha med seg.

Frontfaget er en norm, ikke et gulv, og ikke et tak. Det er helt i orden at det går litt over og litt under, men utviklingen over tid er viktig. Lokale forhandlinger ivaretar frontfagsprofilen godt. Lønnsveksten viker ikke veldig mye fra frontfaget. Det er ett unntak: Finanssektoren. De er ikke med i noe koordinerende utvalg og har i mange år hatt en høyere prosentvis lønnsøkning enn andre sektorer. De er med på å trekke totalutviklingen opp. Fra 1974 følger alle oppgjør frontfagsprofilen veldig tett, og det fungerer som en norm over tid, og dette er noe alle er enige om.

Sammensetningen av frontfaget: Høy vekst og god lønnsevne har ført til klart høyere lønnsvekst i leverandørvirksomhetene i oljeindustrien enn i konkurranseutsatt sektor på land. Mange argumenter talte for at leverandørvirksomheten burde tas ut av frontfaget.

På den annen side må frontfaget fungere som en troverdig norm for lønnsveksten over tid. En kan ikke designe frontfaget med sikte på lavest mulig lønnsvekst. Det er dessuten bare 12-13 kommuner i hele landet som ikke har oljerelatert virksomhet. Utvalget har derfor ikke sett behov for å gjøre om på sammensetningen i frontfaget.

- Nå er lokal lønnsdannelse anerkjent, sa Torbergsen. Det har for eksempel vært en ekstrem etterspørsel etter ingeniører. Ingeniørbedriftene har rekruttert aktivt fra hele Europa. Allikevel har ikke lønningene for ingeniører tatt fullstendig av, til tross for lokal lønnsdannelse. Dette var et stort poeng i utvalget. Lokal lønnsdannelse viser seg å være like ansvarlig, og dreier seg ikke om ren og usolidarisk egoisme, slik motstandere har hevdet. Lokal lønnsdannelse tar også lokale hensyn, noe den sentrale ikke gjør. Det viser at ansvar ikke kun kan vises sentralt.

Arbeidsinnvandringen har økt betydelig. Norge har hatt en lønnsdannelse hvor en får lite igjen for høy utdannelse og mye igjen for lav eller ingen utdannelse. Dette har økt effektiviseringen og robotiseringen av norske arbeidsplasser.

ser. Det har heller ikke vært så attraktivt å komme til Norge for akademiske stillinger. Det kan være i ferd med å snu. For eksempel har arbeidsledige arkitekter fra Spania fått tilbud om kontrakt med en timelønn på under 200 kroner. Lønna er lav, men det er mye bedre enn å gå arbeidsledig i Spania, sa en arkitekt som ble spurt. Hvis dette skjer med flere, hva skjer med arkitekt-lønningene i Norge da? Dette er et faresignal, sa Torbergesen.

KS-bedrift

Spesialrådgiver i KS, Karsten Kragh Langfeldt, gjennomgikk til slutt de siste nyhetene fra Akademikerne. Det er bare én gruppe som har høyere lønn enn tannlegene, og det er medisinene, sa Langfeldt. Tannlegene har hatt en fallende kurve de siste to årene.

Hovedavtalen er i forhandling fremdeles, og stridens kjerne er KS bedrift.

– Dette er en floke Hvis de ikke blir enige her, kan dette bli del av lønnsoppgjøret. Dette er ugreit. Her er det mye politikk. Kjernen er pensjon og pensjonsutgifter, sa Langfeldt.

Lydhør regjering

– Vi opplever at den nye regjeringen er lydhøre for oss, sa Tannlegeforeningens president, Camilla Hansen Steinum. NTF skal blant annet ha et møte med helseministeren i april.



Forhandlingsjef i NTF har kåret den heldige vinner av en iPad Air blant dem som besvarte lønnsundersøkelsen 2013: Det var 250 flere svar enn i fjor, og undersøkelsen danner et godt grunnlag for statistikk både i dag og framover. Den heldige vinneren var Pernille Nordbak Øsmundset fra Eidsvoll. Vi gratulerer!

Et område som vil få betydning for tannleger er moderniseringen av kommunestrukturen. Leder av Akademikerne kommune, Anders Kvam, sitter i et utvalg som ser på kommunesam-

men slåing. De har begynt arbeidet. Kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner har sagt at han ønsker at dette skal skje raskt.

– Det er en del prosesser som går over holdet på oss, og som vi ikke får lov til å være med på fordi vi er for små i enkelte sammenhenger. Men vi forsøker å påvirke der vi kan og har god kontakt med de politiske miljøene, sa hun.

Når det gjelder lederutdanning, begynner det å bli behov for dette i både offentlig og privat sektor. Her samarbeider Tannlegeforeningen med Helsedirektoratet og universitetene.

– NTF arbeider kontinuerlig med forbedringer i dagens trykkesystem. I dag gis det for eksempel ikke støtte til forebygging i noen særlig grad. Dette er en av tingene som bør forandres, og som det jobbes med. En annen viktig sak er henvisningsrett direkte til medisinsk spesialist, sa Steinum.

Ny valgkomité

Det ble valgt ny valgkomité for Sentralt forhandlingsutvalg:

Marin Miosku, Oslo Tannlegeforening, Tor Olav Sølberg, Sør-Trøndelag TF og Øystein Sivertsen, Sogn og Fjordane TF.

Tekst og foto: Kristin Aksnes



FlashMax P3 herder på 1 sek!

Spar tid og få bedre herderesultater - helt trygt!
Vi og bl.a. Clinicians Report - anbefaler 1 sek. herding pr. 2 mm lag, og så 3 sek. på det avsluttende laget. Opptil 5.850 mW/cm2 gir fullstendig trygg herding. Nå innbyttekampanje: Les mer på www.tonnedental.no

7490,-
inkl. moms

Nyhet!

Praktisk lysmåler for alle LED-lamper!

Test din LED herdelampe om den leverer det den skal. Måler lamper helt opptil 6.000 mW/cm2!
Les mer på www.tonnedental.no

998,-
inkl. moms

Tonne Dental Telefon 66 89 20 50 - www.tonnedental.no - [salg@tonnedental.no](mailto: salg@tonnedental.no)

Forum for tillitsvalgte, 13.–14. mars, Grand Hotel, Oslo:

Problemet først – så løsningen

En engasjert forsamling av tillitsvalgte hadde mange innspill til NTFs politiske ledelse, blant annet at de ønsket at pengene skulle følge pasienten og bedre samordning mellom helsegruppene. Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Lisbeth Normann kunne også fortelle forsamlingen noe om den nye regjeringens planer. Dommen i ESA-saken var akkurat gjort kjent, og hun fikk også spørsmål om dette.

Hvor går veien videre for helse-Norge? spurte Bjarne Håkon Hanssen fra First House. Og hvordan jobber vi med politikk? Han ga forsamlingen en innføring i de politiske prosessene og delte sine refleksjoner om helsetjenesten sett i lys av regjeringens prioriteringer.

– Det er helt grunnleggende å kommunisere problemet før en kommer med løsningen, sa Hanssen. Det er en av de vanligste feilene interessegrupper gjør, og det er noe av det viktigste når en skal gi innspill til myndigheter. Som forening er problemene åpenbare, men det er de ikke for myndighetene. De må få presentert problemet først. Hvis en kommer og sier at en har løsningen, vil de aldri forstå problemet, sa han, og viste til pensjonsreformen som et godt eksempel. Her ble problemet så grundig presentert, at til og med LO stemte for en reform.

Han fortsatte med å trekke opp de store linjene: Det viktigste som skjer i Norge i dag, det som alle politikere er opptatt av men som ikke er en stor sak i seg selv, er demografi og velferd. Eldrebølgen skyter fart fra 2015, da runder etterkrigsbarna 70 år. Og selv om folk lever lenger og er både spreke og friske, forsikret han om at det ville det bli armod nok å ta av.

I 1939 ble det født 46 000 barn. I 1946: 70 000 barn. I 2026 er de 80 år. Dette er problemer alle politikere tenker på.

En annen ting er dødsårsakene. Før døde folk av infeksjonssykdommer, de er nå er under kontroll. Så kom hjertesykdommer, som også er redusert. Nå kommer de store livsstilssykdommene som diabetes, kols, rus og psykiatri. Det anslås at ti prosent av befolkningen har, eller er i ferd med få, diabetes.

– Det er viktig at dere er en del av løsningen når disse store sakene skal løses, sa Hanssen. God tannhelse er sjelden i fokus. Dere må sørge for å løfte dette fram som avgjørende viktig for å lykkes med en nødvendig omlegging. Løsningen vil ligge i enda større oppmerksomhet rundt «det gode liv», som betyr å bo lengst mulig i egen bolig. Velferdsteknologi vil i denne sammenheng også bli viktigere og viktigere.

Også når helsetjenesten skal innrettes slik at den skal hindre at sykdom utvikler seg, trengs et tannhelseperspektiv. En kommunereform vil komme ganske snart. Denne regjeringen har en klar fordel av at de ikke trenger å ta hensyn til Senterpartiet, sa Hanssen. De vil satse på større og robuste kommuner hvor det vil være større vekt på fore-

bygging. En del av avtalen med Venstre og Kristelig Folkeparti er større og mer robuste kommuner. Hva skal tannlegenes posisjon være i denne debatten?

Mål og ønsker

Bjarne Håkon Hansen og flere fra First House ledet så et gruppearbeid, hvor forsamlingen av tillitsvalgte var delt inn i grupper som diskuterte og kom med innspill til ledelsen av Tannlegeforeningen.

Gruppene hadde ganske like prioriteringer og punktene som ble nevnt oftest var:

- Pengene bør følge pasienten. Slik kan de behandles av både private og offentlige tannleger, og behøver ikke å bytte sin faste tannlege ved en viss alder.
- Det må satses mer på forebygging, spesielt rettet mot røyking og kosthold. Tannleger bør være en større del av forebyggingsarbeidet i kommunene.
- Det bør brukes mer tid enn i dag til forebygging hos barn og unge.
- Tannleger må inkluderes i folkehelsearbeidet.
- Det er en selvfølge at tannleger skal ha henvisningsrett til medisinsk spesialist.



Tidligere helseminister og pr-rådgiver i First House, Bjarne Håkon Hanssen, fortalte de tillitsvalgte noe om hvordan man lykkes med politisk arbeid.



Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Lisbeth Normann, snakket om hva regjeringen vil gjøre de neste fire årene.

– Det må bidra til bedre samordning mellom helsegruppene.

Bjarne Haakon Hansen oppsummerte blant annet med å si at det er helt feil å ha fylkeskommunen som forvaltningsnivå. Tannlegene er igjen i et helsemessig vakuüm og at samhandling og tverrfaglighet er helt vesentlig for å lykkes.

Regjeringens mål

Statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Lisbeth Normann, kunne fortelle at den nye regjeringen vil legge vekt på at det ytes kvalitetssikrede helsetjenester til innbyggerne på alle områder. Som et ledd i kommunereformen vil det etableres robuste kommuner som håndterer helseutfordringene landet står overfor, sa hun. Ordningen med gratis tannundersøkelse til alle over 75 år er fjernet, til en del protester, og omprioritert til andre formål. Disse pengene brukes bedre på dem som trenger det mest og en vil heller utvide de gruppene som kan få støtte. En vil blant annet

se om gruppene med lave inntekter og høye tannlegekostnader kan skjermes bedre. Her kan en sammenligne med svenskene, som har hatt en slik ordning siden 2008. Her gjelder det igjen å forbedre et system og kodeverk for behandling og diagnoser i privat tannhelsetjeneste, slik at en får god statistikk for hele befolkningen.

Hun kunne ellers fortelle at en ny folkehelsemelding kommer om kort tid, og at det er behov for å styrke forskningsinnsatsen innen odontologi.

ESA-saken, hvor klager har fått medhold, krever at departementet må lage nye lover og forskrifter som vil tre i kraft fra årsskiftet 2015.

– Fritt behandlingsvalg er et mål for denne regjeringen. Her vil også organiseringen av tannhelsetjenesten ha en naturlig del, sa Normann.

En ny tannhelselov vil komme i løpet av ikke altfor lang tid. Tannhelse har betydning for et helhetlig helsetilbud.

– Vi har mye vi vil ha gjort på tannhelsefeltet, og er avhengig av dialog og

samarbeid. Som sykepleier var min erfaring at munnstell ikke er prioritert på sykehus og institusjoner, sa hun.

Det var flere spørsmål fra salen.

Blant annet om utfallet av ESA-saken: Hvordan kan en sammenligne prisene i offentlig og privat tannhelsetjeneste? Normann svarte at dette oppdraget gis videre, og at i resten av helsevesenet er det lang erfaring i å regne på offentlige og private tjenester.

Et annet spørsmål dreide seg om agensier som er strøket fra trygdens refusjoner. Hun syntes dette var viktige faglige innspill å få til revisjon av regelverket.

Fritt behandlingsvalg i tannhelsetjenesten – når kommer det? Ble det spurt. Normann svarte at de utreder rusfeltet først, så kommer dette etter hvert.

NTFs president, Camilla Hansen Steinum, sa at hun håpet at pasientsikkerhet og kvalitet ble ivarettatt. Det er en bekymring at mange aktører i bransjen som tilbyr tannhelsetjenester uten autorisasjon. Dette er spilt inn til myndighetene. Normann svarte at de tar dette alvorlig. De er opptatt av forutsigbarhet og kvalitet, ikke bare innenfor tannhelsetjenesten, men på hele helsefeltet.

Kompetansesentrene

Visepresident i NTF, Arnt Einar Andersen, snakket om kompetansesentrene, som ble utredet på 90-tallet, hvor det var dårligere spredning av få spesialister, lite eller ingen forskning utenfor fakultetene og ingen rådgivning for tannleger. Bestillingen var fem kompetansesentre som skulle drive med fagutvikling og forskning, og gi behandlingstilbud til pasienter med behov for tverrfaglige spesialister.

Bivirkningene har blant annet vært rekrutteringsproblemer. Kompetansesentrene skal fylles opp med dem som allerede er en mangelvare. Når en flytter ressurser fra universitetene svekker

en i mange tilfeller grunnutdanningen, sa Andersen. Kompetansesentrene ligger for øvrig ofte ikke i distriktene, og en ender opp med en kompetansesentralisering i stedet for en kompetansespredning.

Problemstillingene er heller ikke de samme nå som i 1998. Det er mange flere søkere til tannlegestillinger, men allikevel liten og ujevn spredning av spesialister. I Osloområdet er det ikke marked for flere spesialister, ble det hevdet fra salen. Og hvor desentralisert er spesialistutdanningen når kompetansesentrene hører til i samme bygg, som i Bergen og Tromsø? Det ble nevnt at en liten by som Arendal har 5–6 kjeveortopedier.

– Et nytt kompetansesenter i Oslo vil fungere som en årelating av spesialistkompetanse fra Universitetet i Oslo. Utdanning av spesialister må skje i et solid miljø, ikke desentralisert, lød en av kommentarene fra salen.

Historisk mange søkere

Informasjonssjef i NTF, Morten H. Rolstad, la frem tall fra en arbeidsmarkedsundersøkelse for tannleger foretatt i februar–mars 2014. Både fylkestannlegene og lokalforeningene ble spurt om antall nyansettelser, antall søkere, rekrutteringstiltak om de prioriterer norskutdannede og hvor mange ubesatte tannlegestillinger de har i fylket i dag.

Kommentarene fra fylkestannlegene var at de hadde historisk mange søkere til ledige stillinger. Det er stor pågang av tannleger med lisens, men uten norsk autorisasjon som har studert i forskjellige europeiske land, både utlendinger og etniske nordmenn. Det er mange søkere, men ikke alle er reelle eller relevante.

Det var svært liten forskjell mellom svarene fra fylkestannlegene og fra lokalforeningene.

På spørsmål om de norskutdannede ble prioritert, ble det svart at de legger



Tillitsvalgt fra Aust-Agder, Jon Eigil Tønnevoold Fiane, legger fram resultatet av gruppearbeidet.

vekt på språklige kunnskaper og egnethet, og at med mange søkere ble den best egnede valgt.

To fylker har mellom seks og ti ledige stillinger i dag. Dette var for øvrig det eneste punktet hvor svarene avvek noe fra hverandre, og UTV-lederne mente det var noe færre.

I Rogaland er det stor tilflytting til regionen, men her er oppfatningen at det er mer enn nok pasienter til alle. I andre fylker som mener at markedet begynner å bli mettet, er oppfatningen at det ikke er vanskelig å få jobb, men det kan være vanskelig å fylle opp timeboka.

Hovedinntrykket er at det er svært god tannlegedekning i privat sektor. I offentlig sektor er det gjennomgående god dekning. Noen få steder er det vakanser, blant annet i Sogn og Fjordane.

Hvordan vurderer de spurte arbeidsmarkedet for tannleger i et toårsperspektiv? I Hedmark er situasjonen den at de har mange søkere til hver stilling, men liten stabilitet. I et femårsperspek-

tiv kan det være annerledes. Store alderskull nærmer seg pensjonsalder. Det kan blant annet bety mindre press i byene.

Stauts obligatorisk etterutdanning

NTFs utdanningssjef Øyvind Asmyhr innledet Forum for tillitsvalgte torsdag kveld med en gjennomgang av status for obligatorisk etterutdanning for NTFs medlemmer. Foreningens representantskap vedtok i 2011 å innføre en ordning der medlemmene pålegges å ta etterutdanning. Kravet er 150 timer etterutdanning over fem år. 100 timer skal være godkjent av NTF, 50 timer kan være egenaktivitet.

Videre heter det: «I de 100 timene vil all kursaktivitet i regi av NTF bli godkjent og også timer som er godkjent av NTFs Godkjenningsutvalg. Kurser for tillitsvalgte vil inngå i denne kvoten. Kursgivere og forelesere vil få godkjent timer av godkjenningsutvalget. Eksempler på egenaktivitet kan være deltakelse på eksterne kurs (ikke forhåndsgodkjent av NTF), lesing av faglittera-

tur, tillitsvalgтарbeid, kvalitetssirkler og liknende.»

Rapporten som lå til grunn for representantskapet vedtak sa også at det skulle gis en årlig tilbakemelding til medlemmene om deres etterutdanningsstatus. Videre skulle det sendes oppfordring til dem som etter tre år har mindre enn 50 timer. Det etableres et register av NTF over de medlemmer som har oppfylt kravet etter fem år, het det til slutt. Ellers er det ikke vedtatt sanksjonsmuligheter overfor medlemmer som ikke oppfyller etterutdanningskravet.

Status 1. januar 2014, to år etter at ordningen trådte i kraft er at av en total på 4 337 yrkesaktive medlemmer har 767 registrert 0 timer. 607 har registrert 0–24 timer, 436 har registrert 25–49 timer, 943 har registrert 50–99 timer, 698 har registrert 100–149 timer, 460 har registrert 150–199 timer og 426 medlemmer har registrert over 200 etterutdanningstimer.

Utviklingen fra målingen 1. januar 2013 er slik: I 2013 hadde 31 prosent registrert 0 timer, i år var tallet 17 prosent.

15 prosent hadde 0–24 timer i 2013, mot 13 prosent i år. 25–49 timer hadde 11 prosent i 2013 og 10 prosent i år. 50–99 timer hadde 21 prosent ved begge målingene. 11 prosent hadde 100–149 timer i 2013, mot 16 prosent

i år. 6 prosent hadde 150–199 timer i 2013 mot 10 prosent i år. 2 prosent hadde over 200 timer i 2013, mot 9 prosent i år.

Asmyhr viste også fylkesvise, eller lokalforeningsvise, forskjeller i antall registrerte etterutdanningstimer, fordelt på offentlig ansatte og privatpraktiserende. Til slutt viste han en oversikt over antall etterutdanningstimer ut fra eksamensår Tallene er tilgjengelige i NTFs sekretariat.

Tenk Tank

Asmyhr fortsatte innledningen om etterutdanning med å gi en status for Tank, Tannlegeforeningens nettbaserte kurs.

Tanken bak Tank er å gi medlemmene oppdatert, riktig og kvalitetssikret kunnskap. Kursene blir produsert av NTF i samarbeid med fagspesialister. Det skal være enkel og automatisk registrering av etterutdanningstimer. De første nettbaserte kursene skal hjelpe medlemmene til å imøtekomme myndighetskrav.

Status i dag er at kurs i smittevern og personvern og informasjonssikkerhet er tilgjengelige, under nettbaserte kurs på www.tannlegeforeningen.no. Medlemmene velger selv når og hvor de vil gjennomføre kursene. Innlogging foregår via min side. Brukernavn er det samme som medlemsnummer. Betaling

skjer via sikker nettbasert betalingsterminal (Nets)

Du trenger PC, mac eller nettbrett, du trenger internett og du trenger lyd.

Planlagte kurs fremover er: Personvern og informasjonssikkerhet del 2, Strålevern for tannleger Protetik, prepareringsprinsipper og materialer, Kirurgi, fjerning av visdomstenner, Endodonti, Legemiddelbruk, med mer, avsluttet Asmyhr. En håndsopprekning viste for øvrig at to av deltakerne på Forum for tillitsvalgte har tatt et kurs gjennom Tank.

Interessen er vekket, og det går sakte fremover, sa Asmyhr, og viste til rapporten om Tank i Tidende nr. 1 i år: http://www.tannlegetidende.no/index.php?seks_id=543227

Verdens tannhelsesdag

I anledning verdens tannhelsesdag den 20. mars ble alle lokalforeningene oppfordret til å kontakte lokale aviser i forbindelse med en ny undersøkelse om syreskader hos 18-åringene. Alle lokalforeningene fikk tilsendt veiledning og materiell på e-post.

*Tekst: Kristin Aksnes og Ellen Beate Dyvi
Foto: Kristin Aksnes*

For mer informasjon – se vår hjemmeside www.dentalstoep.no

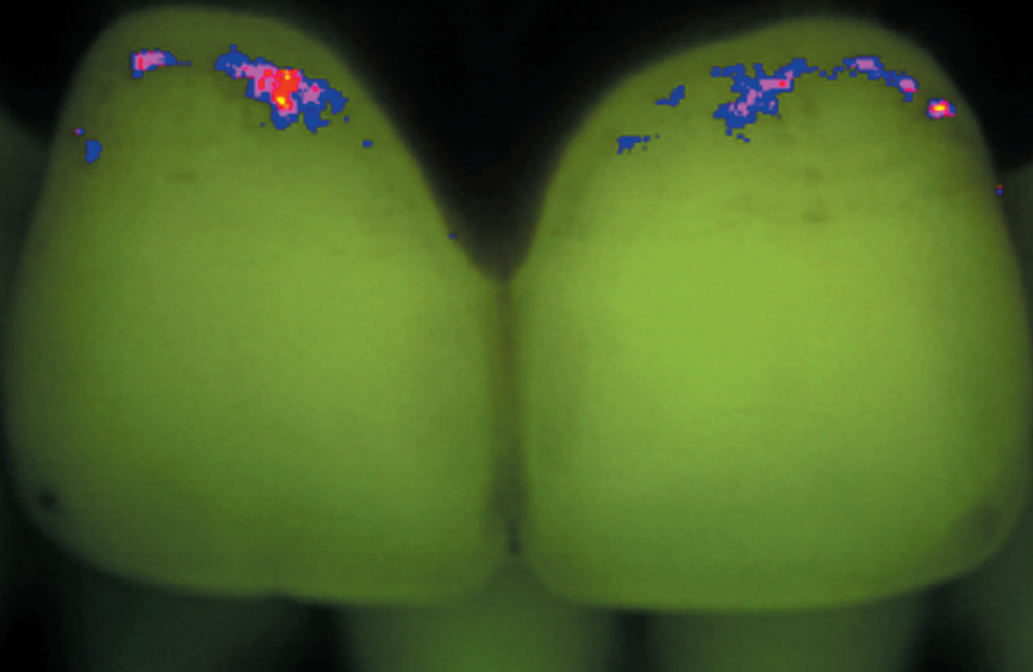
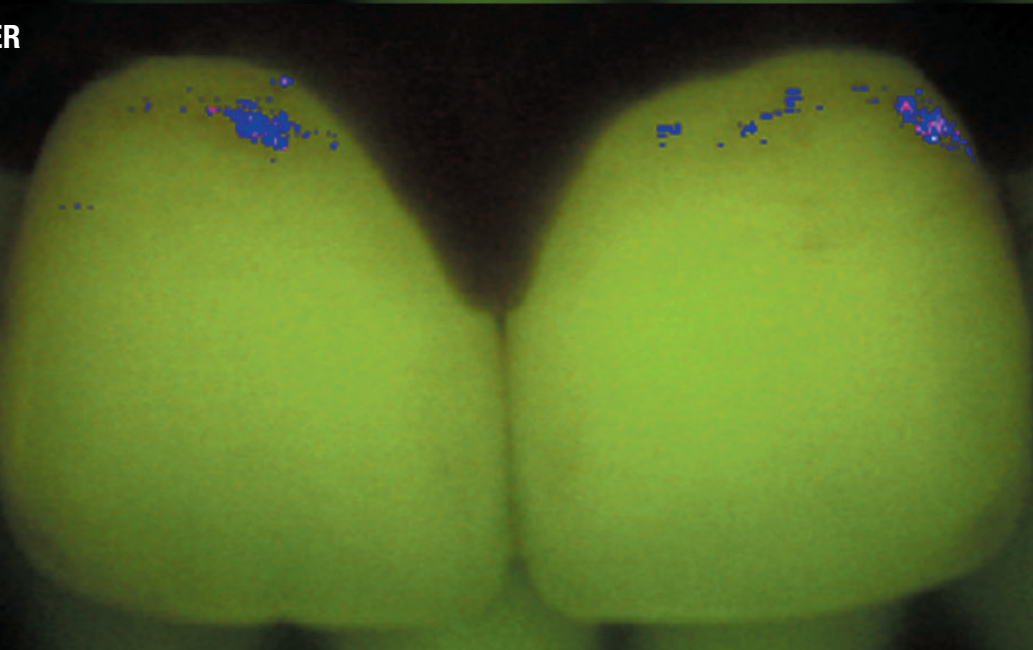
Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTTEKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



**BASELINE****6 MÅNEDER**

NESTEN 2X BEDRE REVERSERING AV INITIALE KARIESLESJONER²

Resultater fra en 6 måneders studie som vurderte reversering av initial emaljekaries ved hjelp av QLF™ (Quantitative Lightinduced Fluorescence) metoden. En fluortannpasta med Sugar Acid Neutralizer™ ble sammenlignet med en vanlig fluortannpasta, begge med 1450 ppm fluor.²

QLF™ er basert på autofluorescence av tennene. Graden av kontrast mellom demineralisert og frisk emalje angir størrelse og lokalisering av karieslesjonene.

VI INTRODUSERER EN NY STANDARD INNEN KARIESFOREBYGGING

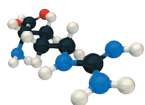
ET GJENNOMBRUDD MED KOMBINASJONEN: PRO-ARGIN™ OG FLUOR

Det er godt dokumentert at fluor forebygger karies ved å styrke emaljen. Men fluor bekjemper ikke de skadelige sukkersyrene, som er hovedårsaken til karies.

Nå introduseres Colgate® Maximum Protection Caries plus Sugar Acid Neutralizer™ tannpasta.

Et gjennombrudd i kariesforebygging som gir mer enn fluors forebyggende egenskaper ved målrettet å bekjempe skadelige syrer.

PRO-ARGIN™
TEKNOLOGI



ARGININ

+



KALSIMUM

Sugar Acid Neutralizer™ er et konsept basert på Pro-Argin™ teknologi, som består av 1.5% arginin og kalsium karbonat.

Arginin er en essensiell aminosyre som finnes naturlig i saliva. Ved å

tilføre ekstra arginin i plakkbiofilmen, vil arginolytiske bakterier metabolisere disse til base. Denne basen vil hjelpe til å nøytralisere de skadelige "sukkersyrene". Derved heves pH til et mer nøytralt og sunt nivå. Dette hindrer emaljekaries.

Kalsiumkarbonat blir et reservoar av kalsium som sammen med fluor kan reparere initiale karieslesjoner, – før de blir kaviteter.

BEDRE KARIES- BESKYTTELSE ENN FLUOR ALENE

Kombinasjonen av fluor, arginin og kalsium har i in-situ studier vist seg å gi 4 ganger bedre remineralisering enn fluor alene.¹

Kliniske korttidsstudier har vist at denne kombinasjonen ikke bare arresterer, men også reverserer initiale karieslesjoner nesten 2 ganger bedre enn en vanlig fluortannpasta.²

Omfattende kliniske, langtidsstudier med mer enn 10 000 barn har vist at en fluortannpasta med Sugar Acid Neutralizer™ gir opp til 20 % færre nye kaviteter etter 2 år sammenlignet med en vanlig tannpasta – begge med 1450 ppm fluor.^{3,4}

Colgate® Maximum Protection Caries tannpasta med Sugar Acid Neutralizer™ er den første og eneste fluortannpasta som kombinerer 1450 ppm fluor og Pro-argin™ teknologi for bedre kariesbeskyttelse.

For mer informasjon:
Colgate Professional Oral Care
tlf. +(45) 80 60 70 10
e-mail: cpcodk@colpal.com
www.colgateprofessional.no



NYHET!

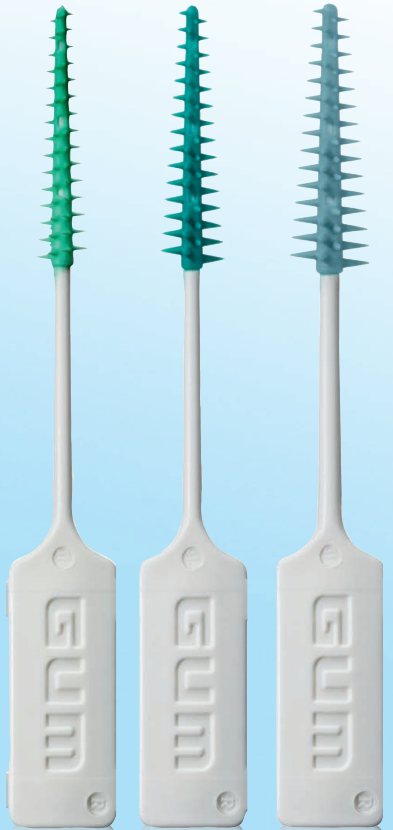
SUNSTAR



SOFT-PICKS™

Endelig finnes GUM® Soft-Picks i 3 størrelser:

REGULAR • LARGE • X-LARGE!



Regular

Large

X-Large



FINNES PÅ DITT DEPOT!

Sunstar | Tel 909 84154 | info.se@se.sunstar.com



GUM® Soft-Picks 2014 NO



Legelisten.no er til nytte for både tannleger og pasienter

I Den norske tannlegeforenings Tidende nr. 2 i år kommer redaktør Ellen Beate Dyvi med kritikk av Legelisten.no som fortjener tilsvaret. Kritikken er sentrert om tre punkter: 1) At vi tillater pasienter å evaluere tannleger, hvilket Dyvi mener pasienter ikke er kompetente til å gjøre; 2) At vi har publisert informasjon om tannleger som har fått advarsler fra Statens helsestilsyn, som Dyvi mener pasienter ikke har grunnlag for å kunne forstå; og 3) At Legelisten.no er organisert som et kommersielt foretak.

For å ta det siste først: ja, det stemmer at vi er organisert som et AS, og ja, vi håper at vi på sikt vil klare å lage en så bra tjeneste at det blir mulig å gjøre nettsiden til et økonomisk levede. Men er det en motsetning mellom det å lage gode tjenester for pasienter og samtidig tenke økonomi? De fleste tannleger i Norge er organisert i kommersielle foretak og deres virksomhet har således en klar økonomisk dimensjon. Den klarer de aller fleste tannleger heldigvis å kombinere med å utføre gode tjenester for sine pasienter. Selv om vi ikke er tannleger, så håper vi også vi vil klare å få til dette.

Så til det første punktet: Har pasienter kompetanse til å vurdere arbeidet en tannlege gjør? Vi er enige i at det for pasienter i mange tilfeller vil være vanskelig å vurdere det faglige arbeidet en tannlege gjør. Men, som de fleste tannleger vil være godt kjent med, så er det flere dimensjoner ved ett tannlegebesøk enn den rent medisinske kvaliteten. Kommunikasjon er en slik annen dimensjon. Er god kommunikasjon mellom tannlege og pasient viktig? Ja. Vil en pasient være i stand til å vurdere om kommunikasjonen var god eller dårlig? Ja, det mener vi.

En annen dimensjon er tilgjengelighet. Er det lett å få time hos tannlegen når det oppstår behov? Begynner timen som avtalt? For mange pasienter er til-

gjengelighet en viktig faktor og tilgjengelighet er utvilsomt en dimensjon pasienter evner å vurdere.

Det er nettopp disse ikke-faglige dimensjonene, som kommunikasjon, tilgjengelighet og pris, vi oppfordrer pasienter til å fokusere på når de skriver vurderinger på Legelisten.no. Dette er faktorer vi mener pasienter har godt grunnlag for å vurdere, faktorer som er relevante for andre pasienter.

Når det er sagt, så er det nå mer og mer forskning som viser at det er en sammenheng mellom pasientvurderinger skrevet på nett og kvaliteten i helsetjenester. Studier fra både USA og Storbritannia finner for eksempel en klar sammenheng mellom dødeligheten på sykehus og anonyme vurderinger skrevet på nett. Så i fraværet av mer vitenskapelige og objektive kvalitetsindikatorer, så er kanskje ikke pasienters vurderinger så verst likevel.

Så til spørsmålet om vi burde ha publisert informasjon om tannleger som har fått advarsler og andre reaksjoner fra Helsestilsynet. I vår evaluering av dette har vi lagt vekt på to forhold: Er dette relevant informasjon for pasienter? Og er det andre tungtveiende grunner til å ikke publisere dette? Svaret på det første mener vi, åpenbart, er ja. En advarsel, eller en inndragelse av autorisasjon, gis kun ved alvorlige pliktbrudd og kun etter en grundig behandling av Fylkeslegen og Helsestilsynet. Og berørt tannlege får alltid anledning til å gi sin versjon av saken før en reaksjon ilegges. At pasienter har interesse av å vite utfallet av slike saker er for oss helt åpenbart.

Er det så andre tungtveiende grunner til å la være å publisere denne typen informasjon? Hensynet til berørte tannleger kan tenkes å være en slik grunn. At det kan være en belastning for en tannlege å få publisert at han eller hun har fått en reaksjon fra Helsestilsynet ser vi. Men hva er viktigst: at

pasienter får tilgang til relevant informasjon når de skal velge tannlege eller at en tannlege beskyttes mot et eventuelt ubehag? Vi mener hensynet til pasientene må gå foran, men respekterer at andre kan ha andre synspunkter på dette.

La oss også legge til at vi ikke oppfordrer pasienter til å unngå tannleger som har fått reaksjoner fra Helsestilsynet. Vi oppfordrer kun pasienter til å undersøke saken nærmere dersom de ser at en tannlege vurderer å gå til har fått en slik irettesettelse. Gjelder advarselen et forhold som er langt tilbake i tid, eller kanskje en administrativ forseelse? Da har den liten relevans for valget av tannlege. Er det nylig gitt gjentatte advarsler til tannlegen for brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven? Da er det kanskje en tannlege man bør tenke seg om to ganger før man besøker.

I «Presidenten har ordet» i forrige utgave av Tannlegetidende, påpeker Camilla Hansen Steinum at det den siste tiden har vært en bekymringsfull utvikling der ikke-tannleger i stadig større grad utfører tannlegearbeid. Steinum går så langt som å si at praksisen er «svært uheldig for pasientsikkerheten». Noen få dager etter at vi la ut informasjon om tannleger som hadde fått reaksjoner fra Helsestilsynet førte denne informasjonen til at en person som opererte som tannlege i Vestfold, men som ikke hadde autorisasjon, ble avslørt. Offentliggjøring av informasjon om hvem som er tannleger, hvilke kvalifikasjoner de har, og andre pasienters erfaringer med ulike tannleger, kan bidra til å hindre fremveksten av useriøse aktører i bransjen.

Vi mener alle seriøse tannleger i Norge, Tannlegeforeningen og Legelisten.no burde dele samme mål: Det må bli enkelt for pasienter å finne frem til de mange gode og seriøse tannlegene som driver forsvarlige praksiser med

høy kvalitet. Legelisten.no er et virkemiddel for å få til dette. Vi påstår på ingen måte at siden er perfekt, vi har massevis av forbedringspotensial og perfekt informasjon vil uansett aldri finnes, men vi mener likevel at nettjennesten er en klar forbedring i forhold til det som har vært før, primært jungelt-elegrafen og Gule Sider.

Med Legelisten.no blir det enklere for pasienter å finne frem til de mange gode og seriøse tannlegene i Norge. Det er både pasienter, seriøse tannleger og Tannlegeforeningen tjent med.

Lars Haakon Søråas
larshaakon@legelisten.no

Husk å melde adresseforandring!
www.tannlegeforeningen.no –
gå inn på Min side

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Legelisten.no trenger tilsyn

Legelisten.no, ved Lars Haakon Sør-
aas forklarer sin virksomhet. Det
forstår jeg at han vil, og hensikten
med virksomheten er sikkert god fra
hans side. Det betviler jeg ikke.

Det problematiske med Legelis-
ten.no, slik jeg ser det, er at de presen-
terer seg som om de utfører et slags
samfunnsoppdrag eller er en del av vir-
kemiddelapparatet. Det oppdraget har
de ikke fått, det har de tatt, og jeg skulle
gjærne sett at noen førte tilsyn med det.
Det gjør ikke Datatilsynet, slik jeg har
forstått det. De applauderer heller virk-
somheten. Det forundrer meg. Det er
Datatilsynet jeg først og fremst er på
jakt etter, ikke Legelisten.no. Jeg skal
likevel kommentere noe i innlegget fra
Legelisten.no som er adressert til meg.

Legelisten.no vet at de ikke har pei-
ling på medisin og odontologi og sier
det samme om pasientene, som er de
som bidrar med informasjon i dette
systemet. Dermed er det kommunika-
sjonen mellom tannlege og pasient en
får vite noe om, sier Søråas, i tillegg til
tannlegens prisnivå og tilgjengelighet.
Dette er intensjonen til Legelisten.no.
Observasjonen er likevel at det ikke er

slik at pasientene retter seg etter dette –
de uttaler seg om alt mellom himmel og
jord.

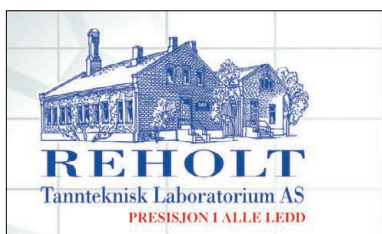
Likevel, bare for å ta det med kom-
munikasjon. Kommunikasjon er en
prosess mellom minst to parter. Partene
påvirkes av hverandre. Satt på spissen:
Pasienten kan være en dritt fra ende til
annen, og tannlegen blir deretter. Eller
omvendt. Sånn er livet, og så går vi
derfra og har hatt en dårlig opplevelse.
Det problematiske er imidlertid at en av
partene, tannlegen, kan få passet sitt
påskrevet i all offentlighet, av en per-
son som har anledning til å være ano-
nym.

Dette kan ramme tannlegen i alvor-
lig grad. Vi snakker om næringsvirk-
somhet, noe jeg for øvrig ikke har det
minste imot. En skal bare drive med
ordentlige ting, synes jeg, og ikke opp-
høye seg til folkeopplyser og drive med
sammenstillinger av brokker av infor-
masjon gitt på tilfeldig grunnlag av
anonyme personer, som kanskje er
i harnisk – eller i eufori, etter et koselig
opphold på klinikken hos en tannlege
der kjemien stemte totalt. Dette er ikke
interessant informasjon for meg.

En annen problematisk side ved ano-
nymitet og Legelisten.no er at det er
fritt frem for en tannlege som ønsker
å konkurrere på en ufin måte å legge ut
hva som helst om en kollega. På toppen
kommer denne ideen om å publisere
alle mulige gamle og nye reaksjoner fra
Helsetilsynet. Dette er informasjon den
som er interessert kan hente hos Helse-
tilsynet. Vi trenger ikke hjelp fra Lege-
listen.no for å finne ut om tannlegen
har hatt noe med Helsetilsynet å gjøre.
Denne informasjonen bør ikke blandes
inn i den andre suppa, og da mener jeg
de anonyme hurraropene eller mishags-
ytringene som kanskje kommer fra
pasienter, som Legelisten.no driver
med.

Poenget er at jeg vil at Datatilsynet
skal se på Legelisten.no sin virksomhet
i sin helhet. Dette er mye viktigere enn
at Legelisten.no på en tankeløs måte,
slik jeg ser det, skal bringe videre gamle
ting fra Helsetilsynet, sammen med den
andre tvilsomme virksomheten de hol-
der på med.

Ellen Beate Dyvi



Høy presisjon - lav pris

Forsendelse hver tirsdag og fredag.

www.reholt.no



Tannhelsesekretærer og odontologisk lokalanestesi

§ 5 *Bruk av medhjelpere* i lov om helsepersonell står det, «Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn» (1).

Denne lovteksten gir i utgangspunktet tannleger lov til å overlate bestemte oppgaver i en odontologisk behandlingssituasjon til andre enn en tannlege med gyldig faglig autorisasjon, men hvor tannlegen skal overvåke denne behandlingen slik at den utføres på en måte som er i henhold til aksepterte retningslinjer.

Det finnes tannleger som tolker denne lovteksten på en slik måte at det er grunn til å stille spørsmål om denne delegasjonsmyndigheten utøves på en faglig forsvarlig måte. I vårt eksempel ønsker vi å stille et åpent spørsmål om tannlegers bruk av tannhelsesekretærer som setter injeksjoner med lokalanestesi på odontologiske pasienter. For selvstendig å kunne gi odontologisk lokalanestesi kreves det i dag en formell utdanning med spesifikke eksamensavsluttede fagmål innenfor emnet farmakologi. Denne er gitt i forbindelse med profesjonsutdanningen av tannleger og tannpleiere.

Profesjonsutdanningen gir både tannleger og tannpleiere en omfattende faglig bakgrunn på bachelor- eller masternivå som fører til en statlig autorisasjon som igjen tillater utøvelse av den helsefaglige profesjonen i Norge. Samtidig gir autorisasjonen ifølge lovverket disse yrkesutøvere rett til å rekvirere lokalanestesi, dvs. få utlevert lokalanestesi fra legemiddeldistributør inkludert apotek.

Retten til rekvirering av injiserbar lokalanestesi er imidlertid noe begrenset for tannpleiere hvor det står i Forskrift om rekvirering og utlevering av

legemidler fra apotek, § 2–8, *Tannpleieres rett til rekvirering*; «Tannpleier med norsk autorisasjon eller lisens og godkjent utdanning i bruk av injiserbare lokalanestetika kan i tillegg rekvirere følgende legemidler i den grad det er nødvendig for utøvelse av tannpleiervirksomheten: a) midler til lokal infiltrasjonsanestesi til odontologisk bruk etc.».

Det kreves altså en *spesifikk profesjonsutdanning på bachelor- eller masternivå* etter de gjeldende krav per i dag som i utgangspunktet automatisk tillater bruk av injiserbar lokalanestesi. Men det legges en begrensning i retten til tannpleieres rekvirering som tillater kun injiserbare lokalanestetika for *lokal infiltrasjon* (sic!). Dette betyr at tannpleiere tillates å rekvirere kun lokalanestesi som er godkjent for «odontologisk bruk» i felleskatalogen *til lokal infiltrasjon*. Et artig paradoks her er at alle de angjeldende lokalanestesimidlene kan brukes like godt til lokal infiltrasjon som til nerveblokader.

På bakgrunn av de krav som settes til en odontologisk profesjonsutdanning på bachelor- og mastergradsnivå hvor opplæring i lokalanestesi inngår, og lovverket som gjelder for disse profesjonene, synes det underlig at det utlyses kurs i lokalanestesi som er spesielt rettet mot tannhelsesekretærer (selv om kursansonsen meget smart også er vinklet mot etterutdanning eller kompetanseoppbygging av tannpleiere med gammel utdanningsordning). Vi har oppfattet at tannleger så bruker tannhelsesekretærer til både lokal infiltrasjon og nerveblokader selv om kursene som gis angivelig fokuserer kun på lokal infiltrasjon(3). Det synes ulogisk i forhold til lovverket at dette skjer. Dessuten er det meget vanskelig å se at den varierende utdanningsbakgrunn for tannhelsesekretærer gir grunnlag for at de skal gi injiserbare lokalaneste-

tika sammenlignet med profesjonsutdanningen til tannpleiere og tannleger.

Det er derimot ikke vanskelig å forstå hvorfor enkelte tannleger ønsker å delegere injeksjon av lokalanestesi til tannhelsesekretærer. Mange tannleger utøver sitt yrke i klinikker med flere klinikkrom. For å gjøre pasientflyten mer effektiv (og ikke minst inntjeningen større) avsluttes en pasient i et klinikkrom mens en ny pasient forberedes i et annet klinikkrom av tannhelsesekretær. En mer politisk holdning til spørsmålet om delegasjon av lokalanestesiprocedyrer er angivelig mangel på tannleger i distriktene. Man glemmer lett at mottak av pasient, tilrettelegging for behandler inkludert innhenting av standard pasientopplysninger er en ting. En ganske annen og mer alvorlig ting er iverksetting av behandlingstiltak med legemidler som i utgangspunktet krever kompetent pasienttilsyn. Inntjeningshensyn eller størrelsen på pasientflyten må aldri komme foran en kompetansebasert odontologisk pasientbehandling. De siste års avisoppslag med hensyn til tannlegebehandling burde tydelig vise betydningen av dette.

Kurs vinklet mot tannhelsesekretærer fortsetter, og nylig har de fleste tannleger mottatt epost om kurstillbud med avsender utenfor Norge. Dette aktualiserer følgende spørsmål; Omfatter delegasjonsmyndigheten i helsepersonelloven bruk av tannhelsesekretærer til å gi injiserbare lokalanestesimidler?

Svar på dette spørsmålet er faktisk allerede gitt. I brev til Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, datert 27.11.2012 fra Helsedirektoratet, Divisjon for primærhelsetjenester, etter spørsmål om enkelte tannlegers bruk av personell (tannhelsesekretærer) til å gi lokalanestesi til pasienter i forbindelse med tannbehandling konkluderes det med; « ... En vurdering av konkret sak er Helsetilsynets anliggende. Generelt

vil imidlertid Helsedirektoratet bemerke at de nødvendige kvalifikasjoner en slik oppgave krever i utgangspunktet vil være omfattende både med hensyn til medisinsk, farmakologisk og odontologisk kompetanse; herunder kunnskap om anatomi, anafylaktisk sjokk m.m. erfaring og dermed også den praktiske ferdigheten til generelt å arbeide

i munnhulen er i denne sammenheng også viktig».

Referanser

1. Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
2. Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. FOR-1998-04-27-455.

3. Bergsland T. Anestesikurs for tannhelsesekretærer. Tannhelsesekretæren. 2013: nr. 2; 8-11.

*Lasse A. Skoglund, professor
E-post: lasses@odont.uio.no*

Henning Lygre, professor

Kvalitet hele veien... ...det merkes!



Totalleverandør av teknisk utstyr, service og praksisplanlegging.

Vårt ønske er å bli oppfattet som en reise på 1. klasse, derfor følger vi deg, **- hele veien!**



dental sør
HELE VEIENI

MANDAL - STAVANGER - BERGEN - SKIEN - OSLO - TRONDHEIM

Dental Sør AS - Postboks 901, Saltverket 6 - 4509 Mandal - Tlf. 38 27 88 88 - post@dentalnet.no - www.dentalnet.no

Lakris – på godt og vondt

Det er lørdagskveld og vi har plassert oss godt til rette foran TVen med plenty smågodt fra Freia og Nidar på bordet. Slikkeriet er pent og fristende innpakket i glinsende og fargerikt papir.

Dette er nok en ikke uvanlig beskrivelse av situasjonen i norske hjem i dagens Norge. Vi spiser og drikker med velbehag uten tanke på at dette kan være skadelig for helsa vår.

Selvsagt er det få som tror at slikkerier, potetgull og cola på lørdagskvelden bidrar til å skape fedme og andre helseproblemer. Tvert imot vil slike samlingsstunder i familien være av det gode for både kropp og sjel.

Galt og skadelig blir det dersom det blir slike «lørdagskvelder» hver dag i uka og at skolematen erstattes av et uheldig inntak av snop av alle slag. Da er det grunn til å tenke på hva disse inntakene inneholder og hva de erstatter av god og ernæringsriktig kost.

Det blir i tide og utide snakket om for store inntak av sukker, fett, salt – for ikke å forglemme fargestoffer og E-tilsetninger, men uten at dette synes å påvirke våre vaner og vår adferd i nevneverdig grad. Nye undersøkelser viser dog at forbruket av frukt og grønt har økt, mens sukkerforbruket har sunket, men fortsatt er sukkerforbruket altfor høyt og bidrar til at befolkningen blir fetere. Det helsemessige budskapet som serveres av våre helseautoriteter spriker ofte i mange retninger og skaper usikkerhet hos den vanlige mann i gata. Derfor blir ofte motargumentene mange, og spørsmålet reises ofte om » hva skal vi tro på?«

Et nytt moment i helsedebatten er overdreven og skadelig bruk av lakris. Vi har alle våre slikkeripreferanser og lakris er favoritten hos enkelte.

I løpet av de siste tiårene er det utført betydelig forskning på de skadelige virkningene av lakris, men uten at disse resultatene har fremkommet i media.

Det viser seg at lakris har svært uheldige effekter på salt- og vannbalansen i kroppen. Den uheldige virkningen skjer først og fremst gjennom nyrenes viktige funksjon i reguleringen av salter og væske ved at væske holdes tilbake og viktige salter (kalium) tapes.

En rekke livstruende tilstander er beskrevet i den medisinske litteraturen hvor sammenhengen mellom konsumpsjon av lakris og blant annet hypertensjon er klart dokumentert. Tidsskriftet for Den norske legeförening presenterte i 2002 en pasienthistorie hvor en 19 år gammel kvinne ble innlagt med betydelig hypertensjon, hypokalemi og alkalose. Undersøkelsen viste tydelig lakrisindusert hemming av et enzym. Tilstanden ble normalisert etter at kvinnen sluttet å spise lakris. Etter tre måneder hadde hun også normalisert det aktuelle enzymet.

I tillegg til hypertensjon vil pasientene utvikle andre tilstander som påvirkes av det samme enzymet, blant annet oppløsning av muskelvev (rabdomyolose), hjerteflimmer og ødemer.

Lakris inneholder steroidet glycyrrhizinsyre. Dette stoffet fører til at den normale omdannelsen av kortisol til kortison stopper og medfører at man får en opphopning av kortisol intracellulært i de kortikale nyretubuli. Kortisolet blokkerer aldosteronreseptorene og blir dermed det dominerende mineralkortikosteroidet. Resultatet gir økt resorpsjon av Na-ionet og dermed økt vannkonsentrasjon intravaskulært. Samtidig vil kaliumutskillelsen øke og medføre rytmeforstyrrelser i hjertet.

The American Journal of Epidemiology publiserte i 2009 en undersøkelse om hvordan lakris også kunne påvirke barns mentale helse ved at mødre konsumerte store mengder lakris i svangerskapet. Barn født av slike foreldre fikk adferdsproblemer og presterte dårligere enn andre barn på skoleprø-

ver. Det bemerkes også at kvinner som bruker p-piller kan være disponert.

Dette er alvorlige tilstander som kan ramme mennesker på en særdeles uheldig måte, og ofte uten at årsakssammenhengen blir klarlagt. Derfor er det viktig at både pasientene og primærlegetene har denne årsakssammenhengen klart for seg.

Har du som pasient med høyt blodtrykk noen gang blitt spurt om lakrisinntaket og om du er spesielt glad i lakrisbåter, Salt sild eller Tyrkisk pepper?

Lakris framstilles fra en erbeblomstplante som vokser fritt i Tyrkia, Hellas og Spania. Lakris ble benyttet som legemiddel allerede i antikken og ble hyppig benyttet i legemidler i tradisjonell kinesisk medisin.

I dag finnes lakris ikke bare i tradisjonelle søtsaker, men også i en rekke naturprodukter. Derfor bør legens spørsmål også dreie seg om helsekost, lakriste, tyggegummi med lakris, tyggetobakk, hostesaft og enkelte alkoholprodukter

Hvor mye lakris må man spise for å bli lakrisforgiftet?

Sannsynligvis er det store variasjoner, men hos utsatte kan 50 gram være stor nok dose til å gi symptomer. 200 gram per dag vil de fleste få symptomer av, med betydelig blodtrykkshjevning. Nidar fabrikker har nå laget en oversikt over innholdet av glycyrrhizinsyre i sine lakrisprodukter, en oversikt som er tilgjengelig for alle på nettet.

Tenk over ditt lakrisforbruk, spør legen din neste gang du får registrert høye blodtrykkverdier, men – kos deg med slikkeriene på lørdagskveldene – og kanskje bør også tannlegen utvide sine tanker om kariesprofilakse og søtsaker.

Bjørn Joh. Fuglem

NYHET!

BLOKKERER 92 % AV DENTINKANALENE ETTER BARE 6 SKYLLINGER *in vitro* *1

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

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

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

Profesjonell munnpleie hjemme



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

1. Dentine Tubule Occlusion, DOF 1 - 2012. 2. Ved bruk 2 ganger daglig. 3. Relief of hypersensitivity DOF 4 - 2012, Combination Tubule Occlusion, DOF 2 - 2012. *Basert på % hydraulisk konduktansreduksjon. NO/LI/13-0070a

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

Kollegahjelp er kollegial omsorg satt i system. Tanken er at vi skal være til hjelp for andre kollegaer som er i en vanskelig situasjon som kan påvirke arbeidsinnsatsen som tannlege. Vi skal være tilgjengelige kanskje først og fremst som medmennesker. Du kan selv ta kontakt med en av oss eller du som ser at en kollega trenger omsorg kan gi oss et hint. Vi har taushetsplikt og rapporterer ikke videre.

**Aust-Agder
Tannlegeforening**
Torleiv Lauvdal,
tlf. 37 03 61 65

Astrid Tredal,
tlf. 37 03 80 77

Bergen Tannlegeforening
Ingrid Slinde Fauske,
tlf. 98 00 82 04

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

Buskerud Tannlegeforening
Anna Karin Bendiksbj,
tlf. 31 28 43 14

Erik Mønter Strand,
tlf. 32 13 26 06

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

**Haugaland
Tannlegeforening**
Christine Stene Holstad
tlf. 52 85 38 64

**Hedmark
Tannlegeforening**
Børge Vaadal
tlf. 62 53 03 73

Björg Figenschou,
tlf. 72 41 22 60

**Nordland
Tannlegeforening**
Sigmund Kristiansen,
tlf. 75 52 23 69

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

Nord-Møre og Romsdal
Anna-Haldis Gran,
tlf. 71 69 18 79

Lars Brubæk,
tlf. 71 29 38 54

**Nord-Trøndelag
Tannlegeforening**
Anne Marie Veie Sandvik,
tlf. 74 09 50 02

Hans Haugum,
tlf. 74 27 21 90

**Oppland
Tannlegeforening**
Hans Solberg,
Hunnsveien 5, 2821 Gjøvik

**Oslo
Tannlegeforening**
Lise Kiil,
tlf. 22 60 05 34

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

Rogaland Tannlegeforening
Ernst Inge Helland,
tlf. 51 89 49 94

Elisabeth Langberg,
tlf. 51 55 09 31

Romerike Tannlegeforening
Trygve Næsheim,
tlf. 63 81 50 38

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 22 56 59 00

**Sogn og Fjordane
Tannlegeforening**
Arvid Fleten,
tlf. 57 82 29 17

Inge Fridell,
tlf. 57 69 56 95

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 70 13 21 56

Hege Leikanger,
tlf. 70 12 78 02

**Sør-Trøndelag
Tannlegeforening**
Anne Grethe Beck Andersen,
tlf. 72 41 15 64

Jan Henrik Parow,
tlf. 73 93 64 37

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
tlf. 35 58 39 20

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

**Troms
Tannlegeforening**
Håkon Tande,
tlf. 77 01 81 00

Elsa Sundsvold,
tlf. 77 68 74 28

**Vest-Agder
Tannlegeforening**
John Øydna,
tlf. 38 12 06 66

**Vestfold
Tannlegeforening**
Eva Nielsen,
tlf. 91 87 82 81

Svein Tveter,
tlf. 90 82 57 89

**Østfold
Tannlegeforening**
Marit Johnsrud Tonholm,
tlf. 69 14 28 04

Tore-Cato Karlsen,
tlf. 45 22 20 44

**Kontaktperson i NTFs
sekretariat**
Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 15
E-post: lin.bendiksen@
tannlegeforeningen.no

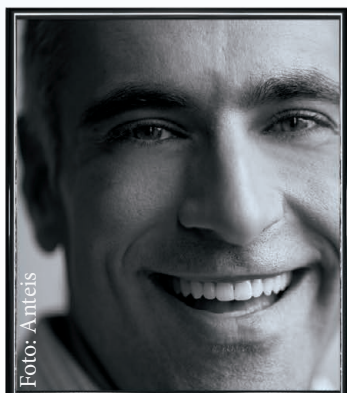


Foto: Anteis



DET PERFEKTE SMILET

Siden smilet ikke begrenser seg til kun tenner, men også inkluderer resten av kjevepartiet og leppene, er det helt naturlig at tannleger tilbyr sine kunder et helhetlig behandlingstilbud.

Har du pasienter med:

- “Gummy smile”
- Arr etter traume, akne e.l.
- Skjeve lepper
- Tynne lepper
- Rynker/linjer i leppekonturene

Cosmedic AS tilbyr kurs i btx- og hyaluronsyrebehandlinger til både tannleger, leger og sykepleiere. Vi har ulike kurs for ulike erfaringsgrader. Vi opplever at forbruker synes det er trygt å snakke med en seriøs aktør som tannlegen om dette temaet, siden tannleger er kjent for å være eksperter på symmetri og naturlig vakre smil.

Ta gjerne kontakt med vår kurskoordinator: Kosmetisk sykepleier **Marte Brodwall**, tlf: **24 11 29 00** eller e-post: **marte@cosmedic.no**, for mer informasjon.

“Få vet bedre enn tannlegene hvor viktig det er å ha et vakkert smil, og hvor hemmende det kan oppleves når man ikke liker sitt. Man tenker gjerne at hyaluronsyrefillere og btx er for Hollywood-stjerner, men sannheten er at helt vanlige mennesker også kan nyte godt av disse behandlingene, når de utføres av seriøse aktører, som fokuserer på symmetri og et naturlig resultat.”



**SCANDINAVIAN
DENTAL SERVICE AS**
Formidling av tannteknikk

Totalleverandør av tann tekniske produkter

Vi tilbyr budtjeneste over hele landet – enklere kan det ikke bli!

Ring oss for avtale



Nedre Baklandet 58 C // Postboks 6143, Sluppen, 7435 Trondheim
Telefon +47 73 54 90 00 // E-post: sds@sds.as

www.sds.as

KVALITET
KONTROLL
KUNNSKAP
VÅR STYRKE



dental as

Formidling av tannteknikk

Vi tilbyr budtjeneste over hele landet
– enklere kan det ikke bli!

Ring oss for avtale

Alle typer tannerstatninger

Spesialisering innen freste implantatløsninger og avtagbar protetikk

Markveien 35 B | Pb 2031 Grünerløkka, 0505 Oslo | Telefon +47 23 00 21 60 | Telefaks +47 22 17 39 71 | www.dental-as.no



Tilkallingsvakter

Det er ikke uvanlig at man i tannlegepraksiser benytter seg av sekretærer i stillinger som såkalt tilkallingsvakt eller tilkallingsvikar. Arbeidsforholdet kan enten inngås med en sekretær som ikke ellers arbeider i praksisen, eller med en sekretær som har fast deltidstilling og som arbeider mer når andre sekretærer i praksisen er fraværende fra sitt arbeid av ulike årsaker. I denne artikkelen vil vi belyse noen forhold knyttet til denne type ansettelsesforhold.

Som det følger av navnet er en tilkallingsvakt, eller tilkallingsvikar, en arbeidstaker som blir tilkalt når arbeidsgiver har behov for det. Sekretærer som er tilkallingsvakter er ikke forpliktet til å møte på jobb når arbeidsgiver tilkaller vedkommende, men står fritt til å takke nei til å jobbe. Arbeidsgiver har heller ingen plikt til å tilby slike ekstrahjelper arbeid.

Fast eller midlertidig ansatt?

Hovedregelen etter norsk arbeidsmiljølov er at arbeidstakere skal være fast ansatt. Bare dersom et av unntakene i loven er oppfylt, er det lov å ansette personer i midlertidige stillinger. Et eksempel på lovlig midlertidig ansettelse er dersom jobben innebærer at det skal gjøres arbeid i stedet for en annen arbeidstaker som er fast ansatt i bedriften, dvs. ved reelle vikariater. I praksis benyttes også tilkallingsvakter vanligvis når det er sykdom eller annet fravær blant virksomhetens faste arbeidsstokk. I slike tilfeller vil det være snakk om reelle vikariater og tilkallingsvaktene kan derfor lovlig ansettes i midlertidige stillinger. Vær oppmerksom på at det ikke er tillatt å dekke et varig arbeidskraftbehov i bedriften med vikarer eller andre former for midlertidige ansettelser. Dette er slått fast

av Høyesterett. Dersom man i en praksis har et vedvarende høyt fravær blant sine ansatte, må det derfor vurderes om det egentlig er behov for en høyere grunnbemanning i praksisen. Det å dekke et konstant behov for vikartjenester ved en nyansettelse i fast stilling vil vanligvis være mest aktuelt for virksomheter av noe størrelse.

Skriftlige ansettelsesavtaler

Sekretærer som er midlertidig ansatt som tilkallingsvakter skal også ha skriftlige arbeidsavtaler. Det er arbeidsavtale blir utarbeidet. Denne forpliktelsen følger direkte av arbeidsmiljøloven.

Arbeidsavtalen for tilkallingsvakter kan inngås på ulike måter. Avtalen kan f.eks. inngås for hver enkelt vikarperiode. Man kan også inngå en løpende rammeavtale der det beskrives når sekretæren vil bli tilkalt («ved sykdom eller annet fravær hos virksomhetens fast ansatte sekretærer», «etter behov» e.l.). I avtalen bør det presiseres at sekretæren har anledning til å takke nei til tilbudt arbeid. Vi anbefaler også at man utarbeider et skjema der det fremgår hvilke perioder sekretæren faktisk arbeider i bedriften. Skjemaet fylles ut og signeres av bedriften og arbeidstakeren, og følger som vedlegg til arbeidskontrakten. Denne formen for rammeavtale med vedlegg er trolig mer praktisk enn å inngå en ny kontrakt hver gang tilkallingsvikaren skal arbeide i virksomheten.

Avlønning

Arbeidsgiver og sekretær står fritt til å avtale hvordan arbeidet som tilkallingsvakt skal avlønnes.

Det kan imidlertid nevnes at det av Mønsteravtalen (dvs. den veiledende avtalen mellom tannleger tilsluttet NTF og deres tannhelsesekretærer, som NTF har inngått med tannhelsesekretærenes organisasjoner) § 9 nr. 3 fremgår at

ekstrahjelper skal avlønnes med time-lønn. For de som har valgt å følge Mønsteravtalen fastsettes timelønnen med utgangspunkt i lønnsattsene for 37,5 timers uke og skal utgjøre 1/162,5-del av månedslønnen. Timelønnen inkluderer ikke betaling for bevegelige helligdager eller for 1. og 17. mai, da ekstrahjelper ikke har krav på slik godtgjørelse iht. Mønsteravtalen.

Rett til sykepenger

Også tilkallingsvakter har krav på sykepenger i visse situasjoner. Spørsmålet har vært oppe til vurdering i den såkalte Ankenemnda for sykepenger i arbeidsgiverperioden. Reglene er som følger:

Etter folketrygdloven har ansatte krav på sykepenger fra arbeidsgiver (i arbeidsgiverperioden) når de har vært ansatt hos arbeidsgiver i minst fire uker før sykdomsfraværet inntreffer. Dersom det har gått mindre enn 14 dager siden forrige arbeidsforhold, regnes arbeidsforholdet å bestå selv om sekretæren bare har arbeidet enkeltstående vakter. Har man avtalt fremtidige vakter, må arbeidsgiver betale sykepenger for alle de avtalte vaktene. Dersom det ikke er avtalt fremtidige vakter skal sykepenger likevel betales dersom det er overveiende sannsynlig at sekretæren ville blitt spurt om å ta vakter hvis vedkommende ikke var blitt syk. Dette antas å være tilfelle dersom sekretæren har vært regelmessig tilkalt for å arbeide i praksisen i minst tre måneder.

Vanligvis må tilkallingsvakter dokumentere fraværet med legeerklæring, da de sjelden oppfyller vilkårene for å levere egenmelding. Bruk av egenmelding forutsetter at man har vært ansatt i minst to måneder uten avbrudd i arbeidet på mer enn 14 dager.

Hvordan sykepenger i arbeidsgiverperioden skal beregnes fremgår også av folketrygdloven. Hovedregelen er at man for timeløn-

nede ansatte med skiftende arbeidsperioder skal beregne sykepengene som en gjennomsnittlig daglønn basert på de siste fire ukene. Siden tilkallingsvaktens inntekt gjerne er svært variabel må man imidlertid legge til grunn en lengre og mer representativ periode enn fire uker. Hvor lang denne skal være må vurderes konkret.

Rett til å bli innlemmet i virksomhetens tjenstepensjonsordning

Fra 1. januar 2006 har de fleste arbeidsgivere plikt til å ha en tjenstepen-

sjonsordning for sine ansatte, jf. lov om obligatorisk tjenstepensjon (OTP). Det er bare arbeidstakere som er ansatt i minst 20 % stilling og som har fylt 20 år som har krav på OTP.

Innskudd i virksomhetens OTP-ordning skal også betales for sekretærer som arbeider som tilkallingsvakter forutsatt at sekretæren i løpet av kalenderåret har utført arbeid i virksomheten som tilsvarer en 20 % stilling eller mer. Ifølge innskuddspensjonsloven kan det i avtalen med pensjonsleverandøren avtales at også arbeid som tilsvarer mindre stillingsprosjenter skal omfattes

av virksomhetens tjenstepensjonsordning.

For å avgjøre om tilkallingsvakten skal omfattes av virksomhetens tjenstepensjonsordning må arbeidsgiver ved kalenderårets utløp foreta en beregning av hvor mye vedkommende faktisk har arbeidet i virksomheten. Eventuelt pliktig premieinnskudd må derfor betales etterskuddsvis til pensjonsleverandøren.

*Elisabeth Flatla Scarpello,
advokat NTF*

Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



Vi er i dag et team av: kjevekirurger, endodontist, periodontist, allmennpraktiserende tannleger og anestesileger/anestesisykepleier.

Vi tar gjerne imot henvisninger fra andre tannleger/leger for behandling hos oss. Vi vil gjøre vårt ytterste for at din pasient skal få så god behandling, service og omsorg som mulig til pasienten sendes tilbake til deg.

TELEFON: 22 44 15 35
TELEFAKS: 22 44 30 50
ADRESSE: Bygdøy Allé 5, 0257 Oslo
E-POST: henvisning@tannleger.com
INTERNETT: www.tannleger.com

OPERASJONS AVDELING

Vi kan gjennomføre operasjoner i full narkose eller sedasjon. Henvisning rettes til avdelingen generelt. Pasienter vil få time hos en av spesialistene – alt etter hva henvisningen gjelder.

Implantater:

- Fiksturinnsetting – enkelttann/delkjeve/helkjeve/for magnetfester/kulefester
- Guided computerbasert fiksturinnsetting – operasjon "uten kirurgi"
- Ferdig behandling med krone/bro/protese på fiksturer hvis ønskelig

Bentransplantasjon:

- Fra hofte til kjeve/sinus (sinuslift)
- Fra kjeve til sinus (sinuslift)
- Kjevekamsoppbygging

Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

Andre inngrep:

- Fjerne visdomstenner/andre tenner
- Biopsier
- Cyster/tumores

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

PERIODONTI AVDELING

- Behandling av periodontitt
- Implantater
- Andre inngrep
- Deler av behandlingene kan gjøres i narkose/sedasjon om nødvendig

NARKOSE AVDELING

Vi kan gjennomføre operasjoner i full narkose eller i sedasjon i klinikkens nye operasjons og narkoseavdeling. Ved behandling i narkose deltar anestesileger og anestesisykepleier.

Lyst til å prøve deg på å behandle pasienter i narkose/sedasjon – eller å henvise pasienter? Det praktiske avtaler du med **Olaug Egeland** som er å treffe på
TELEFON: 22 44 15 35 og 900 43 020
E-POST: narkose@tannleger.com



Bygdøy Allé Tannestetiske Senter
Bygdøy Allé 5, 2. etasje, 0257 Oslo

Spør advokaten

NTFs advokater får mange spørsmål om praktiske og juridiske problemstillinger fra tannlegenes hverdag. Tidende tar opp enkelte av disse problemstillingene i en egen spalte. Leserne oppfordres til å komme med egne spørsmål som kan sendes til redaksjonen.

Regler for egenmelding ved sykdom

Kan du fortelle meg litt om reglene som gjelder omkring egenmelding ved sykdom?

Svar: Ved egenmelding ved sykdom vurderer den ansatte selv sin helsesituasjon og varsler deretter arbeidsgiveren om at han eller hun er arbeidsufør på grunn av sykdom, jf. folketrygdloven § 8-23. Arbeidstaker er ansvarlig for at melding om sykefravær blir gitt arbeidsgiveren så tidlig som mulig første fraværsdag. Meldeplikten første dag gjelder alt sykefravær enten det dokumenteres med legeerklæring eller egenmelding.

Dersom arbeidstakeren ikke har meldt fra til arbeidsgiver om fraværet

har arbeidstaker ikke rett til sykepenger med mindre det foreligger en gyldig grunn for ikke å ha gitt beskjed.

Når arbeidstakeren er tilbake i arbeid kan arbeidsgiveren kreve at den ansatte skriftlig bekrefter fraværet i form av en egenerklæring. Slik erklæring kan ikke kreves dersom arbeidstakeren fremlegger legeerklæring fra første fraværsdag jf. folketrygdloven § 8-26. Det anbefales å utarbeide et enkelt standard-skjema for utfylling av egenerklæring ved sykdom som arbeidsgiver kan oppbevare og benytte til oversikt og statistikk over sykefraværet i virksomheten. Det kan ikke kreves at arbeidstaker oppgir hva slags sykdom som har forårsaket fraværet.

Egenmelding kan kun benyttes for hele fraværsdager. Møter arbeidstakeren på jobb og går hjem i løpet av dagen på grunn av sykdom eller kommer senere på grunn av sykdom, er dette ikke en sykefraværsdag i lovens forstand.

For å få rett til å nytte egenmelding må arbeidstakeren ha arbeidet hos arbeidsgiveren i minst to måneder forut for sykefraværet jf. folketrygdloven § 8-24. Egenmelding kan benyttes for opptil tre kalenderdager om gangen. Ved nytt sykefravær innen 16 kalenderdager regnes tidligere fraværsdager uten legeerklæring med.

Varer arbeidsuførheten utover de tre kalenderdagene egenmelding er benyttet, kan arbeidsgiveren kreve legeerklæring. Hvis arbeidstaker er syk og gir egenmelding fredag, kan arbeidsgiver følgelig kreve legeerklæring fra mandag hvis arbeidstaker fortsatt er syk. Likeledes kan arbeidsgiver kreve legeerklæring ved sykefravær utover 4 tilfeller av sykefravær med egenmelding i løpet av en periode på 12 måneder jf. folketrygdloven § 8-27. IA-bedrifter har andre regler enn det som fremkommer her.

Kurser høsten 2014

I vår nye kurskatalog finner du ett 90-tal kurser inom olika odontologiska ämnesområden. Anmäl dig den 25 april, därefter i mån av plats.

Välkommen till våra kurser!

www.tandlakarforbundet.se

Lyft din kompetens!



Sveriges Tandläkarförbund

Etisk råds årsberetning 2013:

Stikkord: informasjon, kommunikasjon, journalføring

Klagesaker som gjelder pasientbehandling er opphav til at diskusjonene og avveiningene ofte må gå flere runder i Etisk råd. Det er om å gjøre å prøve å sette seg inn i både behandlerens og pasientens situasjon.

I Snakk om etikk-spalten denne gangen har vi valgt å sitere utdrag fra årsberetningen for Etisk råd 2013. Dette for å minne om hvor viktig enkelte trinn i forholdet mellom pasient og behandler er. Stikkordene er informasjon, kommunikasjon og journalføring.

Den kritikken som ble gitt tannlegene i disse sakene, kunne vært unngått, eller vært mildere, og vedtakene noe enklere å komme frem til, dersom det hadde fremgått av pasientjournalene om adekvat informasjon var gitt – og forstått.

De minuttene det tar å informere pasienten og sikre seg best mulig i forhold til at pasienten har forstått innholdet av informasjonen, kan spare en selv for mye ubehag og tid i etterkant.

I begge de sakene som blir referert nedenfor, var den etiske regelen som kom til anvendelse nåværende § 8, første ledd (her satt i kursiv):

§ 8 Pasientbehandling

En pasient har krav på tannlegens råd og veiledning. Tannlegen skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra tannlegens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situa-

sjonen for øvrig. Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted. Behandlingen bør baseres på gjensidig tillit og skal bygge på informert samtykke.

Behandlingen skal fullføres såfremt den ikke avbrytes av pasienten, eller dersom det foreligger rimelig grunn for dette. I så fall må tannlegen gjøre det klart for pasienten at vedkommende ikke er ferdigbehandlet.

Krever undersøkelser eller behandling kunnskap eller metoder som tannlegen ikke innehar eller behersker, skal det sørges for at pasienten henvises til andre med større kompetanse på angjeldende felt. Gjør tannlegen funn som kan ha betydning for pasientens generelle helse, skal tannlegen informere pasienten om dette og anmode pasienten om å bringe dette videre til sin fastlege.

Sak: Klage fra Hiv-Norge på tannleges behandling av pasient:

Hiv-Norge klaget, på vegne av hiv-positiv pasient, på tannlege fordi pasienten mente tannlegen hadde nektet behandling på grunn av smittestatus. Tannlegen hadde valgt å utsette implantatbehandling og pasienten opplevde dette som et avslag på behandling. Tannlegen mente at det ikke ville være faglig forsvarlig å gjennomføre implantatbehandlingen før det var gått et halvt til ett år. Tannlegen hadde basert sin faglige vurdering på informa-

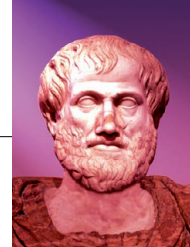
sjon fra pasientens lege og også på status på et tidligere innsatt implantat. Behandlingen var heller ikke akutt. Etisk råd konkluderte med at tannlegen hadde en rimelig faglig grunn til å utsette behandlingen av pasienten.

Tannlegen mottok imidlertid kritikk fra rådet for manglende informasjon i forbindelse med konsultasjon og oppfølging av pasienten og for at pasienten ikke var gitt god nok informasjon og veiledning om den planlagte behandlingen, heller ikke da pasienten tok kontakt med klinikken og uttrykte misnøye over situasjonen, jf. § 6, 1. ledd, 1. setning (nå § 8, 1. ledd, 1. setning). Saken bar preg av å ha blitt avgjort etter samtaler med pasientens lege og henvisende tannlege, og dialog med pasienten syntes nesten fraværende. Etter rådets vurdering ville saken ikke tilspisset seg slik den gjorde dersom pasienten hadde fått bedre informasjon om hvorfor behandlingen ble utsatt og hvor lenge pasienten måtte regne med å vente før implantatbehandlingen ble igangsatt.

Generell uttalelse om at frykt for blodsmitte aldri vil være legitim grunn for en tannlege til å nekte å motta en pasient til behandling. Ethvert tannlegekontor skal ha generelle hygienrutiner som er så gode at det kan håndtere pasienter med eventuell blodsmitte. Tannleger må derfor ha et hygieneregime som tar høyde for alle typer smittesituasjoner og som reduserer enhver

Besøk oss på www.colteneblogg.no for mer informasjon

COLTENE®



smitterisiko til et minimum. Ikke alle pasienter vet at de er smittebærere eller ønsker å orientere om sin smittestatus. Dette medfører at dersom en tannlege ikke har effektive hygienerutiner på plass, kan tannlegen heller ikke motta noen pasienter i sin praksis.

Sak: Manglende informasjon til pasient:

Etisk råd har vurdert en klage fra pasient på tannleges manglende informasjon om innhold i og omfang av tannbehandling, samt om de økonomiske konsekvensene av hans samtykke til

behandling. Pasienten hevdet også at informasjon om rettigheter til stønad fra Helfo manglet. Rådet konkluderte med at informasjonen var så mangelfull at den neppe ga pasienten grunnlag til å gi et informert samtykke til gjennomført behandling og ga tannlegen kritikk for dette. Tannlegen mottok også kritikk for å ha latt pasienten forstå at behandlingen var stønadsberettiget etter trygderegelverket. Tannlegen hadde tatt et generelt forbehold i journalen om at pasienten måtte betale fullt honorar dersom Helfo ikke godtok stønadskravet, men hadde ikke gitt pasi-

enten tilstrekkelig informasjon om hvor stor risikoen egentlig var for at Helfo ikke ville godta det. Etisk råd anså bruddene på NTFs etiske regler § 6, 1. ledd (nå § 8, 1. ledd) så alvorlige at tannlegen ble pålagt å skriftlig beklage overfor pasienten at det ikke var gitt veiledning og informasjon som kunne forventes fra tannlegen som profesjonell yrkesutøver.

*Ninni Haug og Kirsten Halonen
NTFs råd for tannlegeetikk*

HMS-KURS

*- for daglig leder (lovpålagt)
- for tannhelseteamet*

**INFO OM LOVPÅLAGT INTERNKONTROLL
OG LOVPÅLAGT BEDRIFTSHELSETJENESTE**

Kurset er spesielt rettet mot tannlegepraksis og arrangeres i samarbeid med



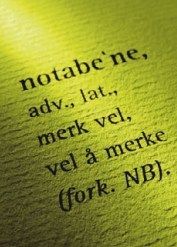
VERDIVURDERING • AVTALER • PRAKSISUTVIKLING • PERSONAL • SELSKAPSFORM
SELSKAPSSTRUKTUR • LØNNSOMHET • VERDIMAKSIMERING • DRIFT • SAMARBEID

sagaconsult

**OSLO
6. MAI
KL 17-21**

Saga Consult AS
Hvervenmovn. 49
3511 Hønefoss
32 17 92 93
48 17 40 04
post@sagaconsult.no
www.sagaconsult.no





Riksrevisjonens rapport om meldingsutveksling i helsesektoren:

Kritisk til myndighetenes e-satsing

Det er fremdeles ikke utviklet nødvendige meldingsstandarder, noe som gjør at i den grad elektronisk samhandling brukes, skaper det en stor grad av dobbeltarbeid. Dette fastslår Riksrevisjonen i sin rapport om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren. Rapporten ble overlevert helseminister Bent Høye 25. mars. Undersøkelsen er avgrenset til bruk av følgende meldingstyper: epikrise, henvisning, laboratorie- og røntgenmeldinger og pleie- og omsorgsmeldinger.

Viktigste funn

Hovedfunnene er:

- Det er klare svakheter ved Helse- og omsorgsdepartementets planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling

- Status og vesentlige konsekvenser var ikke godt nok utredet i forkant av Samspill 2.0
- Det er svakheter ved departementets styringsinformasjon og oppfølging
- Helse- og omsorgsdepartementets virkemiddelbruk har ikke vært tilpasset mål, status og utfordringer på området
- Ambisiøse mål krever sterkere virkemiddelbruk
- Allerede utviklede tekniske løsninger er ikke tatt i bruk eller benyttes ikke i tråd med nasjonal samhandlingsarkitektur

Fragmentert ansvarsfordeling

Rapporten sier også en fragmentert ansvarsfordeling har bidratt til at aktørene står fritt til å prioritere innføringen

av elektronisk meldingsutveksling ulikt.

Elektronisk meldingsutveksling er et teknisk krevende tiltak som må innføres så sammenfallende i tid som mulig for at løsningene skal fungere effektivt. Undersøkelsen indikerer at dagens organisering av innføringen bidrar til at aktørene mangler incentiver for å være tidlig ute med å investere i nødvendig teknologi.

Rapporten kan leses i sin helhet på www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/ElektroniskMeldingsutveksling.aspx

TILBAKEBLIKK

1914

Lidt om tandlægeundervisning

Amerika har man tildels klaget over, at den teoretiske undervisning er bleven saa omfangsrik, at man ikke faar tid nok til den praktiske, og at man derfor ikke utdanner saa dyktige tandlæger nu som for 25 aar siden.

I Skandinavien eller Norden tror jeg ikke, man behøver at klage herover. Særlig er den teoretiske undervisning mangelfull i 2 fag, som efter min mening er de viktigste og derfor bør bli de mest omfangsrike blandt de propædeutiske fag – *odontologien* og *fysiken*. Disse to fag maa danne det naturlige grundlag for all tandlægeundervisning og selv paa de steder, hvor man finder at teorien indtar for stor plads, kunde der muligens bli spørsmal om at ta litt fra andre fag og lægge til disse. (Fra artikkel av Johan Brun.)

Mars – april 1914, 4de hefte

1964

Underskrift på trygdekassekvitteringer

Etter R.T.V.s bestemmelse skal kvitteringer til trygdekassen være forsynt med tannlegens personlige underskrift. Det henstilles til medlemmene å være oppmerksom på dette.

Likeledes er det ønskelig om kvitteringene er påført tannlegens stempel, hvorav bør fremgå navn, adresse og telefonnummer.

Mai 1964, hefte 5

2004

Blir vi historieløse?

I anledning 10-årsjubileet for spalten «Tilbakeblikk» sakser vi fra redaktør Gudrun Sangnes' lederartikkel:

Dessverre er det de færreste av oss som har, eller tar seg tid til å gå tilbake i historien. I den informasjonsflommen vi står midt oppe i, har de fleste mer enn nok med å henge med, hva enten det gjelder å holde seg oppdatert faglig eller å følge med i nyhetsbildet. Tid til lesing av litteratur og andre fritidsaktiviteter trenger vi også. Faren for å bli historieløse er derfor stor. I dette nummeret av Tidende starter vi med en egen spalte der vi presenterer klipp eller sammendrag av stoff fra tidsskriftet for 100, 50 og 10 år siden.

Mars 2004, nr.4



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

23.–24. mai	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmoetet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
25. juni	Tromsø	Kveldskurs. Endodonti og Traumatologi v/George Bogen og Leif K. Bakland. Henv. Elsa Sundsvold, ehi-sund@online.no
23.–28. juni	Oslo	10th International course in Forensic Odontology, Identification. Henv. Tore Solheim. E-post: solheim@odont.uio.no
16.–18. okt.	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
8.–10. jan. '15	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
30.–31. jan. '15	Oslo	Fellesmøte for spesialistforeningene. Quality Hotel Expo Fornebu. Henv. spesialistforeningene
29.–30. mai '15	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
19.–20. sept. '15	Oslo	Årsmøte i Praksiseierforeningen. Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo. Henv. Magne Skomeda, e-post: magne@tsmg.no
29.–31. okt. '15	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
7.–9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tlberge@online.no
27.–28. mai '16	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
20.–22. okt. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
9.–10. juni '17	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
25.–26. mai '18	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net
24.–25. mai '19	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: kjell.thue@enivest.net

UTLANDET

11.–14. sept.	New Delhi, India	FDI. Se www.fdiworldental.org . Henv. NTF, tlf. 22 54 74 00.
19.–20. sept.	København, Danmark	4th Copenhagen Trauma Symposium. www.dentaltraumaguide.org/registration.aspx
9.–12. okt.	San Antonio, Texas, USA	ADA Annual Session 2014. Se www.ada.org
28. nov.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meeting. www.gnydm.com
27. nov. '15	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meeting. www.gnydm.com

Med forbehold om endringer. Sjekk alltid aktuelle datoer direkte med kursarrangøren. Vi er avhengige av dine innspill til kurs- og aktivitetskalenderen. De kan sendes til tidente@tannlegeforeningen.no

TannlegeGolfen

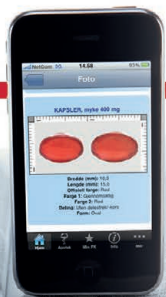
arrangeres i år på Losby Gods
15. og 16. august

Det blir golf for alle
NM på fredag
Opus Open på lørdag

For de som ønsker å spille utenfor
konkurransene er det
muligheter for å spille på 9 hulls banen
Vestmork



Tips og bidrag til
Notabene-sidene sendes
tidente@tannlegeforeningen.no



LETT TILGJENGELIG INFORMASJON OM LEGEMIDLER?

Felleskatalogen for iPhone laster du ned
gratis fra **App Store**



Oralpatologi – Biopsitjenesten i Oslo

En orientering

Etter et beklagelig opphold med biopsitjenesten hos Laboratorium for patologi har vi nå fått til en avtale med Avdeling for patologi på Rikshospitalet. Dette er en nyordning og tannleger kan nå sende sine biopsiprøver til Rikshospitalet hvor biopsiene vil bli teknisk fremstilt til mikroskopiske snitt. Snittene og remisser går til oss, Tine Søland og Tore Solheim for beskrivelse. Vi vil samarbeide med hode- og hals patologene på Rikshospitalet og preparater kan tidvis bli beskrevet av dem. Dette vil sikre både oss og dere en kontinuerlig service også ved sykdom, ferier og annet fravær. Samarbeidet sikrer oss at vi kan konsultere vanskelig prøver, f.eks. sjeldne svulster.

En stor fordel ved samarbeidet med Rikshospitalet er at man kan sende inn biopsier fra hele landet. Rikshospitalet får inn penger for biopsiene uansett hvor de kommer fra, og de har således ikke noe problem med avtaler med Helseregioner slik Laboratorium for patologi hadde.

Innsendelse

Innsendelsesadresse er: Avdeling for patologi, Rikshospitalet, Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo

Innsendelse av prøver kan skje på glass og med remisser som dere har fra Laboratorium for patologi. Når disse er oppbrukt kan dere rekvirere nye fra Rikshospitalet.

Remisse

Du finner også remissen ved å gå inn på www.oslo-universitetssykehus.no. Gå inn på fag og laboratorietjenester. Her finner du til venstre rekvisisjoner. Trykk på den. Da kommer alle rekvisisjoner fram. Under avdeling for patologi finner du histologi. Trykk på den og du har remissen.

Merk remissen tydelig med betegnelsen ORALPATOLOGI

Fødselsnummer: Det er nødvendig med fullt fødselsnummer (11 siffer) på remissen. Det er også viktig at prøveglasset merkes med pasientens navn og fødselsnummer.

Innsenders navn og adresse: Pass på at du skriver ditt navn og adresse slik at prøvesvar kan sendes i retur til deg.

Svartid

Avdeling for patologi ved Rikshospitalet er overarbeidet med biopsier i forhold til sin kapasitet. Som nevnt over kan det derfor ta noe tid før du får svar.

Det gjør vanligvis lite. Dersom du av viktige grunner ønsker svar så raskt som mulig, kan du merke remissen med *Cito*.

Rekvisisjon av glass og forsendelsesforpakning kan skje via telefon eller helst via e-post. E-postadresse: chenr@ous-hf.no eller telefon: 23 07 14 18 (besvares av en laboratorieassistent).

Tilbakemelding

Dette er en nyordning som vi håper skal fungere. Vi har fra 01.02.14 besvart biopsier fra Klinikk for oral kirurgi og oral medisin fra Det odontologiske fakultet i Oslo samt fra enkelte oralkirurger. Vi håper dette er starten på noe som kan være til stor nytte i fremtiden, både for oss og for Avdeling for patologi ved Rikshospitalet. Vi er derfor spesielt interessert i hvordan dere synes dette fungerer og vil gjerne ha tilbakemeldinger på det så snart som mulig.

Melding kan sendes undertegnede på e-post: solheim@odont.uio.no eller telefonnr. 41 44 73 36.

Med vennlig hilsen
Tore Solheim
og Tine Søland

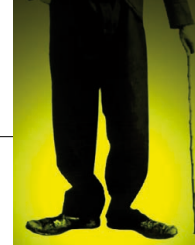
NTFs landsmøte 2014

Når? 16. – 18. oktober

Hvor? Oslo, Norges varemesse

Mer informasjon? www.tannlegeforeningen.no





Duell på kirurgisk avdeling

Jeg liker dueller, men har lagt bort kruttet. Jeg skjød en professor, så nå har jeg sluttet

Det var på kirurgen han fanget mitt blikk, der jeg brøt en regel om god aseptikk.

Jeg studerte et kasus som gjorde meg nummen, og glemte å fjerne hendene fra lommen.

Professoren ble hissig og trakk sine hender opp, et hint jeg ikke skjønnte, jeg stod med stivnet kropp.

Hva er det han vil, tenkte jeg og ble stresset. Doktor Aas trakk og trakk, blikket hans ble kvasset.

Da gikk det opp et lys, han vil nok lage sprell, engang var han student, nå byr han opp til duell!

Jeg rev opp høyre hånda, pekte og sa: PANG! I samme øyeblikk forstod jeg sakens gang.

Historien hendte på fjerde året av studiet (i 1983). Vi hadde for første gang i studiet tjeneste på avdeling for kirurgi og oral medisin. Avdelingen ble ledet av Professor Eigil Aas, som vi hadde svært stor respekt for. Han hadde både odontologisk og medisinsk embedseksamen og utstrålte stor autoritet. En av de første dagene på kirurgen, stod jeg sammen med en gruppe studenter og studerte et kasus. Pasienten satt i stolen og instruktøren forklarte så godt han kunne. Vi fikk se noe vi bare hadde lest om i lærebøkene og jeg var helt sikkert svært fengnet av situasjonen.

Uten å tenke videre over det, hadde jeg plassert begge hendene solid ned i bukselommene. Dette var strengt forbudt på avdelingen, ikke minst av hygieniske grunner. Plutselig ser jeg Professor Aas komme mot meg med en olmt blikk. Han stopper et par meter fra meg og stirrer meg rett inn i øynene. I stedet for å be meg ta hendene opp av lommene, prøver han med non-verbal kommunikasjon. Han putter hendene i lommene sine og trekker dem opp, gang etter gang. Jeg fikk en assosiasjon til gamle Western-filmer, der revolvermenn gjorde opp sitt mellomværende i tøffe dueller ved daggry. Den som trakk raskest, overlevde.

Om jeg er spesielt treg av meg akkurat den dagen, eller «satt ut av spill» på grunn av situasjonen, vet jeg ikke.

Respekten for Aas er stor og jeg tar i alle fall overhodet ikke hintet. Etter at Aas hadde trukket seks, syv ganger, føler jeg det høyst betimelig å reagere på et eller annet vis. Kanskje han vil leke med meg, tenker jeg, slik vi lekte på Sunndalsøra i barndommen. Plutselig trekker jeg høyre hånda opp av lommen, peker mot Aas med pistolgrep og sier pang, pang!

Aas ristet kraftig på hodet og akkurat da skjønte jeg hele greia. Jeg ble sprutrød og skulle gå bort å beklage, men da var Aas dessverre forsvunnet. Tro det eller ei, men det gikk et år før jeg turde å fortelle historien til mine medstudenter.

Epilog

Jeg har ingen intensjoner om å skyte flere professorer, det faller dårlig ut, men du verden som det morer (i ettertid).

Johan Øiestad

MEDIC IT

22 89 21 00 - medic-it.no

Tannlegenes IT-leverandør



Dødsfall

Hans Jacob Meyer, f. 21.10.1929, tannlegeeksamen 1955, d. 21.03.2014
Kari Gro Gjerdrum, f. 21.04.1955, tannlegeeksamen 1979, d. 20.03.2014
Jan Skjoldal, f. 30.04.1929, tannlegeeksamen 1958, d. 4.03.2014

Fødselsdager

80 år

Eivind Spetalen, Sandefjord, 2. mai
Nils Torkild Sitter, Steinkjer, 12. mai

75 år

Anne M. Fjellanger, Sandvika, 26. april
Roar Mejlænder, Kristiansand, 4. mai
Jan Fürst, Åmot, 17. mai
Elias Monsen, Rådal, 22. mai
Bjørn Arild Jacobsen, Molde, 23. mai
Sverre Wenhaug, Sandnes, 23. mai

70 år

Steinar Atle Eriksen, Svelgen, 16. mai

60 år

Ana C. Diesen, Oslo, 23. april
Nina Rygh Thoresen, Oslo, 23. april
Johnny Bjelkarøy, 29. april
Rolf Johansen, Longyearbyen, 8. mai
Thomas Sefranek, Stokmarknes, 8. mai
Svein Helge Martinussen, Straumstjøen, 12. mai
Britt Laeskogen, Gjøvik, 22. mai
Marianne Louise Lavold, Oslo, 23. mai

50 år

Bård Pande, Hagan, 23. april
Karoline Åsnes, Tananger, 27. april
Saji Varughese, Sjøvegan, 30. april
Mihaela Ilena Cuida Marthinussen, Bergen, 13. mai
Marit Høye, Jakobsli, 17. mai
Synnøve Leikanger, Florø, 22. mai
Tormod Gjølberg Nygren, Oslo, 22. mai

40 år

Hans Christian Sylvester-Jensen, Paradis, 22. april
Siri Flagestad Kvalheim, Bergen, 29. april
Olav Grønstad, Fredrikstad, 10. mai
Ragnhild Sukka, Suldalsosen, 16. mai
Aiste Akrame, Porsgrunn, 18. mai
Truls Gulling, Lillehammer, 20. mai
Kristin Gjermunds Strand, Engerdal, 20. mai
Keyvan Keshtkar, Oslo, 22. mai

30 år

Hassan Khan, Oslo, 23. april
Pål Stakston Kvinge, Bergen, 24. april
Even Eie Bjørvik, Porsgrunn, 26. april
Faisal Jabbarin, Trondheim, 26. april
Jane Fjelland, Stord, 28. april
Martin Ose Evensen, Bodø, 29. april
Alexandra Elena Gran, Os i Østerdalen, 1. mai
Kristin R. Skinnes, Tromsø, 3. mai
Guro Kvæven, Oslo, 7. mai
Linn Stokkelien, Kristiansand, 8. mai
Astrid Amalie Eriksen, Tromsø, 9. mai

Bjørn Audun Jørgensen, Oslo, 11. mai
Gunhild Rekkedal Sollid, Oslo, 11. mai
Fredrik Maastad, Gjøvik, 12. mai
Arooj Mirza Rashid, Oslo, 13. mai
Morten Günther, Snarøya, 15. mai
Ragnhild Byberg Brun, Randaberg, 17. mai
Ali Hassan Qureshi, Fjerdingby, 19. mai
Charlotte Ildstad Braathen, Stavanger, 22. mai
Alf Robert Wågan, Namsos, 22. mai

Fødselsdager

Vi ber om at de som vil reservere seg mot at runde år publiseres i personaliaspalten, gir skriftlig melding *minst åtte uker* i forveien på e-post: tidende@tannlegeforeningen.no, faks 22 55 11 09 eller per post til Tidende, postboks 2073 Vika, 0125 Oslo

Dødsfall

Sekretariatet får dessverre ikke automatisk beskjed om dødsfall. Vi ber derfor medlemmene være behjelpelig med å gi NTF beskjed når en kollega er gått bort. Vennligst kontakt NTF, tlf. 22 54 74 00 eller e-post: post@tannlegeforeningen.no.

Æresmedlemskap

Leif Tronstad ble tildelt æresmedlemskap i Norsk Endodontiforening under middagen på Holmenkollsymposiet 10.02.14. Han har vært en meget sentral person innen vårt fagområde. Han har tidligere fått priser i USA og i andre land, men satt stor pris på å få denne æresbevisningen og anerkjennelsen av sine egne. Han har skrevet lærebok i endodonti som er oversatt til seks språk og brukt i studentundervisningen i hele verden.

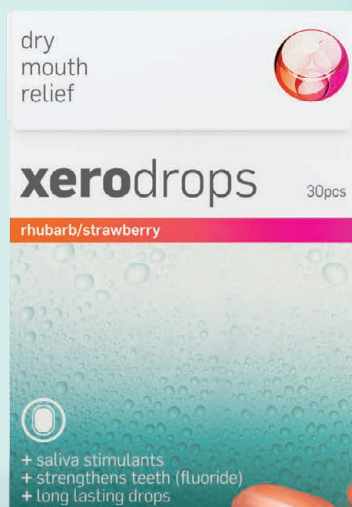
Nina Wiencke Gerner
Leder Norsk Endodontiforening



Leif Tronstad ble tildelt æresmedlemskap i Norsk Endodontiforening på Holmenkollsymposiet.
Foto: Johan Ulstad.

FRISKE NYHETER MOT TØRR MUNN!

Nå også
som munn-
skyll!!



GOD SMAK



rabarbra/
jordbær



jordbær/
mint

Nå har det kommet en ny serie produkter mot tørr munn: Xero-serien. Xero finnes foreløpig som sukkerfrie drops, munnskyll og som en gel. Produktene stimulerer spyttproduksjonen, fukter og gir en behagelig følelse. Alle produktene inneholder i tillegg fluor. Produktene er utviklet i samarbeid med skandinavisk tannhelsetjeneste. Anbefal gjerne Xero produktene neste gang!

www.xeroserien.no



ØKER SPYTT-
PRODUKSJONEN



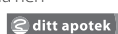
FUKTER



GIR STERKE TENNER

XERL_jan2014NO

Xero-serien kjøper du her:



dry mouth relief by **Actavis**

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

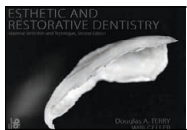
Frister og utgivelsesplan 2014

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



ANMELDELSER

Douglas A. Terry og Willi Geller Esthetic and restorative dentistry



Material selection and technique, Second edition

Denne «mursteinen» av ei bok er skriven av Douglas

A. Terry og Willi Geller, sistnevnte verdenskjent tannteknikkar frå Sveits.

Sjølvm om denne typen bøker lett kan bevege seg inn i den kosmetiske delen av odontologi, har forfattarane av denne boka stort sett klart å halde seg til den vanlege kliniske kvardagen for dei fleste av oss tannlegar. I løpet av over 700 sider og 14 kapitler tek dei for seg dei fleste kliniske aspekt innan estetisk og restorativ odontologi, basert på relativt gode referanselister. Kwart kapittel startar med ein vitskapleg tilnærming til temaet, og blir etterfulgt av klinikk. Boka er rikt illustrert av svært gode bilete både frå kliniske situasjonar og frå laboratoriet.

Første kapittel tek relativt kort for seg diagnostisering, fargeuttak, overflatekarakteristika og korleis dette kan analyserast med blant anna klinisk fotografering. Deretter kjem ein gjen-

nomgang av prepareringsprinsipp, både i samband med direkte fyllingsterapi (kompositt) og indirekte restaureringar. Minimal-invasive prinsipp vert vektlagt, sjølv om ein stundom kan være litt usamd i indikasjonane for operativ behandling.

Vidare følgjer to omfattande kapitler som tek for seg henholdsvis kompositt og keramiske materialer. Eigenskapar og karakteristika for dei ulike materiala og håndtering for dei fleste kliniske situasjonar vert systematisk gjennomgått.

Logisk følgjer deretter ein gjennomgang av avtrykksteknikk, framstilling av midlertidige restaureringar og sementering. Ein legg fort her merke til at forfattarane legg ned meir tid og arbeid på midlertidige restaureringar enn det dei fleste av oss tannlegar sikkert gjer. Eit eige kapittel tek for seg stifter, med hovudfokus på direkte-framstilte fiberforsterka estetiske stifter.

Neste kapittel er dedikert adhesiv teknikk, og dekker dette temaet tilfredsstillande utan å gå for djupt inn i den bakanforliggjande kjemien og teknologien. Positivt at dei diskuterer reparasjon av keramiske restaureringar og kompositt i denne samanheng. Puss,

polering og etterbehandling av estetiske restaureringar vert deretter ganske grundig gjennomgått.

Siste tredjedel av boka omfattar store tema som klinisk fotografering, estetisk periodontal kirurgi, implantologi og behandling av misfarga tenner (ekstern og intern bleiking, mikroabrasjon). Dette kompletterer denne boka til å dekke heile det estetiske aspektet ved restorativ odontologi. Boka bærer lite preg av såkalla «extreme makeover»-odontologi, og kan være lærerik og ikkje minst inspirerende for alle tannleger.

Torgils Lægred

London: Quintessence Publishing co. inc.;
2013. 752 pp; 2,000+ color illus;
ISBN 978-0-86715-573-0

Nye bøker og anmeldelser

Tidendes redaksjon mottar et stort antall bøker, både om odontologi og andre fagområder innen helse, samt helse og samfunn med ulike vinklinger, fra forlag i inn- og utland. Mange av disse er det ikke aktuelt for Tidende å anmelde, mens mange sendes til anmeldelse. Det blir derfor jevnlig anmeldt et antall bøker i Tidende under Boknytt. Ofte går det imidlertid noe tid fra boken kommer ut til anmeldelsen foreligger.

For å gjøre bokutgivelser kjent for Tidendes lesere, presenterer vi bøker, både odontologiske fagbøker og de som omhandler andre temaer, med en kort omtale basert på vaskeseddelen fra forlaget, under vignetten Nye bøker. Presentasjonen kommer på det språket boken er skrevet; det være seg norsk, svensk, dansk eller engelsk, og er ledsaget av et bilde av bokens forside.

En presentasjon under Nye bøker i Tidende er ingen garanti for at det kommer en anmeldelse av boken senere, samtidig som det heller ikke utelukker en anmeldelse i en senere utgave.

Spesialistklinikken i Storgata

Tar imot henvisning
Kort ventetid!

Tannlege Janet Østrem
spesialist i periodonti

Tannlege Marika Hæreid
spesialist i protetik

Tannlege Trude Handal
spesialistkandidat i
endodonti

Storgata 17
0184 Oslo

Tel 22 41 80 80

Web: tannklinikken.no



Tellende timer

Annerledes

Nyskapende

Kostnadseffektivt

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

Etterutdanning for tannleger i sedasjon med lystgass og benzodiazepiner 2014

Det odontologiske fakultetet i Oslo inviterer tannleger til kurs i bruk av sedasjonsteknikker som er aktuelle i tannlegepraksis. Kurset fører frem til norsk lisens for bruk av lystgass, men det vil også bli lagt stor vekt på å gi deltagerne trygghet og erfaring i bruk av andre sedasjonsformer som kan benyttes i kraft av ordinær tannlegelicens.

Statens legemiddelverk arrangerte i november 2002 Terapiverksted med tittelen Benzodiazepiner for kontroll av angst og vegring ved tannbehandling, og utga i 2003 terapianbefalinger på basis av dette. Det vil bli lagt stor vekt på å formidle og utdype retningslinjene som dette dokumentet anbefaler.

Kursansvarlige

Professor Tiril Willumsen, Det odontologiske fakultet, UiO

Klinikkjef Anne Rønneberg, Det odontologiske fakultet, UiO

Tannpleier Johanne Bye, Det odontologiske fakultet, UiO

Professor Lasse Skoglund, Det odontologiske fakultet, UiO



Sted

Det odontologiske fakultet, UiO

Tid

Del 1: 1. – 5. september (Uke 36)

Del 2: 40 timer hospitering på anestesivdeling lokalt (må ordnes av den enkelte)

Del 3: 24. – 27. november (Uke 48)

Eksamen

Eksamen 28. november

Antall deltakere

Maks 9

Kursavgift

Kr 18 000

Søknad

Påmeldingen skal inneholde opplysninger om navn, adresse, utdanningsnivå og -år og nåværende stilling. Tannleger i Den offentlige tannhelse-tjenesten bør vedlegge godkjenning fra fylkestannlegen.

Påmeldingsfrist

2. juni

Påmelding

Sendes Johanne Bye, johanne.bye@odont.uio.no. Eventuelle spørsmål ta kontakt på tlf. 22 85 22 62

Nytt kurs

Personvern og informasjonssikkerhet

Deler du og dine kollegaer informasjon om pasienter? Bruker dere minnepinner på klinikken? Er du sikker på at den du snakker med på telefonen er riktig person? Vet du hva begrepet taushetsplikt egentlig innebærer? Disse spørsmålene med flere vil du få svar på i dette nye kurset.

Kurset Personvern og informasjonssikkerhet er laget for å tilfredsstille myndighetskrav. Etter godkjent eksamen vil

timene automatisk overføres til din kursprofil hos NTF og dette vil være dokumentasjon i klinikkens HMS-system.

Kurset er godkjent av Helsedirektoratet, og gir 8 timer i NTFs etterutdanningssystem.

Meld deg på kurset her:
www.tannlegeforening.no



Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

VISSTE DU AT BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSAKEN TIL AT BARN FÅR I SEG FOR MYE SUKKER?

Mange av oss har lett for å gi barna brus eller saft når de er tørste. Plutselig blir inntaket av sukker større enn man tror. Bytter du ut brus eller saft med vann til hverdags, er mye gjort. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir hverdagen litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Kompetansekurs i implantatprotetikk

Kurset er utarbeidet av NTF på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet har godkjent det faglige innholdet. Tannleger som fullfører kurset vil i etterkant kunne utføre implantatprotetikk med bidrag fra trygden. Dette forutsetter samarbeid med spesialist i oral kirurgi eller periodonti.

Kursgivere

Sykehustannlege Kjell Størksen, Haukeland universitetssykehus

Førsteamanuensis, oralkirurg Sigbjørn Løes, Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen

Førsteamanuensis, oralprotetiker Harald Gjengedal, Universitetet i Bergen

Forelesere fra fagmiljøene i Bergen og Oslo

Representanter for HELFO og levereandører

Målgruppe

Allmennpraktiserende tannleger

Kursplan

Fire samlinger á to dager over fire måneder

- Forelesninger i protetikk, kirurgi og periodonti
- Kliniske demonstrasjoner på stor-skjerm
- Modellanalyse og kaspresentasjoner
- Gruppeoppgaver og klinisk virksomhet
- Avsluttende test

Kurssted

Haukeland universitetssykehus, Bergen

Tid

5. – 6. september 2014

3. – 4. oktober 2014

7. – 8. november 2014

5. – 6. desember 2014

Kursavgift

Kr 26 500

Antall

Maksimalt antall deltakere er 30

Kurset teller

Kurset teller 80 timer i NTFs etterutdanningssystem

Søknadsfrist

28. april 2014

Påmelding

Søknadsskjema er lagt ut på NTFs nettside, www.tannlegeforeningen.no, under kurs og utdanning, implantatprotetikk, nyttig. Skjemaet sendes til NTF v/Ann Kristin Engh Solem, eller på e-post: ann.kristin.solem@tannlegeforeningen.no

Deltakerne må ha gjort avtale med en pasient for implantatbehandling på forhånd. Pasienten skal ferdigstilles før kurset godkjennes.

Ved stor søkning vil følgende opptakskriterier bli fulgt:

- Arbeidssted i geografisk område med få operatører
- Allmennpraktiker foran spesialist
- Allmennpraksis i 6 år eller mer blir tillagt vekt

Nærmere informasjon

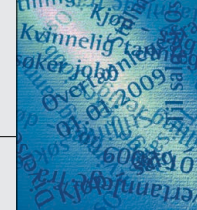
Ta kontakt med Aril Jul Nilsen tlf. 22 54 74 09.

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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 Helsedirektoratet



■ STILLING LEDIG

TANNLEGENE NESBRU SENTER SØKER TANNLEGE/ SPESIALIST

Vi er et kontorfellesskap på Nesbru i Asker med 4 almenpraktiserende tannleger. En av våre kollegaer ønsker å tre ut av praksisen, og vi søker derfor hans etterfølger. Pasientgrunnlaget hans dekker i dag ikke en fulltids drift, men det er et bra potensial for en aktiv yngre kollega med glød og entusiasme. Vi søker en ny tannlege – gjerne med spesialistutdanning, som ønsker å kombinere almenpraksis med sin spesialitet. Det må gjerne være en endospesialist, men også andre spesialister er aktuelle. Det er også disponibel plass for eventuell utvidelse med flere behandlingskontorer.

Alle samarbeidsformer kan diskuteres (kompaniskap/assistent/ heltid-/deltid e.a)
Henvendelse Bjørn Guldbrandsen tlf: 97749051.

Vilje
gir vekst

Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på

www.tannhelserogaland.no

Kontaktperson: Helene Haver

tlf. 51 51 69 07 eller

helene.haver@throg.no



TANNHELSE
ROGALAND

Assistenttannlege søkes til Voss

Grunnet sykdom søker vi en tannlege i 50 % stilling ved Voss Tannlegesenter. Mulighet for større stilling etterhvert og eventuelt partnerskap på sikt. Vi er fleksible i forhold til valg av arbeidsdager. Klinikken består av fire behandlingsrom, benytter Opus, OPG og har mikroskop. Pr i dag jobber det tre tannleger, en endodontist og fire sekretærer ved klinikken. Tiltredelse snarest eller etter avtale.

Søknad/henvendelse sendes til
post@vosstannlegesenter.no. Telefon:
56521498.

Oslo sentrum

Omgjengelig, fleksibelt, kvalitetsbevisst og faglig oppdatert tannlege i 100 % stilling søkes til moderne klinikk i Oslo sentrum. Meget god pasienttilgang og faglige utfordringer. Det er ønskelig med interesse for kirurgi og/eller endodonti.

Gode inntjeningsmuligheter. Rask tiltredelse. Erfaring ønskelig.

Er du interessert, vennligst send søknad m/CV til:

sentrumtannlegevakt@gmail.com.

Henv. Vasko Kovachev tlf.917 52 150,
e. kl. 18

UNIVERSITETET I BERGEN (UiB) er eit internasjonalt anerkjent forskingsuniversitet med over 14 000 studentar og vel 3500 tilsette ved seks fakultet og Universitetsmuseet. Universitetet er lokalisert midt i hjartet av Bergen. Det viktigaste bidraget universitetet gjev til samfunnet er framifrå grunnforskning og utdanning med ei stor fagleg breidd.



UNIVERSITETET I BERGEN

Professor/førsteamanuensis (100 %) i odontologi (periodonti)

Institutt for klinisk odontologi - Søknadsfrist: 20.05.2014

Fullstendig utlysningstekst på:

www.uib.no/stilling

Jobbnorge.no



BUSKERUD
FYLKESKOMMUNE

STILLING LEDIG

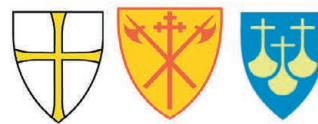
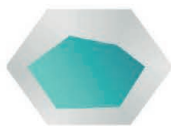
TANNHELSETJENESTEN I BUSKERUD KFK

LEDIGE STILLINGER

Alle våre ledige stillinger i
Tannhelsetjenesten
i Buskerud KFK annonseres på
www.bfk.no/ledigestillinger

www.bfk.no

Skaper resultater gjennom samhandling



VISJON: Samhandling, på sitt beste-til det beste.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt Norge, TkMN IKS, dekker regionen Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag, og er eid av fylkeskommunene. TkMN skal bygge opp en organisasjon i nye lokaler i Trondheim. Sentret skal være operativt 15.08.2014. TkMN hovedformål er: Spesialistutdanning. Forskning. Spesialistbehandling. Tverrfaglig rådgivning og kompetanseoppbygging til den praktiserende tannhelsetjenesten. TkMN skal inneha alle odontologiske spesialiteter. Kompetansesentret skal ha forskningsledelse og forskningskompetanse. TkMN vil samarbeide nært med NTNU og St.Olavs Hospital. Kompetansesentret skal være base for et elektronisk nettverk. Vi ønsker utviklingsorienterte og engasjerte medarbeidere som vil utvikle TkMN til et faglig kraftsenter som skal være til nytte for hele tannhelsetjenesten i regionen. Sentret vil tilby et interessant bredt tverrfaglig miljø.

LEDIGE STILLINGER:

Tannlegespesialist i kjeveortopedi, ledig fra 15.08.2014.

Tannlegespesialist i kjeveortopedi, ledig fra 01.01.2015.

Tannlegespesialist i endodonti, ledig fra 15.08.2014.

TkMN er villig til å diskutere mindre stillingsandeler enn 100%.

Arbeidsoppgaver for alle stillinger er klinisk virksomhet, forskning og fagutvikling og veiledning av spesialistkandidater. Det tverrfaglige miljøet i sentret skal yte veiledningstjenester ut til tannhelsetjenesten i regionen, og bidra til kompetansebygging ved hjelp av et elektronisk nettverk som er under utvikling.

Stilling som forskningsleder, ledig fra 15.08.2014.

Forskningslederen skal ha det overordnede ansvaret for forskning og fagutvikling ved kompetansesenteret. Forskningen ved kompetansesenteret skal bidra til det vitenskapelige grunnlaget for klinisk virksomhet og epidemiologi på tannhelsefeltet. Kompetansesenteret skal bidra til å heve forskningskompetansen i kliniske og praksisnære miljøer og stimulere til økt forskningssaktivitet.

Tverrfaglig nettverksbygging og kontakt med andre odontologiske og helsefaglige forskningsmiljøer inngår i ansvarsområdet. Forskningslederen skal kartlegge og koordinere behovet for støttefunksjoner i forbindelse med klinisk forskning. I tillegg vil forskningslederen få ansvaret for faglige utviklingsprosjekter og formidling.

Søkerne må beherske norsk eller skandinavisk. Utenlandske tannleger må ha norsk autorisasjon som tannlege og norsk spesialistgodkjenning før tiltredelsen.

Stillingsadministrativt ansvar ligger hos daglig leder ved sentret.

Vi tilbyr spennende oppgaver i etablering, oppbygging og drift av et nystartet kompetansesenter som er lokalisert i helt nye, attraktive lokaler beliggende nært universitetssykehus, universitet og høyskole.

De nye lokalene er godt tilrettelagt for forskningsaktivitet, med forskningslaboratorier, kontorer, behandlingsrom og møterom med moderne AV-utstyr.

Vi søker etter en engasjert person med forskererfaring. Det kreves doktorgrad. Helsefaglig bakgrunn er en fordel. Kjennskap til tannhelsetjenesten vil telle positivt. Vi legger vekt på miljøskapende evner og erfaring fra deltakelse i forskning.

Forskningsleder rapporterer til leder ved TkMN.

For alle stillinger:

Lønn etter avtale.

Tilsetning på kommunale vilkår. Pensjons og forsikringsordning. **Søknadsfrist: 01.05. 2014.**

Søknad med CV og eventuelle referanser bes sendt fortrinnsvis elektronisk til: anneb.skjetne@ntebb.no med kopi til kirsten.kringstad@stfk.no.

For flere opplysninger om stillingen, gå inn på hjemmesiden: www.tkm-n.no

Kontaktperson: Ad. dir. Anne-Brit Skjetne, mobil +47 90978437



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Sør

Tannhelsetjenestens kompetansesenter (TKS) er et interkommunalt selskap, som eies av de fem fylkeskommunene Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder. TKS skal sørge for kompetanseoppbygging og kompetansespredning både i offentlig og privat tannhelsetjeneste i regionen. TKS sitt mandat er spesialistbehandling, forskning, rådgivning, spesialistutdanning og folkehelsearbeid. TKS er lokalisert på sykehuset i Arendal.

Daglig leder ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør

TKS søker daglig leder i 100 % stilling, til en spennende og utfordrende lederjobb. Daglig leder vil ha en sentral rolle i videreutviklingen av kompetansesenteret og vil kunne få en innvirkning på fremtidig utvikling av odontologisektoren både regionalt og nasjonalt.

TKS har vært virksom i fem år, og har per i dag 16 ansatte fordelt på 12 årsverk.

Senteret er i vekst, og har spesialister innen fagområdene periodonti, oral protetik, kjeveortopedi og kjeve- og ansiktsradiologi. Spesialister innen endodonti og pedodonti er under utdanning.

Senteret har også to TOO-team (Torturoverleverer, Overgrepsutsatte og Odontofobi) i regionen, og det planlegges en utvidelse av tilbudet i løpet av året. TKS er involvert i flere forskningsprosjekter og har egen forskningskoordinator. Senteret har et godt samarbeid med Kjevekirurgisk Seksjon ved Sørlandet sykehus HF Arendal.

Administrativt har kompetansesenteret assisterende leder med ansvar for klinikkdriften og dertil personalansvar i Arendal.

Arbeidsoppgaver

- Daglig ledelse av TKS, inkludert budsjettstyring
- Videreutvikle kompetansesenterets strategi, og være aktiv i rekrutteringen av odontologiske spesialister og forskere
- Være en pådriver for igangsetting av forskningsprosjekt og fagutviklingsarbeid i regionen
- Ivareta kontakt med helsemyndigheter, universitetene og de andre kompetansesentrene
- Være sekretær i styret og representantskap
- Bidra til synliggjøring av kompetansesenteret både regionalt og nasjonalt

Ønskede kvalifikasjoner

- Odontologisk embetseksamen eller annen relevant utdanning på høyskole/universitetsnivå
- Erfaring som leder og kan vise til gode resultater
- Erfaring med fagutviklingsarbeid
- Tydelig leder
- Være fleksibel med gode samarbeidsevner
- Søkeren må ha gode kommunikasjonsevner både muntlig og skriftlig

Tilsetningsforhold

Arbeidssted: Arendal.

Tilsetting skjer på de vilkår og med de plikter som fremgår av gjeldende lover, tariffavtaler og reglement.

Pliktig innskudd i Kommunal Landspensjonskasse (KLP).

Lønn etter avtale.

Søknadsfrist: **1. mai 2014.**

Søknad og eventuelle henvendelser angående stillingen rettes til styreleder for TKS.

Fylkestannlege i Buskerud, Berit Binde

Berit.Binde@bfk.no tlf. 32808612 / 90986764.

Kjeveortoped Oslo

Grefsen Tannlegepraksis AS søker kjeveortoped på deltid.
Søknad sendes post@tannlegepraksis.no eller
Grefsen Tannlegepraksis, Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo.
Info www.tannlegepraksis.no. Ved spørsmål, ring 915 53 000

GREFSEN TANNLEGEPRAKSIS

Tannlege Oslo

Grefsen Tannlegepraksis AS søker tannlege med yrkeserfaring,
4-5 dager i uken til eksisterende pasientportefølje.
Søknad sendes post@tannlegepraksis.no eller
Grefsen Tannlegepraksis, Kjelsåsveien 7, 0488 Oslo.
Info www.tannlegepraksis.no. Ved spørsmål, ring 915 53 000

GREFSEN TANNLEGEPRAKSIS



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Vest



HORDALAND
FYLKESKOMMUNE

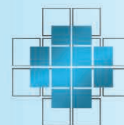
Forskar

Tannhelsetenesta kompetansesenter (Tk) Vest-Hordaland

TkVest-Hordaland søker etter forskar i inntil 100 % stilling,
som kan bidra i oppbygginga av forskningseininga ved
kompetansesenteret.

Nærare opplysningar om stillinga kan ein få ved å kontakte
overtannlege Ellen Berggreen, tlf. 92203860.

Les meir om stillinga på www.hordaland.no/jobb



TANNLEGER OG
SPESIALISTER
SØKES

PRAXIS A/S

Praxis AS drifter Asker Tannlegesenter, Byporten Lege-/Tannlegesenter og Ullevål Tannlesenter. Til sammen sysselsettes over 60 leger/tannleger/spesialister/sekretærer. Vi holder til i trivelige lokaler sentralt plassert ved Oslo S, Ullevål Sykehus og Asker Stasjon, og disponerer noe av markedets mest oppdaterte utstyr. Vi har kompetanse innenfor blant annet endodonti, kirurgi, implantat og diverse konserverende behandling. Vi er et sammensveiset team som tar godt imot de som kommer til oss som pasienter eller som nyansatte.

Vi utvider, og søker i den forbindelse etter tannleger med egen portefølje for gunstig samarbeid ved våre klinikker i Oslo og Asker. I tillegg vil vi gjerne ha kontakt med spesialister i oral kirurgi, periodonti og kjeveortopedi på deltid.

Klinikkene er moderne utstyrt, og holder et høyt faglig nivå. Det er ønskelig med oppstart i løpet av høsten

2014 evt. januar 2015.

Send oss en mail til
work@tannlegesenter.no eller
ring 22 34 82 00
(Kontakt pers: Dalseng)
dersom du er interessert.

Du finner ytterligere opplysninger på
våre hjemmesider:

www.byportentannlegesenter.no,
ullevaaltannlegesenter.no,
askertannlegesenter.no

Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag

LEDIGE TANNLEGESTILLINGER

Fullstendig utlysning på: ntfk.no, zett.no og nav.no

Tannhelse og folkehelse

- et ansvar for **FYLKESTINGET**
i Nord-Trøndelag

FAGSJEF - TANNHELSEDISTRIKT SØR

100 % fast stilling som fagsjef i den offentlige tannhelsetjenesten på Helgeland, med arbeidssted ved Tannhelsesjefens kontor i Mo i Rana.

Nærmere opplysninger ved tannhelsesjef Silja Ildgruben telefon 412 30 331 eller på epost si@nfk.no
Tiltredelse etter nærmere avtale. **Søknadsfrist er 5 mai 2014.**

- Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema på www.nfk.no/jobb

Kvalitetsbevisst

og engasjert assistenttannlege søkes til vikariat i travel solopraksis i Ytre Enebakk (30 km fra Oslo Sentrum), med mulighet for fortsettelse etter permisjonen.

Oppstart i juni eller senest i august.

Søknad sendes til natakais@online.no

Ta gjerne kontakt på Tlf. 41334105

Drammen

Veldreven klinikk i Drammen søker assistenttannlege til fast ansettelse tre til fem dager i uken (etter avtale).Oppstart fra august 2014. God pasienttilgang og erfarne sekretærer. B.mrk 1-4/14.

Mo i Rana

Assistenttannlege søkes til praksis fra høsten 2014 i Mo i Rana. Godt pasientgrunnlag. Henv. Tlf. 75 13 17 88. E-mail: daninowzari@gmail.com

Deltid, fleksibel

Tannlege med interesse og erfaring i protetik søkes til klinikk i Bærum. Godt faglig miljø og moderne utstyr.

Henvendelse: post@identis.no

Tannlege søkes i Ski

Vi søker tannlege heltid / deltid. Viktig at søkere er innstilt på å ta del i helgevakter. Vi har et stort og inspirerende miljø.

Ski Tannlegesenter. www.tannlege.info

Søknad sendes t@tannlege.info

Jessheim

Ledig assistenttannlegestilling på Jessheim: 1 års vikariat ledig fra 1.sept. 2014. Travel praksis med 4 tannleger, oralkirurg og tannpleier.

Søknad sendes: heilass@online.no

Assistenttannlege, privat praksis i Oslo

Assistenttannlege søkes til praksis i Oslo sentrum fra august 2014.

1 års vikariat, 2-3 dager i uken, med mulighet for utvidelse og forlengelse.

Vi søker en kvalitetsbevisst, arbeidsvillig, fleksibel og hyggelig tannlege. Helst med erfaring. Praksisen er veldrevet, med moderne utstyr i nye lokaler.

Henvendelse: hilde.abry@icloud.com

■ STILLING SØKES

Ledig tannpleier i Oslo/ Akershus fra 1. august.

Hei! Jeg er en jente på 26 år som går siste semester på Bachelor i Tannpleie ved UiO.

Jeg ønsker en stilling i Oslo evt. Akershus (Lørenskog-Lillestrøm-området). Ønsker helst 100% fast stilling, men lavere stillingsprosent og vikariat kan også være aktuelt. Både privat og offentlig er av interesse. CV og referanser sendes på forespørsel.

Mvh Trine Kristin Ditlevsen

Kontakt helst pr. mail:

trinek_87@hotmail.com

Telefon: 48122226



Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på www.ostfoldfk.no

Fra stillingene legges ut er det fire ukers søknadsfrist. Det er mulig å abonnere på nye stillinger via nettsiden.

Kontaktperson: Kristin Strandlund, telefon 69 11 73 33/
95 44 71 72

■ KJØP – SALG – LEIE

Tannlegepraksis til salgs

Tannlegekontor ferdig innredet til salgs på Frogner i Sørum Kommune. Lokalet ligger mellom legesenteret Frogner Medisinske Institutt og Ditt Apotek på Frogner. Det ligger ingen annen tannlegevirksomhet i området, og er derfor gode muligheter til samarbeid med Sørum kommune og skoler i nrområdet. Ta kontakt for visning. Sohail Farman 95927373/91916800.

Kragerø

Tannlegepraksis med fin sjøutsikt sentralt i Kragerø til salgs grunnet pensjonering i nær framtid.

2 kontor med Siemens/Sirona uniter.
1,5 tannleger nå. God omsetning.
Eventuelt gradvis overtagelse.
Tlf. 48155278 etter kl 17 eller
ingunn.h.næss@gmail.com

OSLO – SANDAKER

Lokaler tilpasset tannlegepraksis med to behandlingsrom vurderes utleid fra 1. april 2014.

Kontakt Henriette Kristiansen tlf: 90086392/ hk@bjerke-eiendom.no

Tønsberg

Moderne, pasientvennlig og veldrevet tannlegepraksis i Tønsberg til salgs. 210 m2, 2 behandlingskontor/uniter, flere ledige kontorer, lav husleie og gratis parkering. Store utviklingsmuligheter i attraktivt område. Eventuelt selges en halvpart dersom ønskelig.

E-mail: rafu@online.no.

■ DIVERSE

OPG

m/ Ceph Yoshida Panoura 10-C, kan ombygges til digital. EMS Airflow-C ny. Selges meget rimelig.

Henv. Per Franck Næss, mob 93009540

Rommen Tannhelse skifter navn til Tann- og kjeveklinikken

Kjeveortoped og allmenntannleger under samme tak siden 1988. Vårt team består av 3 allmenntannleger, 2 spesialister i kjeveortopedi, 1 spesialist i periodonti, 1 tannpleier og 4 tannhelsesekretærer. Vi har lang erfaring innen kjeveortopedi, periodontitt/periimplantitt og implantater. En av våre allmenntannleger er godkjent for implantatprotetikk med refusjonsrett. Vi tar imot nye henvisninger!

Tann- og kjeveklinikken
Nedre Rommen 5 c
0988 Oslo
Telefon: 222 14 222
E-post: post@tannlegerommen.nhn.no
www.tannlegerommen.no



TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

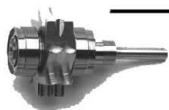
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

Vi utfører reparasjoner/service på turbiner, de aller fleste merker.

NB!(Ikke vinkelstykker)

Prisen for overhaling, dvs. ny spindel, ny impeller, nye lagre og o-ringer.

Kun kr 1990 eks mva. Rask levering. 6 mnd. garanti!



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg
Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!



FÅ MEST IGJEN FOR DITT DENTAL- / GULLSKRAP

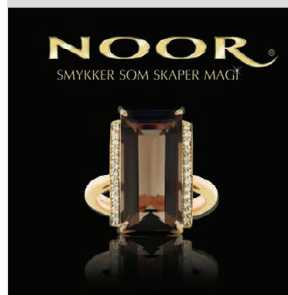
VI KJØPER ELLER RAFFINERER

- Dentalskrap / -fling
- Gamle smykker
- Barrer, granulat, mynter, m.m.
- Skrapsølv / Sølvtoy

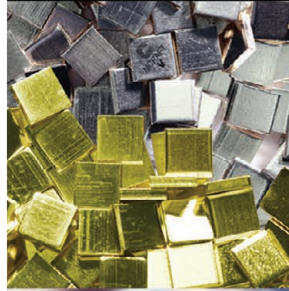


Send inn ditt gullskrap
eller ta kontakt for info !

OPPGJØR ETTER EGET ØNSKE



NOOR Smykker !
Reduserte priser
til raffineringskunder.



Nytt dentalgull



Utbetaling til konto

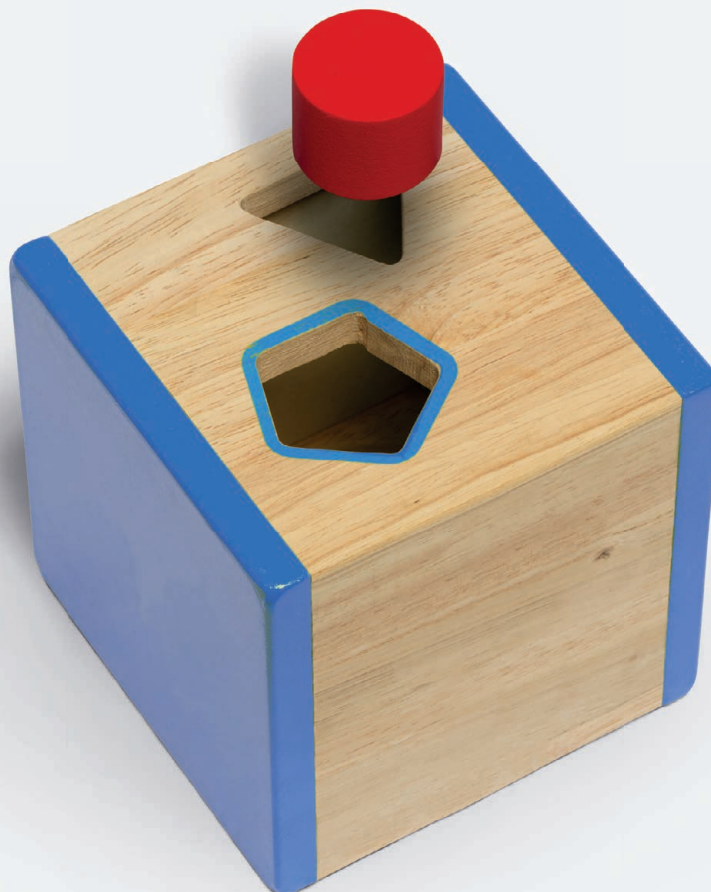


NORSK EDELMETALL a/s
Boks 184 1401 SKI

64 91 44 00
info@norskedelmetall.no



Presisjon er alt.



Vi liker når protetikker sitter perfekt på første forsøk. I 23 år har vi samarbeidet med noen av de dyktigste tannteknikerne i verden. Det har gitt oss et solid rykte som leverandør av presisjon og kvalitet. Det betyr mindre tid på tilpasning og oppfølging, og vil settes pris på av både deg – og pasientene dine.

Som bonuskunde får du opptil hver 9. MK kostnadsfritt (ekskl.au).



Uansett!

Ring oss på 32 89 60 55 for et godt tilbud!

NEDRE STORGATE 65, 3015 DRAMMEN | FAKS: 32 89 60 62 | DENTRADE@ONLINE.NO | WWW.DENTRADE.ORG
Agent for DWWW, Modern Dental Lab



DENTRADE
We put a smile on your face