

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGEN

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 125. ÅRGANG • NR. 10 NOVEMBER 2015



Det er vi som gir deg
de største økonomiske
fordelene på klinikken!



Avdeling Tannteknikk

InterDental

**Vi sender arbeider til deg 4 ganger i uken.
Nå tilbyr vi budtjeneste over hele landet!**

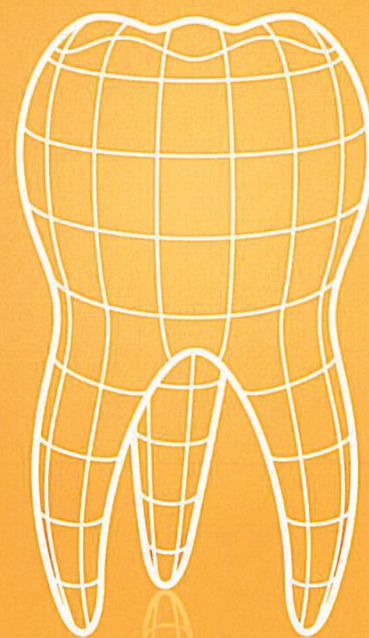
- Tirsdagsendinger returneres fra Oslo mandag 6 dager senere
- Onsdagsendinger returneres fra Oslo tirsdag 6 dager senere
- Torsdagsendinger returneres fra Oslo onsdag 6 dager senere
- Fredagsendinger returneres fra Oslo torsdag 6 dager senere



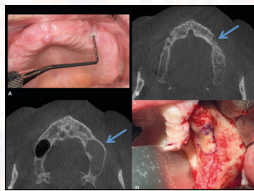
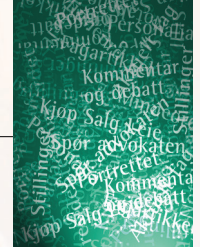
Avtalekunder får rabatt
på både forbruksvarer og
tanntekniske arbeider!

LIC Scadenta AS

Avd. Tannteknikk: Tel: 22 47 72 00
Forbruk Sandvika: Tel: 67 80 58 80
Forbruk Tromsø: Tel: 77 67 35 00
Avd. Kjeveortopedi: Tel: 67 54 00 23



import@licscadenta.no
forbruk@licscadenta.no
www.licscadenta.no



880



904



914

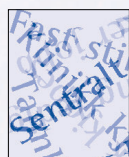


938



Boknytt

943



Rubrikk-annonser

948

866 **Siste nytt først**

■ **Leder**

869 På vei hjem til kommunen?

■ **Presidenten har ordet**

871 MNTF – et kvalitetsstempel!

■ **Vitenskapelige artikler**

872 Kristine Lindstad Matri, Tiril Willumsen og Katrine Gahre Fjeld: Nye evidensbaserte tiltak for å bedre oral helse hos eldre siste 10 år

880 Bente Brokstad Herlofson, Cecilia Larsson Wexell, Sven Erik Nørholt, Jørgen Helgevoll, Morten Schiødt: Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene.

Del 1: oversikt og retningslinjer

892 Bente Brokstad Herlofson, Karen Marie Giltvedt, Sven Erik Nørholt, Cecilia Larsson Wexell, Vera Ehrenstein og Morten Schiødt: Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene. Del 2: Skandinavisk kohort

■ **Aktuelt fag**

900 Ingar Olsen og Sim K. Singhrao: Kan oral infeksjon bidra til Alzheimers sykdom?

■ **Aktuelt**

904 Det odontologiske fakultet i Oslo: Åpnet «ny» klinikk

906 På valg 2015

914 Næringspolitisk forum, Gardermoen, 18 – 19. september 2015: Kontrakter, konflikter og kommunereformen

918 Lønnspolitisk forum, Oslo, 8.–9. oktober: Blir det bra nok i kommunen?

922 Første seier til odontologistipendiat i Forsker grand prix: Til topps i formidlingskonkurranse

■ **Kommentar og debatt**

925 Åpent brev til NTFs hovedstyre: Om prosessen før og etter vedtaket om flytting av DOT til kommunene

926 Svar til Stein Tessem fra NTFs hovedstyre: Om prosessen før og etter vedtaket om flytting av DOT til kommunene

■ **Arbeidsliv og praksisdrift**

928 NTFs tvistenemnd avvikles – mekling med bistand fra sekretariatet består

931 Spør advokaten: Behandlingsdager

■ **Snakk om etikk**

933 Akuttbehandling: En gyllen mulighet til å utvide pasientporteføljen. Eller?

■ **Notabene**

936 Tilbakeblikk

937 Kurskalender

939 Personalialia

■ **Minneord**

940 Dorthe Holst

Forverres av munnskylling

Antiseptiske munnskyllemidler som brukes mer enn to uker i strekk kan tilsynelatende forverre xerostomi hos pasienter som lider av munntørret forårsaket av polyfarmasi, skriver det danske Tandlægebladet. De viser til en undersøkelse, som nylig er publisert i Acta Scandinavica Odontologica.

Undersøkelsen er foretatt blant 120 sykehusinnlagte polyfarmasipasienter, hvorav 60 er middelaldrende og 60 er i kategorien eldre.

62,5 prosent av pasientene klaget over munntørret og i gruppen middelaldrende fant forskerne at xerostomien hadde en positiv, uavhengig sammenheng med bruken av munnskyllemidler.

De undersøkte munnskyllemidlene er hovedsakelig kvaternære ammoniumforbindelser som for eksempel klorhexidin.

Referanse

1. Chevalier M, Sakarovitch C, Precheur I et al. Antiseptic mouthwashes could worsen xerostomia in patients taking polypharmacy. Acta Odontol Scand 2015; 73: 267–73.

Gir økt risiko



FOTO: YAY MICRO

For hver sukkersøtet drikket et barn drikker per dag øker risikoen for kariesangrep med 22 prosent. Det viser en studie der drøyt 3 300 åtte- og niåringer i staten Georgia i USA deltok, skriver det svenske Tandlækartidningen.

I gjennomsnitt drakk barna 1,7 glass sukkersøtet drikket per dag og drøyt halvparten av dem hadde eller hadde hatt kariesangrep.

Forskerne mener at nærmere to glass søt drikket per dag er for mye og oppfordrer helsepersonell til å medvirke og

bidra til at konsumet av sukkerholdige drikker går ned, i den hensikt å bekjempe både karies og fedme.

Kilde: Public Health Dent; JR Wilder et al. Les mer: <http://bit.ly/1KSSDTo>

Motiverer 88 prosent



FOTO: YAY MICRO

Appen Brush DJ har motivert 88 prosent av barna som har testet den, skriver det svenske Tandlækartidningen. Tannpussapplikasjonen som først og fremst spiller musikk i to minutter, minner også om at det er riktig å spytte men ikke skylle, pusse tenner to ganger om dagen, bruke tanntråd og bytte tannbørste hver tredje måned.

Kilde: Brit Dent J. Les mer: <http://bit.ly/1WkFcIN>

Nordiske tiltak mot nomader

Et nordisk register over farlige nomadeleger bør opprettes hvis EUs alarmsystem viser seg å være utilstrekkelig. Dette politiske kompromisset aksepterte Nordisk råds velferdsutvalg 27. oktober før det ble vedtatt av Nordisk råd 28. oktober.

Den siste tiden har problemet med feilbehandlende leger som beveger seg mellom de nordiske landene fått oppmerksomhet igjen, blant annet i en gransking gjennomført av Danmarks Radio.

Landene har ikke vært gode nok til å utveksle informasjon om leger eller annet helsepersonell som har fått advarsel eller mistet sin autorisasjon i et land, og som så fortsetter sin virksomhet i nabolandet.

Nordisk råd har lenge hatt oppmerksomheten rettet mot nomadelegene og trusselen de utgjør mot pasientsikkerheten. Siden 2010 har parlamentarikerne i rådet oppfordret Nordisk ministerråd til å opprette et nordisk elektronisk register over helsepersonell som har feilbehandlet pasienter.

Ministerrådet har sagt nei til et nordisk register og i stedet arbeidet for å få i stand en tettere nordisk informasjonsutveksling innenfor rammen av EUs alarmsystem IMI, International Market Information System.

EU- og EØS-landene bruker systemet for å kontrollere at helsepersonell har riktige kvalifikasjoner for å utøve sin virksomhet i EU-landene.

Samtidig har ministerrådet arbeidet med å endre Arjeplog-avtalen, en drøyt tjue år gammel overenskomst mellom de nordiske landene som gir helsepersonell mulighet til å arbeide på tvers av landegrensene.

Forandringene innebærer at reglene i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv nå blir gjeldende i hele Norden. Det innebærer også at alle nordiske land får muligheten til å bruke alarmsystemet IMI.

Ministerrådet har ønsket bred parlamentarisk støtte for den endrede Arjeplog-avtalen, og la derfor fram forslaget for Nordisk råds sesjon.

Velferdsutvalget ga klarsignal for den endrede Arjeplog-avtalen i Reykjavik 27. oktober. Utvalget vil imidlertid evaluere om EUs system IMI er effektivt nok til å opprettholde pasientsikkerheten. Evalueringen skal skje etter to års operativ drift av IMI. Viser det seg da at systemet ikke gir nok beskyttelse, bør de nordiske landene overveie å innføre et nordisk elektronisk register, lyder utvalgets vedtak.



Oppstart lederutdanning



Mandag 26. oktober var det oppstart for nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på Handelshøyskolen BI i Oslo. Innovasjon og ledelseskompetanse er hovedområder i programmet.

Divisjonsdirektør for kompetanse og personell, Karin Straume (bildet), i Helsedirektoratet fremhevet tannhelsetjenesten som ett av to utfordringsområder hun ville nevne i åpningstalen; enten flyttingen av tannhelsetjenesten til kommunenivå blir realisert eller ikke.

Av 300 søkere er 100 deltakere tatt opp i den nye lederutdanningen som kort kalles helsemasteren. 11 av de som er tatt opp kommer fra tannhelsetjenesten. Syv av disse skal følge programmet i Oslo, mens fire skal følge undervisningen i Stavanger, der oppstart var 9. november.

– Det er viktig at helsesektoren fortsatt hovedsakelig ledes av helsefaglig utdannede folk. Samtidig er det blitt helt nødvendig at helseledere har solid ledelsesfaglig grunnlag, slik at de er godt rustet til å møte de vesentlige utfordringene som ligger foran, sier fagsvarlig for programmet ved Handelshøyskolen BI, Thomas Hoholm.

Saltpartnerskapet

Innen 2018 skal saltinntaket i Norge reduseres med 15 prosent. 5. oktober signerte matvarebransjen, serveringsbransjen, forskningsmiljøer, bransje- og interesseorganisasjoner og helsemyndighetene en historisk avtale som formaliserer samarbeid på tvers av norske myndigheter, organisasjoner og næringsliv, melder Helsedirektoratet.

– Hvis vi skal nå målet om 15 prosent mindre salt innen 2018, må vi ta ansvar i fellesskap. Dagen i dag får meg til å tro på at vi får det til, sa helsedirektør Bjørn Guldvog.

Nordmenn spiser dobbelt så mye salt som anbefalt. For mye salt fører til økt blodtrykk, og økt blodtrykk øker risikoen for hjerte-karsykdommer som hjerteinfarkt og hjerneslag.

Helsedirektoratet lanserte i juni 2014 sin tiltaksplan for å redusere saltinntaket i befolkningen. Ett av tiltakene i planen er Saltpartnerskapet.

To av hovedmålene for partnerskapet er å øke bevisstheten om at saltreduksjon gir bedre folkehelse og å redusere mengden salt i bearbeidet mat.

I tillegg er kompetanseheving, forskning og utviklingsoppgaver, overvåking av saltinnholdet i matvarer, bedre merking og informasjon til forbrukere sentrale oppgaver. Som et første konkret prosjekt har bedrifter innen samme bransje i fellesskap utarbeidet mål for saltinnhold i cirka 100 matvarekategorier.

– En liten reduksjon i saltinnholdet i maten vi kjøper eller får servert, vil kunne gjøre en stor forskjell for befolkningens helse, sier helsedirektør Bjørn Guldvog. – En reduksjon i saltbruken hjemme hos den enkelte forbruker vil ha positive effekter, særlig fordi behovet for salt smak er tillært, og følgelig noe man kan venne seg av med. Men de store effektene oppnås ikke ved at hver enkelt kniper på saltet på egget. 70–80 prosent av saltinntaket kommer fra industribearbeidede matvarer og mat spist på serveringssteder, sier Guldvog.

På nett

Movember – også for damer



November er måneden da menn over hele verden lar barten gro for å skape oppmerksomhet rundt menns helse og samle inn penger til forskning på prostatakreft.

Både lag og enkeltpersoner kan være med i konkurransen om hvem som kan samle inn mest penger og gro den flotteste barten. Registreringen kan gjøres på det sosiale nettstedet Movember.com.

– Vi oppfordrer alle, både menn og kvinner, til å registrere seg på Movember.com, sier Max Vere-Hodge, leder for Movember i Skandinavia. Han synes også kvinner, de såkalte Mo Sistas («Movember Sisters»), bør gjøre dette for å støtte mannlige venner og kollegaer.

Movember ble startet av en vennegjeng i Australia i 2003, og har spredd seg siden. I fjor kjempet Movember-fellesskapet for menns helse i 21 land, og samlet inn 617 millioner kroner.

Også for kvinner

Nytt av året er bevegelsen Move, og appen Run Mo Run. Hvis du vil delta i Move, må du bevege deg minst 30 minutter hver dag gjennom hele november. Ved å bruke appen støtter du også menns helse. Run Mo Run kan lastes ned til både Android og iOS og skal passe for alle aldre. Spillet er gratis å laste ned, men alle kjøp i appen går uavkortet til Movember Foundation.

Kilde: Computerworld

Avansert Estetikk
er Essensen



Essentia™
fra GC

Åpner døren til det enkle

3 dentin- og 2 emaljefarger
er alt du trenger for
å få et perfekt resultat

Kan det bli enklere?

Følg intuisjonen din !

GC NORDIC AB
tel: +46 8 506 361 85
info@nordic.gceurope.com
http://nordic.gceurope.com
www.facebook.com/gcnordic

GC

Nysgjerrig?
Skann QR-koden
og les mer



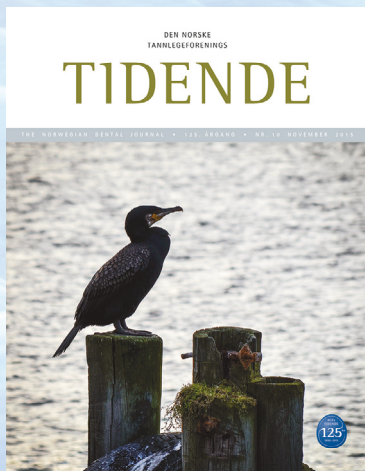


Foto: YAY Micro. Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne 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 1800,-

ANNONSER

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

E-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon Vils 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: 6 800. 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.



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT



LEDER



På vei hjem til kommunen?

Det har vært både lønnspolitisk og næringspolitisk forum. De store årlige møtene for tillitsvalgte fra henholdsvis offentlig og privat sektor. Begge fora hadde kommunereformen og stortingsvedtaket om flytting av tannhelsetjenesten til kommunen høyt på dagsorden. Skepsisen til flytting er kanskje størst blant de offentlig ansatte. Naturlig nok. Det er de som kjenner det offentlige tilbudet best. I begge fora er man opptatt av å bevare det som fungerer godt med tannhelsetjenestens plassering i fylkeskommunen. Og det er litt mindre snakk om at flyttingvedtaket kan bli omgjort nå enn det var til å begynne med.

Avdelingsdirektør Kjell Røyndal fra Helse- og omsorgsdepartementet snakket til lønnspolitisk forum, og senere på NTFs informasjonsmøte på landsmøtet idet vi sender Tidende i trykken, nå helt i slutten av oktober. Han plasserer stortingsvedtaket om flytting av tannhelsetjenesten, og regjeringens kommunereform inn i en større politisk ideologisk sammenheng. First House, som bistår NTF, var også på landsmøtet, og mener NTF er i en unik posisjon til å kunne påvirke utfallet av flyttingen.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie var også på landsmøtet. Han har fått med seg at NTF har et annet prinsipielt standpunkt enn regjeringen, og han inviterte til dialog om hvordan flyttingen av tannhelsetjenesten kan gjennomføres på beste måte.

Og så snakket han om de nære ting, som alle befinner seg i kommunen. Jeg vet ikke hvor godt denne retorikken fungerer. Det lød i hvert fall slik, fra statsrådens munn:

– Det er her vi lever livene våre. Her er skolen der du lærte den lille gangetabellen. Og kirken der du giftet deg, med blanke sko. Og var blank i blikket. Her er huset der ungene dine gjemte seg på lof-

tet da de var små. Og barrikerde seg i kjellerstua da de ble store. Her er historien din, familien din og nettverket ditt. Det er her du blir syk. Det er her du blir frisk. Det er her du må mestre livet med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse. Så det er klart vi er nødt til å ha gode tjenester i kommunen! Vi har mange tjenester som er gode hver for seg. Men vi mangler helheten. Vi deler inn tjenestene våre. Etter diagnoser. Etter kroppsdeler. Etter alder. De ulike bitene hører hjemme på ulike kontorer og i ulike sektorer. Det blir for mange biter. Og det blir for lite helhet. Dere vet dette bedre enn noen. For tennene har jo ikke hørt hjemme i kommunen engang. De har ligget i fylkeskommunen. Så dere. Det er på tide å samle sammen bitene. Det er på tide å lage helhetlige helsetjenester der folk lever livene sine. Og det er på tide at tennene også kommer dit. Hjem til kommunen.

Regjeringen vil at flere oppgaver skal løses der folk bor. Derfor ønsker vi sterkere kommuner som kan mestre flere oppgaver. Ansvar for tannhelsetjenester er en slik oppgave. Derfor flytter vi tannhelse til samme forvaltningsnivå som andre primærhelsetjenester. Flytting av tannhelse til kommunen vil gi innbyggerne bedre og mer helhetlige helsetjenester, avsluttet Høie, mindre poetisk enn han begynte.

Planen er videre at det kommer et høringsnotat om tannhelsetjenester som kommunal helsetjeneste i juni 2016, og et lovforslag våren 2017, med stortingsbehandling før sommeren samme år.

Og det var det vi rakk fra landsmøtet før vi sender novemberutgaven av Tidende til trykking. Vi lover at det kommer mer i desember.

Ellen Beate Dyvi

Alle bør stole på
tannlab'en sin!

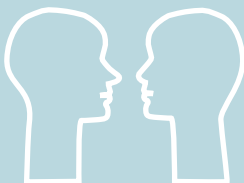
Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på
www.tannlab.no.



FREMSTILLING

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



RÅDGIVNING

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



FORMIDLING

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

TANNLAB-gruppen består av TANNLAB AS og TANNLAB Formidling AS.
TANNLAB er et av landets ledende og mest innovative tanntekniske laboratorier.
TANNLAB Formidling er agent for Sunrise Dental Laboratory Ltd, Hong Kong, og har lang erfaring og spisskompetanse innen formidling av tanntekniske produkter.

TANNLAB
fremstilling · rådgivning · formidling



MNTF – et kvalitetsstempel!

Vårt klare mål er at det å være medlem i NTF skal være et kvalitetsstempel!

Dette påpeker vi i kommunikasjon med media, politikere og andre beslutningstagere. Vi fremhever NTFs etiske regler som medlemmene våre må følge. Vi viser også til NTFs klagenemnder. I tillegg har vi andre ordninger, som kollegahjelp og tilbudet til NTFs medlemmer på Villa Sana på Modum Bad om rådgivning rundt problemer i arbeidsliv, samliv eller fritid. Målet med tilbudet er å styrke bevisstheten i forhold til yrkesrollen, forebygge utbrenthet og fremme helse og livskvalitet. Alt dette er med på å forklare hvorfor pasienter skal velge tannleger som er medlem av NTF.

Så har vi selvfølgelig også obligatorisk etterutdanning. Få saker har vært mer diskutert i foreningen enn akkurat denne saken. Obligatorisk etterutdanning ble endelig vedtatt av NTFs representantskap 25. november 2011. Vedtaket innebærer blant annet at yrkesaktive medlemmer av NTF i løpet av en femårsperiode må gjennomføre 150 timer etterutdanning.

Saken står nå igjen på representantskapets sakliste. En arbeidsgruppe oppnevnt av hovedstyret, med medlemmer fra hovedstyre, fagnemnd og sekretariat, har evaluert gjeldende regler og foreslår endringer i den obligatoriske etterutdanningen på bakgrunn av erfaringer vi har gjort oss. Arbeidsgruppen har fått innspill fra etisk råd og fagnemnden underveis i prosessen. Det har vært viktig å lage et regelverk som er enkelt å forstå og bruke for medlemmene, samtidig som det lar seg administrere av sekretariatet på en god måte. Hovedstyret legger frem nye «Regler for obligatorisk etterutdanning» til behandling i representantskapet om noen uker.

Obligatorisk etterutdanning er en svært viktig sak som underbygger at det å være medlem i NTF er et kvalitetsstempel. Det foreslås flere betydelige endringer i ordningen. Den vesentligste av disse har vært diskutert mye og er etterspurt av mange medlemmer. Hovedstyret foreslår nå at manglende etterlevelse av kravet om 150 timer etterutdanning over en periode på fem år skal kunne føre til sanksjoner. Den strengeste av sanksjonene er eksklusjon fra NTF. Dette anses nødvendig for å markere at livslang læring i form av etterutdanning er avgjørende for å opprettholde en høy faglig standard på norske tannleger.

Hovedstyret er enig med arbeidsgruppen i at det ikke skal være mulig å «betale seg ut» avplikten til etterutdanning, derfor er det ikke aktuelt å ilegge medlemmene bøter. Vi vil fortsatt ha fokus på «premiering» av dem som gjennomfører ordningen.

På bakgrunn av ovennevnte foreslås det at obligatorisk etterutdanning forankres i NTFs vedtekter § 16 som en plikt for medlemmene. I tillegg foreslås en endring i vedtektenes § 17, som gir grunnlag for eksklusjon ved mislighold.

Den andre viktige endringen har også vært heftig diskutert. Hvilke kurs skal godkjennes og hvordan skal kursene vektet? Hovedstyret har til slutt endt på at det overordnede målet er at medlemmene går mest mulig på kurs. Det arrangeres mange gode kurs i Norge, men også i utlandet. Det er helt umulig for NTF å vurdere innholdet i alle kurs, og det har derfor vært diskutert å bare godkjenne de kursene vi selv har kjennskap til og kan innestå for. Men vi har valgt det motsatte.

Hovedstyret har besluttet å sette et timetall på 150 timer over fem år, med en oppfordring til kontinuerlig etterut-

danning med 30 timer i året. All etterutdanning må registreres og godkjennes. Til gjengjeld godkjennes alle kurs med «riktig» timetall, også kurs i utlandet og kurs som tilbys av andre aktører og av dentalbransjen. Målet er at så mange kurs som mulig blir automatisk registrert. Resten må godkjennes av et godkjenningsutvalg som hovedstyret oppnevner. Det vil bli utarbeidet retningslinjer for hvor mange timer et kurs skal kunne gi. Tillitsvalgtarbeid vil telle med et gitt antall timer, det samme med undervisning og videreutdanning.

Et utvalg av NTFs nettbaserte kurs, som nå er gratis tilgjengelig for medlemmene, vil bli gjort obligatoriske. Disse skal gjennomføres i løpet av femårsperioden.

Hovedstyret fastsetter også avgiften som de eksterne kursleverandørene må betale for å få kurset godkjent og timene automatisk registrert på kursdeltakerne.

Ved å gjøre det på denne måten støtter vi på medlemmenes egen evne til å velge hvilke kurs som er viktige for dem. Vi håper også at det vil gi grunnlag for et fortsatt godt og fruktbart samarbeid med dentalbransjen – til beste for medlemmene. Vårt overordnede mål er medlemmer som går mye på kurs og stadig tilegner seg ny kunnskap. Slik holdes den faglige kompetansen høy. Det å gå på kurs og treffe gode kolleger er også viktig for det sosiale samholdet i foreningen.

Dette er en av flere viktige saker til årets representantskap. Hovedstyret ser frem til diskusjonen i møtet og håper at MNTF som kvalitetsstempel blir ytterligere forsterket etter de vedtak som gjøres der.

Camilla Hanser Stenum

Kristine Lindstad Matri, Tiril Willumsen og Katrine Gahre Fjeld

Nye evidensbaserte tiltak for å bedre oral helse hos eldre siste 10 år

Den eldre befolkningen i Norge er i rask vekst, og det er økt behov for kunnskap omkring tannhelse blant eldre. Tross frem-skrutt innen medisinsk behandling, er økt alder fremdeles assosiert med redusert funksjon og større mottakelighet for sykdom. Flere studier viser sammenheng mellom generell helse og tannhelse. I denne artikkelen gis en oversikt over tiltak som kan forbedre den orale helsen hos eldre, slik det beskrives i relevant litteratur siste 10 år. Artikkelen fokuserer på tiltak som er gjennomførbare i Norge på bakgrunn av nåværende ressurser og retningslinjer. De ulike tiltakene er delt inn i tre kategorier: 1. tiltak/programmer utført av ikke-odontologisk helsepersonell, 2. dentale hjelpemidler og 3. profesjonell oral rengjøring utført av tannlege / tannpleier. Flere tiltak viser til positive resultater og kan forbedre munn- og tannhelse hos eldre. Én studie viste at applisering av klorhexidin-lakk, Duraphat®-lakk og sølvdiamin-fluorider (SDF) kan begrense utvikling av nye rotkarieslesjoner. Et annet interessant funn er trening i ulike munnøvelser som viste forbedret bittkraft, spyttsekresjon og svelgeevne. Dette gir en indikasjon på at samarbeid med fysioterapeut kan være nyttig for eldre med nedsatt tyggeevne, munntørrehet og svelgeproblemer. Elektrisk tannbørste kan også være et godt hjelpemiddel for eldre, spesielt for dem med behov for hjelp til tannstell. Hyppig tannstell utført av tannlege eller tannpleier gir gode resultater. Dette tiltaket er i stor grad avhengig av hvilke økonomiske ressurser institusjoner og enkeltpersoner har til rådighet, og hvordan disse behovene prioriteres. Flere og mer omfattende studier om tannhelse blant eldre er nødvendig.

Forfattere

Kristine Lindstad Matri, tannlege. Halden
Tiril Willumsen, professor, dr.odont. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Det odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo
Katrine Gahre Fjeld, stipendiat. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo

Den eldre populasjonen er i rask vekst (1). Tross frem-skrutt innen helsevitenskapen er aldring fortsatt preget av funksjonstap, sykkelighet og død. Dette gjør at flere eldre har behov for omsorgstjenester som hjemmesykepleie og sykehjem. Når alvorlig sykdom inntreffer og man blir avhengig av hjelp til personlig pleie, vil dette ofte medføre behov for hjelp til tannstell.

Eldre i Norge beholder i større grad enn tidligere mange av sine egne tenner livet ut. Dette gjør at tannstatus hos sykehjemsbeboere bærer preg av eksponerte rotoverflater og bifurkasjoner i tillegg til komplekse restaureringer som partielle proteser, broer, kroner, fyllinger og implantater (2, 3). Alderdom medfører gjerne sykdom og medisinbruk, som blant annet kan forårsake redusert muskulær motorikk og munntørrehet. Dette gjør at syke eldre er spesielt utsatt for karies og andre orale infeksjoner (4). Plakk er en medvirkende årsak i utvikling av dental- og oral sykdom og mengden dentalt plakk hos sykehjemspasienter har vist seg å være et betydelig problem (2, 5). Disse faktorene gjør det utfordrende å opprettholde god oral helse, både for brukere og pleiere i omsorgstjenesten.

Livskvalitet er en viktig faktor i livets siste fase, og flere studier viser positive assosiasjoner mellom god tannhelse og

Hovedbudskap

- Helsefaggrupper som fastlege og fysioterapeut kan bidra til å opprettholde eller bedre oral helse hos eldre
- Tilbud om time til en tannlegeundersøkelse gitt ved helse-sjekk hos lege fikk flere til å oppsøke tannlege
- Trening i ulike munnøvelser ga blant annet økt spyttsekresjon
- Det er ikke realistisk at tannlege / tannpleier kan utføre hyppig profesjonell rengjøring hos eldre
- Pleiepersonell må ansvarliggjøres, da det er disse som har ansvar for det daglige munn- og tannstellet hos pleietrengende eldre
- Det er et stort behov for nye studier med randomisert kontrollert (RCT) design for å finne gode evidensbaserte tiltak for å bedre oral helse hos eldre

livskvalitet hos skrøpelige / sårbare eldre (6, 7). For å opprettholde god tannhelse er plakk kontroll essensielt (8) og daglige rutiner med god plakk kontroll vil derfor være viktig for å forhindre oral sykdom.

Målet med denne oversiktsartikkelen er å se på hvilke tiltak som er testet ved randomiserte kontrollerte studier (Randomized controlled trials, RCT), og som i et praktisk og klinisk perspektiv kan iverksettes for å bedre den orale helse hos eldre.

Materiale og metode

Det ble utført søk i Cochrane og PubMed. Søk ble begrenset til studier publisert mellom 2004 og april 2014. Søk ble utført i henhold til søkeveiledning fra Medisinsk bibliotek, UiO.

I Cochrane ble det utført to søk:

Søk 1: «oral» or «orally» and «hygiene» and «nursing home» or «nursing homes» or «institution» or «institutional»

Søk 2: «elderly» or «older» or «elder» and «health» or «healthcare» or «the health» and «oral» or «orally»

Det ble utført ett søk i Pub Med:

Søk 3: «dental» and «nursing home» and «hygiene»

Totalt antall treff: 491

Forfatterne har utarbeidet de videre inklusjonskriteriene ut fra vitenskapelige, men også ut fra subjektive vurderinger i et klinisk og praktisk perspektiv. Etter gjennomgang var det kun 20 artikler som tilfredstilte følgende inklusjonskriterier: (i) randomiserte kontrollerte studier (RCT), (ii) studiepopulasjon; eldre over 65 år, (iii) intervensjon; bedring av oral helse, (iv) engelske eller skandinaviske artikler, (v) kliniske studier (tabell 1).

Artiklene ble så kategorisert i 3 grupper basert på hvilken type tiltak som ble studert:

1. Tiltak / programmer utført av ikke-odontologisk helsepersonell
2. Dentale hjelpemidler
3. Profesjonell oral rengjøring: utført av tannlege / tannpleier

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for studiene vurdert i undersøkelsen

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Design	Randomiserte kontrollerte studier (RCT)	Annen design
Utvalg	Eldre > 65 år	Andre grupper
Intervensjon	Tiltak / programmer utført av ikke-odontologisk helsepersonell Dentale hjelpemidler Profesjonelt oralt renhold utført av tannlege / tannpleier	Tiltak som ikke har med oral helse å gjøre
Språk	Engelsk, skandinavisk	Andre språk
Type studier	Clinical trials	Pilotstudier

Alle tre forfattere gjennomgikk de 20 artiklene og valgte i fellesskap ut de 10 artiklene de fant mest klinisk og praktisk relevante.

Resultater

Sammenfatning av vårt utvalg av studier viser flere positive resultater.

Tiltak / programmer utført av ikke-odontologisk helsepersonell
De Visschere et al. (9) har sett på langtidseffekten av en individuell oral hygieneprotokoll i pleiehjem. Hygieneprotokollen besto av et program der pleiepersonell etter en halv dags undervisning laget en vurdering av munnhelse og en individuelt tilpasset munnhygieneplan for sykehjemsboere. Det ble ikke funnet noen signifikant effekt sammenliknet med dem som ikke brukte hygieneprotokollen. Imidlertid ble det sett en signifikant sammenheng mellom oral hygiene og uavhengighet hos den eldre, der de som var minst avhengig, hadde bedre oral hygiene, sammenliknet med dem som var mer avhengig av hjelp til tannstell. Ibayashi et al. (10) har sett på effekten av å utføre fire forskjellige munnøvelser på hjemmeboende, friske eldre: en for mimiske muskler, en for tungen, en for spyttkjertler og en for svelging. Det ble samlet data om bittkraft, svelgefunksjon og salivaseksjon. En signifikant forbedring av alle de målte orale funksjonene ble observert etter 6 måneder i intervensjonsgruppen. Det var ingen endringer i kontrollgruppen. Peltola et al. (11) så på effekten av intervensjon på oralt renhold hos eldre med kronisk langvarig sykdom innlagt på sykehus. Pleiepersonell mottok «hands-on» instruksjoner og opplæring, for deretter å være ansvarlig for sykehuspasientenes daglige orale hygiene. En signifikant bedring av hygiene på proteser og tenner ble observert. MacEntee et al. (12) har studert effekten av et pyramidebasert opplæringsprogram for pleiere i pleiehjem. Én pleier ved hver avdeling ble trent opp av en tannpleier. Pleieren som fikk denne opplæringen underviste videre de andre pleierne ved avdelingen. Det var ingen signifikant bedring i oral helse i verken intervensjon- eller kontrollgruppen.

Lowe et al. (13) så på effekten av å invitere eldre til en utvidet oral helsesjekk i forbindelse med en forebyggende helsesjekk hos lege. I forsøksgruppen ble det rapportert en signifikant økning i rapporterte tannlegebesøk etter 6 måneders evaluering. Studien viste også at ved å tilby en oral helsesjekk i forbindelse med en vanlig helsesjekk, nådde en ut til en gruppe personer som vanligvis ikke oppsøker tannlege.

Dentale hjelpemidler

Fjeld et al. (14) har sett på effekten av elektrisk tannbørste (ET) sammenliknet med manuell tannbørste (MT) hos eldre sykehjems pasienter, samt vurdert pleiepersonells mening vedrørende bruk av ET. Begge gruppene viste identisk forbedring av oral hygiene etter 2 måneder. Blant dem som brukte ET, var det en signifikant lavere plakk-score hos de som fikk hjelp til tannpuss, sammenliknet med dem som utførte tannpuss på egenhånd. Denne effekten ble ikke sett blant deltagerne som brukte MT. Pleie-

Tabell 2. Oversikt over artikler inkludert i studien

Land	Ant. deltakere	Alder	Instutisjon	Referanse
<i>Tiltak / programmer</i>				
Belgia	14*	84,79	Ja	9
Japan	54	>65**	Nei	10
Finland	130	82,9	Ja	11
Canada	14*	79,1	Ja	12
England	685	>75**	Nei	13
<i>Dentale hjelpemidler</i>				
Norge	180	86,1	Ja	14
Kina (HK)	306	78,8	Ja	15
Australia	60	83,7	Ja	16
<i>Prof.oral renhold</i>				
Japan	59	87,2	Nei	17
Japan	190	82	Nei	18

* pleiehjem

** ikke gjennomsnittsalder

personell rapporterte også at ET var mer effektiv og tidsbesparende sammenliknet med MT. Tan et al. (15) gjorde en studie som så på tiltak mot rotkaries. Hygieneinstruksjon samt applisering av klorhexidinlakk, Duraphat® lakk og sølvdiaminfluorider (SDF) på rotoverflater ble sammenliknet med en kontrollgruppe som kun fikk hygieneinstruksjon. Duraphat® lakk (5%) og klorhexidinlakk ble applisert hver 3. måned. SDF (38%) ble applisert hver 12. måned. Etter 3 år så man at applisering av alle tre preparatene var signifikant mer effektive for å forebygge ny rotkaries enn hygieneinstruksjon alene. Webb et al. (16) så på effekten av behandling av protesestomatitt hos eldre i pleiehjem. To intervensjonsgrupper fikk behandlet helprotesene sine enten ved at protesene ble lagt i natriumhypokloritt (0,02%) over natten, eller ved mikrobølgestråling (350 W) i 10 min hver kveld i én uke. Resultatet av studien viste en signifikant bedring av protesestomatitt i de to intervensjonsgruppene. Kontrollgruppen ble i hovedsak vurdert til «vet ikke om bedring eller ikke» av observatørene. I intervensjonsgruppene så man en signifikant nedgang av candida i ganen og på protesene. Det ble også avdekket en signifikant nedgang av anaerobe mikroorganismer på protesene, men ikke intraoralt i ganen (16).

Profesjonell oral rengjøring: utført av tannlege / tannpleier

Abe et al. (17) har undersøkt effekten av intensivt oralt renhold på nedgang i aspirasjonspneumoni. Nedsatt hosterefleks er en kjent risikofaktor for utvikling av aspirasjonspneumoni. Intensivt oralt renhold gir ikke bare effekt ved at oropharyngeal kolonisering med potensielle patogene organismer reduseres, men

også ved å forbedre svelgrefleks- og hostereflekssensitiviteten (17). Watando et al. (18) viste at profesjonelt oralt renhold og veiledning omkring god munnhygiene gav en signifikant reduksjon i kolonisering av faktorer som spiller en viktig rolle ved formering av influensavirus.

Diskusjon

Gjennom de søkene som ble brukt var det få studier som tilfredsstilte krav om RCT-design. De studiene som tilfredsstilte RCT-kravet var av varierende kvalitet med tanke på utvalgsstørrelse, effektmål og lengde på intervensjonene. Det finnes også mange gode intervensjoner som er testet uten RCT-design, men de er ikke inkludert i vår studie. Funnene må sees i lys av dette. De utvalgte studiene har også varierende grad av overføringsverdi til norske forhold.

Tverrfaglig samarbeid med fysioterapeuter er et spennende felt. Ibayashi et al. (10) fant signifikant forbedring av bittkraft, svelgfunksjon og salivasekresjon etter 6 måneder med øvelser. Tidligere studier viser at bittkraft korrelerer med antall gjenværende tenner, fordi periodontale mekanoreseptorer bidrar til spyttsekresjonsrefleks. Disse funnene indikerer at spyttsekresjons-

raten er influert av antall gjenværende tenner (19). Mange eldre i Norge har tilgang til fysioterapi. Trening i munnøvelser kan være mulig å innføre som en aktivitet på dagsenter eller pleiehjem. Denne studien har lang oppfølgingstid. Svakheter ved studien er at det er få deltagere i hver gruppe, og det er kun 17 personer over 75 år. Da vi vet at gjennomsnittsalder på norske sykehjem er høyere enn det, er det usikkert om tiltaket fungerer for norske sykehjemsbeboere. Tiltaket er enkelt å utføre og et spennende felt som bør utforskes mer. Muligens kan det gi stor helsegevinst fordi hyposalivasjon er en risikofaktor hos syke eldre.

De Visschere et al. (9) og MacEntee et al. (12) konkluderte med at orale helseprogrammer og et pyramidebasert opplæringsprogram ikke gav effekt på bedring av oral helse. Derimot så man en effekt på oral helse der pleiepersonell fikk opplæring og videre ansvar for den eldres daglige orale helse (11). Studiene har lang oppfølgingstid og mange deltakere, men de har ulik tilnærming til opplæringen. Dette gjør at studiene ikke nødvendigvis er sammenlignbare. En må også ta i betraktning at et opplæringsprogram som ikke fungerer ett sted, godt kan fungere et annet sted. Det er mange faktorer som spiller inn i et undervisningsprogram, og alle disse kan ikke tas hensyn til i én studie. Peltola et al. (11) så positive resultater ved sitt opplæringsprogram, der pleiere fikk ansvaret for den eldres orale helse. Dette gir oss en god indikasjon på at ansvarsfølelse er essensielt ved opplæring av ansatte. Klinisk erfaring tilsier at munnhygiene noen ganger kan bli sett på av pleiere som pasientens eller tannlegens/tannpleiers ansvar. I en hektisk arbeidsdag med begrensede ressurser, kan en anta at

Tabell 3. Effekt og innhold av tiltak i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen

Ref.	Intervensjonsgr.	Intervensjon		Effekt av intervensjon	
		Kontrollgr.	Effekt mål	Generell helse	Tenner/gingva
9	En individuell tilpasset oral-hygiene protokoll over 5 år	Ingen intervensjon	Plakk - tenner - protese		Ikke klinisk eller statistisk signifikant bedring av plakknivå på tenner/proteser etter 5 år.
10	4 ulike øvelser: -mimiske muskler -tungen -spyttkjertler -svelging	Ingen intervensjon	- bittkraft - svelgefunksjon - salivasekresjon		- Økt bitekraft - Økt spyttsekresjon - Bedret svelgfunksjon
11	1. Tannpleiere utførte orale hygienemål hver 3. uke 2. Pleiepersonell fikk ansvaret for daglig munnhygiene hos eldre sykehuspasienter	Ingen intervensjon	Hygiene: - Tenner - Protese		- Signifikant bedret protesehygiene i alle gruppene. - Signifikant bedret tannhygiene i gruppe 2
12	Pleiere deltok på seminar om oral helse + fikk etterfølgende ubegrenset tilgang til å stille spørsmål ang. oral helse.	Pleiere deltok på oral helse seminar. Ingen tilgang til oppfølging.	- Oral hygiene - BOP - Tygge potensial - BMI - Underernæring		Ingen signifikans etter 3. mnd. i noen av gruppene.
13	Invitasjon til oral helsevisitt ifm. en vanlig forebyggende legesjekk.	Ingen invitasjon		Signifikant økning i rapporterte tannlegebesøk	
14	Instruksjon i bruk av elektrisk tannbørste	Instruksjon i bruk av manuell tannbørste	- Hygiene - Tenner		Signifikant reduksjon i plakknivå i begge gruppene. Pleiepersonell rapporterte at ET var mer effektiv sammenliknet med MT.
15	Individuell oral hygieneinstruksjon, samt applisering av ett av flg. agens på eksponerte rotoverflater: - Klorheksidinlakk - 5% Duraphat®-lakk - 38% sølvdiamin-fluorider (SDF)	Individuell oral hygieneinstruksjon	- Rotkaries-utvikling		Applisering av alle tre preparatene var signifikant mere effektive mot forebygging av ny rotkaries enn hygieneinstruksjon alene.
16	1) Protese lagt i natriumhypokloritt 2) Protese lagt i mikrobølgeovn	Ingen intervensjon			Reduksjon i protesestomatitt i begge intervensjonsgruppene.
17	Profesjonell rengjøring av tenner og gingiva	Ingen tiltak	Subjektive tester	Signifikant forbedret svelg- og hosterefleks	
18	Profesjonell rengjøring av tenner og gingiva + veiledning	Ingen tiltak	Objektive mål: - Hosterefleks- sensitivitet på sitronsyre. - Serum SP konsentrasjon	Signifikant reduksjon i kolonisering av faktorer som spiller en viktig rolle ved formering av influensa virus.	

tannhelse lettere nedprioriteres av pleiepersonell dersom dette defineres som «noen andres» ansvar.

Ut ifra studiene som omhandler hjelpemidler, er det flere tiltak som er enkle og overføre i praksis. Flere av disse kan med et lavt kostnadsnivå tas i bruk for å bedre den orale helse hos eldre. Applisering av klorhexidinlakk, Duraphat®lakk og SDF på rotoverflater viser gode resultater for å redusere antall nye rotkarieslesjoner (15). Studien har lang oppfølgingstid og er randomisert på individnivå. Ingen av deltagerne var skrøpelige / sårbare eller hadde alvorlige lidelser slik vi ofte ser hos sykehjemspasienter i Norge. Allikevel bør tiltaket vurderes som nyttig. En fordel med SDF, er at den ved påføring på eksponerte rotoverflater 1x pr. år, gir like gode resultater som ved applisering av klorhexidinlakk og Duraphat®lakk 4x pr. år. En ulempe ved applisering av SDF, er at den ved applisering i eksisterende karieslesjoner gir en varig, sort misfarging. Påføring av SDF årlig på rotoverflater, eventuelt applisering av klorhexidinlakk eller Duraphat®lakk 4x pr. år, er et tiltak som med fordel kan iverksettes hos sykehjemspasienter i Norge. Duraphat®lakk og Duraphattannpasta (5000 ppm) viser også gode resultater for å unngå videre utvikling av eksisterende rotkarieslesjoner (20).

Fjeld et al. (14) viste at elektrisk tannbørste kan være et godt hjelpemiddel for pasienter som trenger hjelp til tannstell. Det viktigste vil være at individuelt tilpasset utstyr er tilgjengelig på sykehjem. Til tross for at studien kun har 2 måneders oppfølgingstid, er den gjennomført med mange deltagere i en vanlig sykehjemssituasjon. Studien er randomisert på individnivå og inkluderer også deltagere med kognitiv svikt. Studien viser at tilgang på tannbørste og tannkrem, i etterkant av en oral hygieneinstruksjon, kan gi stor oral helsegevinst.

Webb et al. (16) viste en reduksjon av protesestomatitt ved å legge helproteser i natriumhypokloritt over natten. En fordel med dette kan være at man reduserer bruk av systemiske antimikrobielle midler som skaper resistens og bivirkninger hos pasienten. Tiltaket kan være aktuelt å teste ut som en enkel og kostnadseffektiv rutine for helprotesebrukere i Norge. Desinfeksjon av partielle proteser bør en ikke gjøre, da metall i protesene korroderes i natriumhypokloritt (16).

Ved å få utført oralt renhold av tannhelsepersonell kan blant annet insidensen av aspirasjonspneumoni og forekomst av influensavirus reduseres (17, 18). Profesjonelt oralt renhold utført av tannlege / tannpleier er i stor grad avhengig av de økonomiske ressurser en institusjon har til rådighet, noe som vi dessverre vet er begrenset. Det viktigste studiene som omhandler profesjonell rengjøring viser, er at profylaksetiltak som hygienekontroll gir oral helsegevinst. At tannhelsepersonell skal utføre profesjonelt oralt renhold regelmessig er imidlertid ikke realistisk i Norge. Opplæring og ansvarliggjøring av pleiepersonell vil være mer gjennomførbart. Et mulig tiltak vil være å utdanne «tannhelsefagarbeidere» som en videreutdanning fra helsefagarbeider som gir spesialkompetanse innenfor munnstell. «Tannhelsefagarbeidere» vil så kunne ha det øvrige ansvaret for den daglige orale helse i institusjoner og hjemmetjenester.

Lowe et al. (13) så på effekten av å tilby tannhelsesjekk i forbindelse med en forebyggende helsesjekk hos lege. Takket pasienten «ja» til dette, fikk de en ny tid til undersøkelse hos tannlege. Personer som hadde orale problemer, var tannløse, hadde proteser eller som ikke hadde vært hos tannlege på mange år, aksepterte i høyere grad tilbudet om en tannhelsesjekk (13). Tilbud om time til en tannhelsesjekk i forbindelse med en helsesjekk, kan være et aktuelt tiltak for å nå ut til eldre som vanligvis ikke oppsøker tannlege. Et samarbeid mellom fastlegeordningen og tannhelsetjenesten er interessant og bør utforskes og benyttes mer.

Studien vi har gjennomført har flere begrensinger. Søkene er ikke utført etter mal for systematiske studier. Det er kun søkt i to databaser og i utvelgelsen av de beskrevne studiene har forfatterne brukt klinisk og praktisk skjønn. Artikkelen er derfor ikke en systematisk oversiktsartikkel, men en oversiktsartikkel med systematiske søk og subjektive vurderinger i et praktisk og klinisk perspektiv. Vi står overfor store utfordringer når det gjelder eldres tannhelse i Norge, og det er behov for nytenkning. Studiens styrke er at det er gjort et bredt søk og flere nye tiltak som virker lovende er kommet med. Studien viser at det er svært varierende kvalitet på forskningen som utføres på eldre syke mennesker, det er få RCT-studier og få studier som følger pasientene over tid. Det er behov for ny forskning med god design for å kunne utvikle evidensbaserte metoder til å vedlikeholde tannhelsen hos eldre ved sykdom.

Konklusjon

Få studier i søkene tilfredsstilte krav om RCT-design. Kvalitet med tanke på utvalgsstørrelse, effektmål og lengde på intervensjonene varierte. Aktivt forebyggende arbeid fra helsepersonell som fastlege og fysioterapeut, kan bidra til god tannhelse. Pleiepersonell må ansvarliggjøres og ulike hjelpetiltak som for eksempel enkel hygieneinstruksjon og gode hjelpemidler kan være nyttig. Overførbarhet til norske forhold vil på noen områder være vanskelig, da andre land har ulik samfunnsøkonomisk struktur og bruker andre helsemodeller. Det er ønskelig med flere og større studier for å finne gode evidensbaserte tiltak som kan fungere i vår norske befolkning med en stadig økning av antall eldre.

English summary

Matri KL, Willumsen T, Fjeld KG.

How to improve dental health among frail elders, new evidence-based findings the past 10 years

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 872-7.

The elderly population in developed countries is increasing rapidly, but despite improvements in medical care, age is still associated with reduced function, frailty and increased susceptibility to morbidity. Several studies show correlations between general health and dental health, thus an increased need for knowledge of the dental health among frail elderly is warranted. In this review article, we discuss efforts that may improve oral health of the elderly population described in relevant literature the past 10 years. The article focuses on transferability to Norwegian condi-

tions, feasibility and economical aspects. We looked at three different categories on how to improve oral health among elders; 1. initiatives / programs executed of non-dental healthcare personnel, 2. helping aides and 3. dental cleaning executed of dentists/dental hygienists. Several efforts showed positive outcomes. An interesting finding is the positive effect on oral health by using an exercise program in various oral muscles, which showed improved bite force, salivation and swallowing ability. These findings indicate that cooperation with physiotherapist is useful in institutions and nursing homes for elders. Among dental aides, one study showed that application of chlorhexidine varnish, Duraphat® varnish and silver diamine fluoride (SDF) on root surfaces, gave a significant reduction in the development of new rootcaries lesions. The use of electric toothbrushes in nursing homes may also be a valuable resource, especially in those who need help to dental care. Frequent dental care performed by a dentist or a dental hygienist shows good results. These measurements are dependent on the financial resources of institutions for the elderly and / or private economy, as well as how these needs are prioritized. There are few solid randomized controlled studies on the effort to improve oral health in frail elderly. Thus, more extensive clinical studies are necessary.

Referanser

1. World Health organization. <http://www.who.int/topics/ageing/en/> (lest 23.06.2014).
2. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand.* 2008; 66: 368–73.
3. Henriksen BM. Oral Health among the elderly in Norway. A descriptive epidemiological study. *Swed dent J.* 2003; 27: Suppl. 162.
4. Gueriros LA, Soares MS, Leao JC. Impact of ageing and drug consumption on oral health. *Gerodontology.* 2009; 26: 297–301.
5. Hämäläinen P, Meurman JH, Kauppinen M, Keskinen M. Oral infections as predictors of mortality. *Gerodontology.* 2005; 22: 151–7.
6. Willumsen T, Tjaera B, Eide H. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology.* 2010; 27: 251–7.
7. Haumschild MS, Haumschild RJ. The importance of oral health in long term care. *J Am Med Dir Assoc.* 2009; 10: 667–71.
8. Marsh PD. Contemporary perspective on plaque control. *Br Dent J.* 2012; 212: 601–6.
9. De Visschere L, de Baat C, Schols J.M.G.A, Deschepper E, Vanobbergen J. Evaluation of the implementation of an oral hygiene protocol in nursing homes: a 5-year longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011; 39: 416–25.

10. Ibayashi H, Fujino Y, Pham TM, Matsuda S. Intervention study of exercise program for oral function in healthy elderly people. *Tohoku J Exp Med.* 2008; 215: 237–45.
11. Peltola P, Miira MV, Simoila R. Effects of 11-month interventions on oral cleanliness among the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology.* 2007; 24: 14–21.
12. MacEntee MI, Wyatt CCL, Beattie BL, Paterson B, Levy-Milne R, McCandless L, Kazanjian A. Provision of mouth-care in long-term care facilities: an educational trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35: 25–34.
13. Lowe C, Blinkhorn AS, Worthington HW, Craven R. Testing the effect of including oral health in general health checks for elderly patients in medical practice – a randomized controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35: 12–17.
14. Fjeld KG, Mowe M, Eide H, Willumsen T. Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes. *Eur J Oral Sci.* 2014; 1–7.
15. Tan HP, Lo ECM, Dyson JE, Luo Y, Corbet EF. A Randomized Trial on Root Caries Prevention in Elders. *J Dent Res.* 2010; 89(10): 1086–90.
16. Webb BC, Thomas CJ, Whittle T. A 2-year study of Candida-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects. *Gerodontology.* 2005; 22: 168–76.
17. Abe S, Ishihara K, Adachi M, Sasaki H, Tanaka K, Okuda K. Professional oral care reduces influenza infection in elderly. *Archives of Gerodontology and Geriatrics.* 2006; 43: 157–64.
18. Watando A, Ebihara S, Ebihara T, Okazaki T, Takahashi H, Asada M, Sasaki H. Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home patients. *Chest.* 2004; 126: 1066–70.
19. Anderson DJ, Hector MO, Linden RW. The effects of unilateral and bilateral chewing, empty clenching and simulated bruxism, on the masticatory-parotid salivary reflex in man. *Exp Physiol.* 1996 Mar; 81: 305–12.
20. Ekstrand K, Martignon S, Holm-Pedersen P. Development and evaluation of two root caries controlling programmes for home-based frail people older than 75 years. *Gerodontology.* 2008 Jun; 25(2): 67–75.

Adresse: Kristine Lindstad Matri. Adresse: Dyrendals v. 13 C. Halden.
E-post: kristinematri@gmail.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

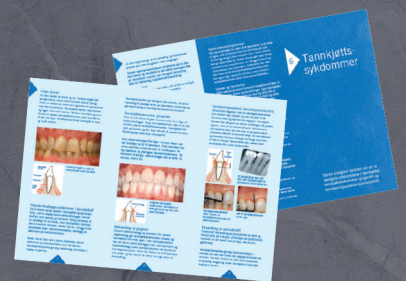
Matri KL, Willumsen T, Fjeld KG. Nye evidensbaserte tiltak for å bedre oral helse hos eldre siste 10 år. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 872–7.

Er du på nett med Norsk Tannvern?

Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøttssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



**NTFs
TIDENDE**

125 ÅR

1890 – 2015

17 KRONER* / ARBEIDSTIME

Nye XO 4 Workstation gir deg mulighet for å utføre de aller beste tannbehandlinger på rolige pasienter, samtidig som du tar vare på helsen og økonomien din. Dette er viktig, ettersom du sannsynligvis vil tilbringe mer enn 20 000 timer i selskap med arbeidsstasjon.

Du kan selvsagt velge å kjøpe en billig enhet og spare noen få kroner. Men - da vil du ikke nyte godt av verdiene til XO.

*Besøk www.xo-care.com og finn ut mer



XO SERTIFISERTE SAMARBEIDSPARTNERE:

Jacobsen Dental A/S • jacobsen-dental.no • 22 79 20 20

Dental Digital Norge A/S • digora.no • 40 00 69 88

Dental Service A/S • dentalservice.no • 55 22 19 00

XO[®]
xo-care.com

Bente Brokstad Herlofson, Cecilia Larsson Wexell, Sven Erik Nørholt, Jørgen Helgevold, Morten Schiødt

Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene. Del 1: oversikt og retningslinjer

Osteonekrose i kjevene (Eng. «OsteoNecrosis of the Jaws», forkortet ONJ) ses i stigende grad verden over. ONJ er en alvorlig komplikasjon relatert til behandling med bisfosfonater og denosumab, samt også visse kjemoterapeutika. ONJ kan føre til tap av tenner og deler av kjeveben, og invalidisere tyggefunksjon. Antiresorptive medikamenter anvendes hovedsakelig i behandling av skjelettmetastaser ved en rekke maligne tilstander, og mot bensjørhet (osteoporose). I den senere tid benyttes medikamentene også som adjuvant behandling hos postmenopausale kvinner med brystkreft for å redusere risiko for tilbakefall av sykdommen. Artikkelen gir en oversikt over epidemiologi, symptomer, diagnostikk, klinikk og behandling av ONJ. Til slutt gis retningslinjer om hvordan tannhelsepersonell bør forholde seg ved tannbehandling av pasienter på antiresorptiv behandling.

Osteonekrose i kjevene (Eng. «OsteoNecrosis of the Jaws», forkortet ONJ) ble for første gang rapportert i USA i 2003 (1). Marx og medarbeidere fant da hva de kalte for «avaskulær nekrose i kjevene» hos en rekke pasienter som

var behandlet med pamidronsyre (Aredia®) og zoledronsyre (Zometa®). Herved startet på mange måter en epidemi, som har rammet pasienter verden over der antiresorptive medikamenter benyttes. Bisfosfonater (f.eks. zoledronsyre, pamidronsyre, ibandronsyre eller alendronat) brukes for å styrke skjelettet da de hemmer osteoklastaktivitet. Osteoklaster er celler som resorberer ben som ledd i den fysiologiske benombyggingen. Bisfosfonater har liten effekt på celler som bygger ben, osteoblastene, det vil si at det fortsatt dannes nytt ben, og mineralinnholdet i benvevet økes. Bisfosfonater er vist å være effektive mot smerter og spontanfrakturer (f.eks. kompresjonsfrakturer i ryggspylen) hos pasienter med skjelettmetastaser og hos osteoporosepasienter på slik behandling.

Nitrogenholdige bisfosfonater har vært brukt i behandling av osteoporose i Norge siden 1995 og siden 2001 for skjelettmetastaser (2). Medikamentene administreres i høy dose ved maligne tilstander, som myelomatose og kreft i bryst og prostata, og i lav dose ved osteoporose. En ny type antiresorptivt medikament, denosumab, kom på markedet i 2010 (Prolia®) og 2011 (XGEVA®). Denosumab er et monoklonalt antistoff som er rettet mot RANKL-(Receptor Activator of Nuclear factor Kappa-B Ligand)reseptoren på osteoklastene som dermed inaktiveres. Dette resulterer i redusert bennedbrytning på lik

Forfattere

Bente Brokstad Herlofson, førsteamanuensis dr.odont, spes. oral kirurgi og oral medisin. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultetet, Universitetet i Oslo. Avd. for øre-nese-hals, Tannhelseteamet, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus.

Morten Schiødt, overtannlæge, dr.odont. Tand-Mund-Kæbekirurgisk klinikk, Rigshospitalet, København, Danmark

Cecilia Larsson Wexell, övertandläkare, specialist i käkkirurgi, odont.dr. Avd för käkkirurgi, Folk tandvården Västra Götaland, Södra Älvsborg Sjukhus, Borås Avd. för biomaterialvetenskap, Inst för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Göteborg.

Jørgen Helgevold, tannlege, forskningsmedarbeider. Avd. for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Norge.

Sven-Erik Nørholt, overtannlæge, PhD, professor. Avdeling for Tann- og Munn- og kjevekirurgi. Aarhus Universitetssykehus og Seksjon for Kjevekirurgi og Oral Patologi. Institutt for Odontologi. Health. Aarhus Universitet Danmark.

Hovedbudskap

- Osteonekrose i kjevene (ONJ) relatert til antiresorptiv behandling er globalt økende, og en odontologisk- og medisinsk utfordring.
- Indikasjon for slik behandling er økende, noe som gjør flere pasientgrupper utsatt for utvikling av ONJ.
- Det er rapportert flest ONJ-tilfeller hos kreft- og osteoporosepasienter.
- Tannhelsepersonell vil alle i sin kliniske hverdag måtte håndtere pasienter på antiresorptiv behandling.
- Oppdatert kunnskap om disse medikamentenes effekt på oral helse er viktig i takt med stigende alder i befolkningen og mer komplekse sykdomstilstander.

linje som ved bruk av bisfosfonater. Mens bisfosfonater inkorporeres og akkumuleres i benvev og har en halveringstid på mange år, halveres denosumab på 25–28 dager og er så godt som ute av kroppen etter 6–9 måneder (3). Både bisfosfonater og denosumab kan føre til osteonekrose i kjevene. Tabell 1 viser ulike norskregistrerte preparater.

Epidemiologi

Siden 2003 da de første publikasjoner med beskrivelse av ONJ kom (1, 4), er det rapportert tusenvis av tilfeller med økende hyppighet verden over. En rekke oversiktsartikler har beskrevet epidemiologi, som best kan oppsummeres slik: ONJ forekommer i hovedsak sjelden hos osteoporosepasienter, i gjennomsnitt rundt 0,12 %, men hyppigheten varierer i forskjellige studier fra 0,0 til 4,3 % (5). I Norge er nesten 60.000 personer med osteoporose under behandling med bisfosfonater (alendronat) eller denosumab (Prolia®).

Når det gjelder pasienter som behandles med en høy dose bisfosfonat eller denosumab (XGEVA®) er forekomsten av ONJ svært varierende, fra 0 % opp mot 27,5 % (5–8). Det er hovedsakelig pasienter med brystkreft, prostatakreft og myelomatose som gis slik behandling. I denne pasientgruppen er forekomsten av ONJ på mellom 5–10 %. Mellom 5000–7000 pasienter i Norge antas å være under behandling med høy dose bisfosfonat eller denosumab. I tillegg er ONJ rapportert i forbindelse med bruk av nye typer kjemoterapeutika, såkalte tyrosinkinasehemmere (9) (tabell 2). Disse benyttes også i behandling av en rekke kreftsykdommer, med og uten skjelettmetastaser, f.eks. ved kreft i nyre, lunge, og i mage- og tarmsystemet. ONJ i forbindelse med tyrosinkinasehemmere er sjelden forekommende, men er registrert hos noen pasienter. ONJ er også rapportert i forbindelse med behandling med bevacizumab (antineoplastisk medikament) alene og i kombinasjon med zoledronsyre, med en hyppighet på henholdsvis 0,2 % og 0,9 % (9).

Tabell 1. Oversikt over bisfosfonat- og denosumabpreparater i Norge med risiko for utvikling av kjevebensnekrose i behandlingen av kreft og osteoporose (www.fellekatalogen.no, 30.06.15)

Generisk navn, salgsnavn (adm.form)	Behandlingsindikasjon	Intervall	Dose
Zoledronsyre Zometa® (iv)	Forebygge skjelettrelaterte hendelser hos pasienter med skjelettmetastaser. Redusere risiko for tilbakefall av sykdom hos postmenopausale kvinner med brystkreft.	4 uker/3 mnd 6 mnd	4 mg
Aclasta® (iv)	Postmenopausal osteoporose og osteoporose hos menn med risiko for frakturer.	Årlig	5 mg
Pamidronsyre Pamidronatdinatrium Hospira® (iv)	Tumorindusert hyperkalsemi. Skjelettmetastaser fra brystkreft eller benlesjoner fra multipelt myelom.	4 uker	90 mg
Ibandronsyre Bondronat® (tbl/iv*)	Forebygge skjelettforandringer hos pasienter med brystkreft og skjelettmetastaser.	Daglig 4 uker*	50 mg 6mg*
Bonviva® (tbl/iv*)	Postmenopausal osteoporose hos kvinner med risiko for frakturer.	1 mnd 3 mnd*	150mg 3 mg*
Klodronat Bonefos® (tbl)	Tumorindusert hyperkalsemi. Osteolyse pga. maligne prosesser.	Daglig	1600 mg
Alendronat Alendronate® (tbl) Fosamax® (tbl)	Postmenopausal osteoporose og osteoporose hos menn med risiko for frakturer.	Ukentlig	70 mg
Risedronsyre Optinate Septimum® (tbl)	Postmenopausal osteoporose og osteoporose hos menn med risiko for frakturer.	Ukentlig	35 mg
Denosumab XGEVA® (sc)	Forebygge skjelettrelaterte hendelser hos voksne med skjelettmetastaser fra solide tumores.	4 uker	120 mg
Prolia® (sc)	Postmenopausal osteoporose og osteoporose hos menn med risiko for frakturer. Prostatakreft-pasienter som får hormonbehandling.	6 mnd	60 mg

iv= intravenøst, sc=subcutant, tbl=tablett,

Antiresorptive medikamenter

Antiresorptive medikamenter omfatter bisfosfonater og denosumab (10–12) (tabell 1).

Bisfosfonater

De mest potente er zoledronsyre (Zometa®) og pamidronsyre (Aredia®). Alendronat, som gis peroralt i tablettform og brukes ved behandling av osteoporose er mindre potent. De to første benyttes hovedsakelig i behandlingen av kreftpasienter med skjelettmetastaser og ved tumorindusert hyperkalsemi og administreres intravenøst (3). En ny indikasjon for bisfosfonatbehandling er zoledronsyre (Zometa®), gitt intravenøst to ganger per år i fem år adjuvant til systemisk behandling av postmenopausale brystkreftpasienter for å redusere risiko for tilbakefall av sykdommen (13). Som tilleggsinformasjon nevnes at zoledronsyre, (Aclasta®, 5mg) også markedsføres og administreres intravenøst en gang per år i behandlingen av osteoporose.

Denosumab

Denosumab er markedsført som XGEVA® (120 mg, månedlig, dvs en høy dose), til behandling av kreftpasienter og som Prolia® (60 mg, hver 6. måned) til behandling av osteoporosepasienter. Begge preparatene gis som subkutan injeksjon.

Hva er behandling med høy dose versus lav dose?

Som det fremgår av teksten over, kan de fleste preparater gis både i høy dose til kreftpasienter med skjelettmetastaser, og i lav dose til osteoporosepasienter. Da de ulike preparatene administreres peroralt, subkutant og intravenøst både i høy- og lav dose, kan ikke administreringsmåten i seg selv brukes til å skille høy fra lav dose. Den viktigste måte å skille mellom høy- og lav dose er å se på behandlingsindikasjon, da kreftpasienter i hovedsak får høy dose og osteoporosepasienter lav. Man bør dog vite at noen kreftpasienter uten metastaser tilbys lav dose i forebyggende øyemed mot osteoporose.

Tyrosinkinasehemmere

Tyrosinkinasehemmere er antiangiogene medikamenter, og benyttes i behandling av en rekke kreftsykdommer (tabell 2) (9, 14–16). De mange antiresorptive medikamenter og tyrosinkinasehemmere med sine kompliserte navn, er vanskelig å huske for de fleste pasienter. Dette kan være en utfordring for tannlege og lege når pasientens medikamentanamnese skal registreres. Pasienten bør derfor spørres direkte om vedkommende behandles med medikamenter som er ment å styrke skjelettet og en detaljert medikamentliste bør innhentes.

Når oppstår ONJ etter påbegynt antiresorptiv behandling?

Utvikling av ONJ relatert til bisfosfonater er avhengig av behandlingens varighet og type bisfosfonat, da de mest potente som f.eks. zoledronsyre og pamidronsyre gir tidligere debut av ONJ enn de mindre potente, som for eksempel alendronat. De høypotente benyttes hovedsakelig i behandling av kreftpasienter og i høyere doser enn det som gis til osteoporosepasienter. Fra oppstart med lav dose ved osteoporose til utvikling av ONJ går det vesentlig lengre tid enn ved behandling med høy dose ved malign sykdom. Den gjennomsnittlige behandlingstiden til påvist ONJ for kreftpasienter i den såkalte «Copenhagen ONJ Cohort (n=215, aug. 2015) er 24–30 måneder for bisfosfonatbehandling

Tabell 2. Eksempler på nye kjemoterapeutika som brukes mot en rekke krefttyper og som virker antiangiogent. De mistenkes å kunne øke risikoen for utvikling av kjevebensnekrose (9, 13–15). www.fellesskatalogen.no (30.06.15).

Generisk navn, salgsnavn	Behandlingsindikasjon	Virkningsmekanisme
Imatinib Glivec®	Kronisk myelogen leukemi Akutt lymfoblastisk leukemi Gastrointestinal stromal-tumor (GIST)	Hemmer tyrosinkinaseresptorer
Sunitinib Sutent®	Metastatisk nyrecellekarsinom Imatinib-resistent GIST Pankreatisk neuroendokrin tumor	Hemmer tyrosinkinaseresptorer
Gefitinib Iressa®	Lokalavansert eller metastatisk ikke-småcellet lungekreft (NSCLC) med aktiverende mutasjoner	Hemmer selektivt epidermal vekstfaktorreseptor (EGFR) med tyrosinkinaseaktivitet
Erlotinibhydroklorid Tarceva®	NSCLC	Potent hemmer av den intracellulære fosforyleringen av EGFR hos normale celler og kreftceller via type 1- tyrosinkinase-inhibitor
Sorafenib Nexavar®	Hepatocellulært karsinom Nyrecellekarsinom Thyroideakreft	Multikinasehemmer som hemmer proliferasjonen av kreftceller in vitro
Bevacizumab Avastin®	Nyrecellekreft Ikke-småcellet lungekreft Kolonrektalkreft Ovariekreft	Rekombinant humant monoklonalt antistoff. Hemmer binding av vaskulær endotelial vekst-faktor (VEGF) til sine reseptorer
Kabozantinib Cometriq®	Inoperabel eller metastatisk thyroideakarsinom	Hemmer tyrosinkinaseresptorer involvert i tumorvekst og angiogenese, patologisk benremodellering og metastatisk pregresjon av kreft

(kortere tid for zoledronsyre og lengre tid for pamidron og ibandronsyre) (variasjon 1–114 måneder), mens gjennomsnittet er 15 måneder for behandling med høy dose denosumab (XGEVA®). For alendronat er behandlingstiden til påvisning av ONJ, 86 måneder (variasjon 13–142 måneder), mens tiden for denosumab i lav dose (Prolia®) er 39 måneder (variasjon 12–16) måneder (Upubliserte data, Morten Schiødt). Da denosumab har vært på markedet i relativt kort tid, er erfaringene mindre for denne type medikament enn for bisfosfonater.

Terminologi

Siden de første ONJ-tilfeller relatert til bisfosfonater kom i 2003, er det etter 2010 også rapportert osteonekrose relatert til denosumab og tyrosinkinasehemmere. Terminologien er derfor endret fra «bisfosfonat-relatert osteonekrose» til «medikament-relatert osteonekrose» (eng. medication-related osteonecrosis), som tar høyde for ulike typer medikamenter (3).

Definisjon av ONJ

ONJ defineres ved «synlig eksponert ben eller ben som kan sonderes gjennom en fistel, tilstedeværende i minst åtte uker hos en pasient som behandles eller er behandlet med antiresorptive eller antiangiogene medikamenter, og som ikke har fått strålebehand-

ling mot hode- og halsområdet» (3,12, 17–20). Det er også rapportert osteonekrose i kjeven hos pasienter som ikke har synlig eksponert ben eller fistel. Denne type ONJ kalles «non-exposed ONJ» og synes ikke å skille seg biologisk fra «exposed ONJ» (21). Det er økt oppmerksomhet rundt denne formen for ONJ som er anslått å utgjøre opp mot 25% av alle pasienter med tilstanden (22). Det er særlige utfordringer ved diagnostisering av «non-exposed ONJ». Det er derfor fremmet forslag til kriterier som blant annet krever histologisk påvisning av nekrotisk ben (21). «Non-exposed ONJ» kan i flere tilfeller påvises ut ifra klinikk og billeddiagnostikk, men det er ennå ingen global konsensus om diagnostiske kriterier.

Klassifikasjon

ONJ deles inn i 3 stadier, hvor stadium 1 er uten symptomer, stadium 2 er med symptomer og/eller infeksjon og stadium 3 utgjør de mer avanserte og alvorlige tilfellene (tabell 3). Fordeling av de ulike ONJ-stadier domineres av stadium 1 (13–45% av tilfellene) og stadium 2 (hyppigst med 41–60% av tilfellene), stadium 3 er mindre vanlig (8–13%) (21, 23). I 2009 ble et nytt stadium tilføyet (stadium 0) som omfatter uspesifikke symptomer. Da definisjonen av dette stadiet er noe uklart, synes forfatterne av denne artikkelen at det er vanskelig å bruke dette stadiet ved klassifisering av ONJ. I daglig praksis anbefales inndelingen i 3 stadier (1–3), se tabell 3.

Tabell 3. Stadieinndeling og behandlingsstrategier ved medikamentrelatert kjevebensnekrose (ONJ*) etter AAOMS Consensus paper 2014: Medication-related Osteonecrosis of the Jaw- 2014 Update. (4).

ONJ Stadium	Beskrivelse av ONJ-stadium
Risikogrupper	Ikke synlig nekrotisk ben hos pasienter som har vært i behandling med enten peroral eller IV bisfosfonater.
Stadium 0	Ingen kliniske tegn på nekrotisk benvev, men uspesifikke kliniske funn, radiologiske forandringer eller symptomer.
Stadium 1	Eksponert og nekrotisk benvev eller fistel hvor benvev kan sonderes hos pasienter uten symptomer og uten tegn til infeksjon.
Stadium 2	Eksponert og nekrotisk benvev, eller fistel hvor benvev kan sonderes, assosiert med infeksjon, smerte og erytem i området med eksponert benvev, med eller uten pussdannelse.
Stadium 3	Eksponert og nekrotisk benvev, eller en fistel hvor benvev kan sonderes hos pasienter med smerter, infeksjon, og en eller flere av følgende: eksponert og nekrotisk benvev som bres ut over regionen av alveolært benvev, (dvs. inferiore grense (kanalis mandibula), ramus mandibula, sinus maxillaris og zygomaticus), patologisk fraktur, ekstra-oral fistel, oro-antral/oro-nasal kommunikasjon, eller osteolyse ned til inferiore grense av mandibelen eller inn mot sinus maxillaris.

Demografi og klinikk

ONJ forekommer hyppigst hos kvinner, og disse utgjør to tredeler av pasientene. I de fleste undersøkelser varierer aldersgruppen fra mellom 35 til 95 år, med en gjennomsnittsalder på 65–68 år (5, 21, 22). De yngste pasientene som rammes av ONJ er unge kvinner med brystkreft, som tidlig har utviklet skjelettmetastaser og dermed blitt behandlet med antiresorptive medikamenter. De fleste ONJ-pasienter er i aldersgruppen 60–85 år og har oftest brystkreft, prostatakreft, myelomatose, eller sjelden andre typer kreft som i lunge, nyre, mage- og tarmsystem og thyroidea (3). Pasienter med myelomatose utgjorde tidligere størsteparten av kreftpasienter med ONJ, nå er det hyppigst påvist hos de med brystkreft.



Figur 1. Osteonekrose med multiple områder med eksponert ben i mandibula hos 82-årig kvinne med brystkreft og skjelettmetastaser. Zoledronsyrebehandling (Zometa®) i 30 måneder. Merk pussdannelse anteriort. Pasienten hadde nerveutfall fra høyre n. mentalis region. Osteonekrose stadium 3. Foto: Schiødt M.



Figur 2. Osteonekrose med eksponert ben svarende til torus mandibularis hos 58-årig kvinne med brystkreft og metastaser behandlet med zoledronsyre (Zometa®) og ibandronsyre (Bondronat®) i 35 måneder. Foto: Schiødt M.

Kliniske manifestasjoner

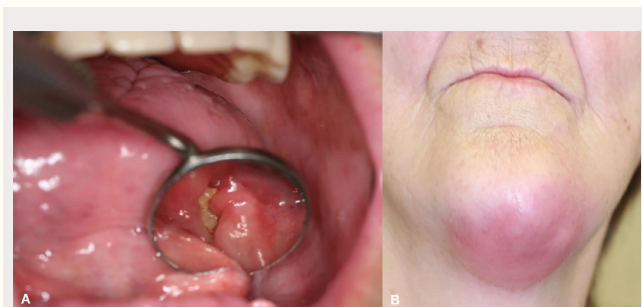
Osteonekrose i kjevene viser seg klinisk ved eksponert ben eller ben som kan sonderes via en intra- eller ekstraoral fistel, ofte i tilslutning til en ikke tilhelet ekstraksjonsalveole. Figur 1–7 viser eksempler på en rekke typiske manifestasjoner.

Anatomisk forekommer ONJ hyppigst i underkjeven (2/3), og i ca. 8–10% er både over- og underkjeven affisert (21). Fordelingen skiller seg fra osteoradioneurose som kan oppstå etter bestråling mot hode- og halsregionen, som nesten utelukkende forekommer i underkjeven.

Pasienter med torus mandibularis, torus palatinus og andre eksostoser er særlig utsatt for å utvikle ONJ (figur 2). Eksostosene består ofte av kompakt benvev, sparsom blodforsyning og er dekket av en svært tynn slimhinne. ONJ kan her opptre spontant, eller være traumatisk induisert ved for eksempel protesegneg, skade fra avtrykkskje, subgingival kyrretasje eller skade fra laryngoskop ved intubering (24).

De fleste pasienter har kun ett fokus med eksponert ben, mens andre utvikler store og multiple områder med nekrotisk benvev både i maxilla og mandibula (Figur 1). Ved noen tilfeller sees kun en fistel som kan være nesten usynlig og som kan identifiseres ved sondering eller palpasjon der mindre mengder puss kan presses ut. (figur 6A).

I andre tilfeller er det det kun hevelse og smerte, uten fisteldannelse eller eksponert ben, som er tegn på ONJ. Disse tilfellene av «non-exposed ONJ» kan kun diagnostiseres ved en kombinasjon av symptomer og billediagnostisk påvisning av nekrotisk ben. Denne typen ONJ er diagnostisk utfordrende og kan være vanskelig å skille differensialdiagnostisk fra periapikal eller periodontal infeksjon. Diagnosen må da baseres på billediagnostikk (fig 6B, C), helst i kombinasjon med histologisk påvisning av nekrotisk ben.



Figur 3 A–B. Osteonekrose og submandibulær abscess hos 72-årig kvinne med myelomatose behandlet med pamidronsyre (Aredia®) i 114 måneder. A: Intraoralt ses eksponert ben i mandibula venstre side. ONJ. B: Submandibulær abscess. Foto: Schiødt M.

Radiologi

Osteonekrose kan vise seg radiologisk som sekvesterdannelse ved et radiopakt område omgitt av en radiolucent sone (fig 4B, 7C). I andre tilfeller ses en ikke tilhelet ekstraksjonsalveole (fig 4B, 5B). Røntgenforandringene kan være lite uttalte eller spesifikke, på tross av relativt uttalte kliniske funn ved eksponert ben. Det kan ses områder med økt radiopacitet og radiolucens (osteolyse). Radiologiske tegn på langvarig antiresorptiv behandling kan være utvidet lamina dura rundt tannrøttene, og generelt økt sklerose i kjevene.

CT/CBCT scanning

ONJ kan på CT-bilder vise seg som sekvesterdannelse, med radiopake eller radiolucente strukturer slik som ved konvensjonell røntgen. CT-bildene kan vise avgrensningen av det osteonekrotiske området. Det har særlig betydning i maxilla da en eventuell involvering av sinus maxillaris kan identifiseres. En del pasienter med ONJ i posteriore del av maxilla, har ledsagende sinusitt med puss og/eller reaktivt fortykket sinuslimhinne. Deler av bakre sinusvegg og sinusbunn kan også være nekrotisk (figur 6C). I man-

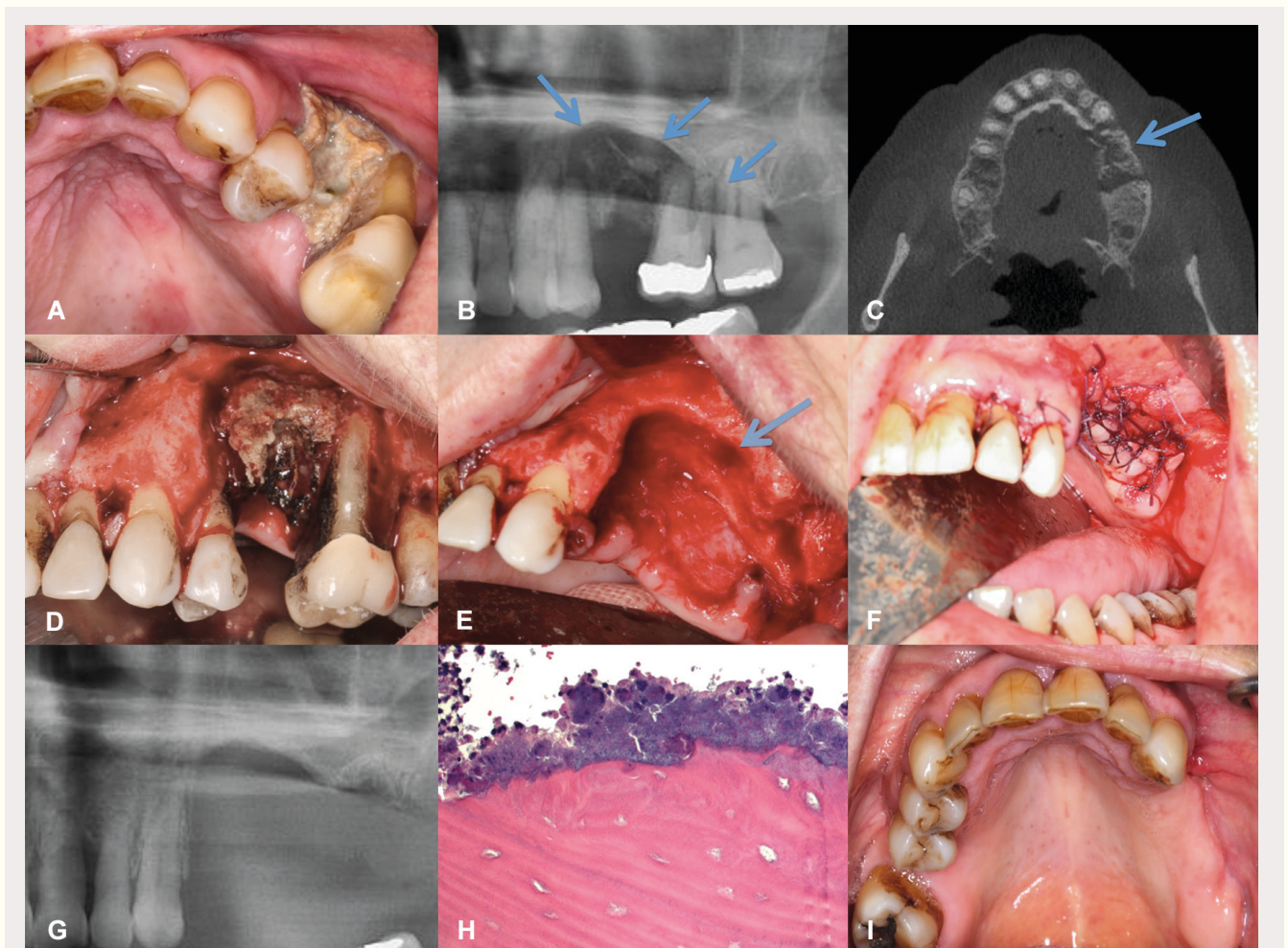
dibelen posteriort for foramen mentale, er det av særlig betydning å kunne identifisere eventuell involvering av kanalis mandibularis (figur 7C). Rundt 8% av ONJ-pasienter har utfallssymptomer fra nervus alveolaris inferior som uttrykk for nekrose og inflammasjon i kjevebenet rundt kanalen (21).

SPECT/CT scanning og scintigrafi

Ved scintigrafi av ben, injiseres en radioaktiv isotop i blodet som gir signal i benvev der det foregår benombygging. Dette signalet er uspesifikt og forekommer ved såvel osteonekrose, inflammasjon og metastaser, noe som kan være en diagnostisk utfordring da 2/3 av ONJ-pasienter er kreftpasienter med skjelettmetastaser. Imidlertid er det sjelden tvil om hvorvidt det er ONJ eller en metastase ut fra den kliniske og radiologiske under-

søkelsen. Dersom det foreligger tvil, skal det alltid utføres histologisk undersøkelse av vevet for å verifisere diagnosen. Årsaken til det kraftige signalet ved scintigrafi, er sannsynligvis at den reaktive periostale reaksjon med nydannet ben rundt det nekrotiske gir signal. Det er altså ikke det nekrotiske benvevet i seg selv som gir scintigrafisignalet.

Ved SPECT/CT-scanning kombineres lavdose CT-scanning med scintigrafi og man får et 3D-bilde av ONJ-tilstandens utbredelse. Det er ofte sammenheng mellom det kliniske, radiologiske og scintigrafiske bildet, men i mange tilfeller ser utbredelsen i vevet større ut ved scintigrafi enn ved radiologisk undersøkelse (figur 5D). Disse forhold, inklusiv muligheten for 3D-rekonstruksjon og snittbilder gjennom kjeven for vurdering av sinus maxil-



Figur 4 A–I. Eksponert ben regio 24–26 hos 62-årig kvinne med osteoporose, behandlet med alendronat i 84 måneder, etterfulgt av denosumab (Prolia®) i 18 måneder, totalt 102 måneder på antiresorptiv behandling. Tann 25 ble fjernet 13 måneder tidligere. Mobile 24 og 26. A: Klinisk eksponert ben. B: Utsnitt av panoramaopptak som viser ikke tilhelet alveole regio 25, og radiolucent process (osteolyse) regio 24–27 (pil) med sentralt sekvester. C: CBCT viser et stort sekvester svarende til processus alveolaris i venstre overkjeve (pil). D: Peroperativt. Etter oppklapping ses demarkert sekvester. Merk den grå-grønne fargen på det nekrotiske benvevet. E: Det er fjernet granulasjonsvev, involverte tenner og nekrotisk ben til klinisk vitalt ben. Det er åpning til sinus maxillaris (pil). Merk at ganeslimhinnens periost er eksponert over et større område. F: Primærsuturering. Pasienten ble behandlet med antibiotika i 10 dager postoperativt. G: Postoperativt kontrollrøntgen. H: Histologisk undersøkelse viste nekrotisk ben med tomme osteocytllakuner og ansamling av bakterier på overflaten. Bildet er stilt til rådighet av Prof. Jesper Reibel ved Tannlægeskolen, Københavns Universitet, Danmark. I: Tilstanden en måned postoperativt viser tilheling. Pasienten er symptomfri og betraktes som helbredet for sin osteonekrose. Pasientens tanntap og tyggfunksjon er gjenopprettet med en delprotese. Foto: Schjødt M.

laris og kanalis mandibularis med mer, har stor betydning for behandlingsplanlegging.

Behandling av ONJ

Behandlingen avhenger blant annet av tilstandens symptomer og alvorlighetsgrad. Stadium 1, som er uten symptomer, behandles hovedsakelig konservativt med klorheksidin munnskyll eller alternativt saltvannsskyll, etablering av god munnhygiene og jevnlig klinisk kontroll (fig 2). Hvis det eksponerte benet har skarpe kanter som kan gi gnagsår, kan benoverflaten med fordel nivelleres og utjevnes. Enkelte pasienter i stadium 1 blir operert, men det er ikke hovedregelen. Noen få tilfeller av stadium 1 tilheler av seg selv etter spontan avstøtning av sekvestere. De fleste forblir uendret med blottlagt ben, eller utvikler infeksjonssymptomer i form av hevelse, smerte og/eller pussdannelse og går dermed over i stadium 2 (figur 1). Disse krever alltid behandling; antibiotika og eventuelt kirurgi. Vanlig penicillin (fenoxymetylpenicillin) pleier å ha god effekt (infeksjonssymptomene reduseres) av og til supplert med metronidazol. Ubehandlet residerer infeksjonen ofte, og ikke sjelden ses progresjon av tilstanden, spesielt hos kreftpasienter på høye doser anti-resorptiva.

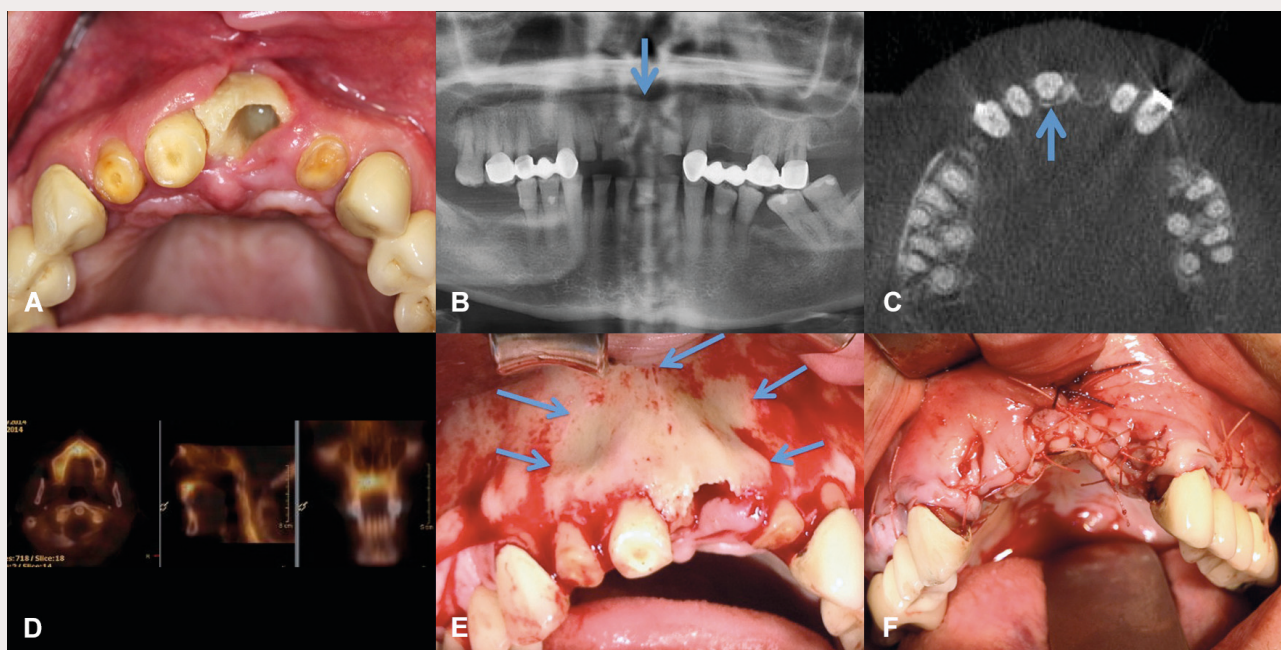
Hos pasienter med stadium 2, har det vist seg at kirurgisk fjernelse av nekrotisk ben ved blokkreseksjon og/eller sekvestrektomi etterfulgt av primær bløtvevslukning har ført til tilheling i over 85 % av tilfellene (figur 4,6) (25). Stadium 3 utgjør rundt 10 % og omfatter de mest alvorlige symptomene med blant annet kutan fisteldannelse (figur 7), spontan fraktur (Figur 7) og infek-

sjon i sinus maxillaris (figur 6). Behandling av disse pasientene krever nesten alltid langvarig antibiotisk behandling og ofte kirurgi (24–26).

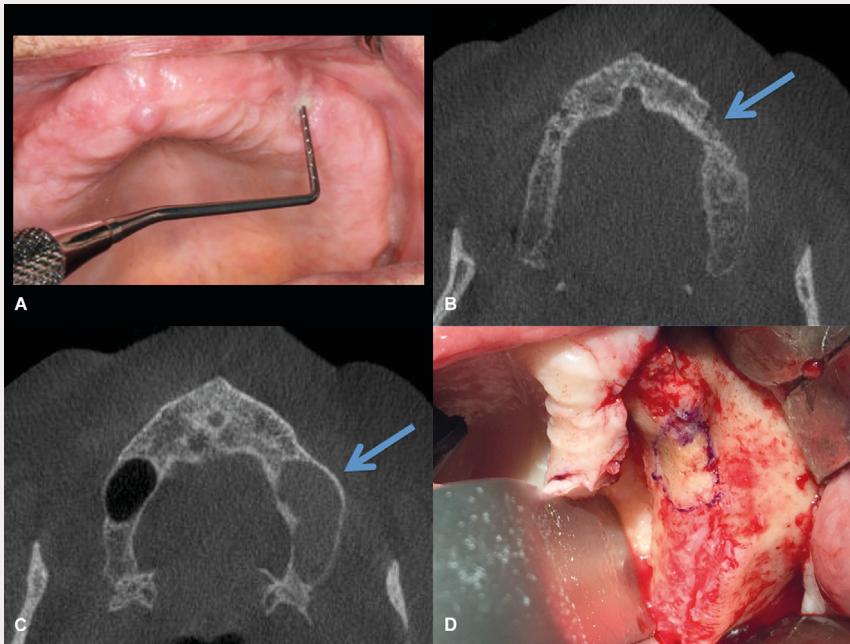
Kirurgisk behandling ved stadium 3 med affeksjon av mandibula, kan kreve kontinuitetsreseksjon og innsetting av rekonstruksjonsskinne. I alvorlige, heldigvis sjeldne tilfeller, hvor mandibelen ikke kan rekonstrueres med skinne, kan man anvende fibulatransplantat med sikring av blodforsyningen med mikrovaskulær kirurgisk teknikk. Dette gjøres imidlertid bare dersom pasienten har en rimelig prognose for overlevelse og dersom pasientens helsetilstand er god nok. Noen pasienter med ONJ fremviser en submandibulær eller intraoral abscess som tegn på akutt infeksjon i kombinasjon med blottlagt ben intraoralt (Fig 3). Abscessdannelse kan oppstå på et hvilket som helst tidspunkt i sykdomsforløpet og opptrer i rundt 30 % av tilfellene og er derfor ganske vanlig forekommende. Abscessdannelse er i hovedsak forbundet med ONJ stadium 2 og stadium 3, men operasjonsresultatene synes å være like gode som for de som ikke har abscessdannelse (27).

Generelle retningslinjer for tannleger og leger

Det er samlet en betydelig mengde kunnskap om ONJ siden de første tilfeller ble rapportert i 2003. En rekke organisasjoner har publisert konsensus-artikler vedrørende diagnostikk, behandling og forebygging (3, 12, 17–20), men det er internasjonal enighet om behov for mer forskning. Forskningsaktiviteten er stor i Norge, Sverige og Danmark og i resten av verden for øvrig. Det fors-



Figur 5. Eksponert ben hos 53-årig kvinne med lungekreft og skjelettmetastaser, behandlet med zoledronsyre (Zometa®) i 16 måneder etterfulgt av denosumab (XGEVA®) i 15 måneder, totalt 31 måneders anti-resorptiv behandling. Pasienten fikk i tillegg en tyrosinkinasehemmer, asatinib. A: Pasienten hadde fått ekstrahert 21 fire måneder tidligere. B: Utsnitt av panormaaoptak viser en ikke tilhelet alveole regio 21 samt gjenstående rotrester. C: CBCT viser tom alveole regio 21, samt osteolyse palatinalt for 21 (pil). D: SPECT-CT scanning viser økt signal i den anteriore del av maxilla, noe som tyder på involvering av hele premaxillen. E: Peroperativt bilde viser utbredt nekrose, omfattende processus alveolaris regio 12–22, som ble resecert (piler). Merk den manglende blodforsyningen. F: Primær suturering etter reseksjon av nekrotisk alveolarprosess regio 12–22. Foto: Schiødt M.



Figur 6 A–D. Non-exposed osteonekrose i maxilla hos 69-årig mann med prostatakreft og metastaser, behandlet med denosumab (XGEVA®) i 19 måneder. Pasienten har smerter i venstre overkjeve. A: Klinisk ses tilsynelatende normal tannløs kjeve, men ved palpasjon og sondering kan det eksprimeres puss gjennom en liten, nesten usynlig fistel som går inn til ben (figur 6B). B: CBCT viser sekvester regio 24,25 (pil). Infeksjonen omfatter også venstre sinus maxillaris. C: Infeksjonen omfatter også venstre sinus maxillaris. D: Peroperativt bilde viser osteonekrose som er opptegnet på benoverflaten. Processen involverer sinus maxillaris, som ble rensert for puss og granulasjonsvev, og defekten ble lukket med stilket lapp fra den bukkale fettputen etterfulgt av bløtvevslukning. Ukomplisert tilheling. Foto: Schiødt M.

kes innen epidemiologi, klassifikasjon, kliniske manifestasjoner, billeddiagnostikk, risikofaktorer, behandling og i tillegg utføres eksperimentelle studier med dyremodeller og cellekulturer (3, 21, 24, 28–32). I de følgende avsnitt beskrives foreløpige retningslinjer og forholdsregler ved anti-resorptiv behandling, samt behandling av pasienter med diagnostisert ONJ.

Før oppstart av anti-resorptiv behandling

Pasienter som skal begynne på bisfosfonat- eller denosumabbehandling bør informeres om risiko for å utvikle osteonekrose. Risikoen er betraktelig større for kreftpasienter med skjelettmetastaser som skal ha høy medikamentell dose, sammenliknet med osteoporosepasienter der risikoen er lav (3). Risikoen kan reduseres betraktelig ved å fjerne odontogene infeksjonsfoci før oppstart av behandlingen (5, 12, 17, 19, 20, 33).

Alle pasienter anbefales derfor å konsultere egen tannlege for undersøkelse og eventuell behandling. Ideelt sett bør pasientene ikke ha behov for tannekstraksjoner eller annen dentoalveolær kirurgi når anti-resorptiv behandling startes. Det er svært viktig at bløtvevstilhelingen etter eventuelle tannekstraksjoner er komplett, før oppstart av behandlingen. Regelmessig tannlegekontroll bør være livslang, da risikoen for å utvikle ONJ øker med varigheten av anti-resorptiv terapi (3). I Norge har kreftpasienter med skjelettmetastaser rett til refusjon ved tannbehandling fra Folketrygden gjennom HELFO («gule heftet»), mens kreftpasienter uten

metastaser foreløpig ikke har refusjonsrettigheter. Pasienter med bekreftet ONJ har også krav på trygderefusjon.

Under anti-resorptiv behandling

Risikoen for å utvikle ONJ etter tannekstraksjon er mye høyere for kreftpasienter som behandles med høy dose bisfosfonat, enn for osteoporosepasienter som gis en mye lavere bisfosfonatdose (34). Da risikoen hos osteoporosepasienter er meget lav, kan tannekstraksjon vanligvis utføres uten problemer hos pasientens egen tannlege. Osteoporosepasienter som får zoledronsyre en gang årlig eller denosumab hver 6 måned, bør ikke få utført kirurgiske inngrep eller tannekstraksjoner like etter at disse medikamentene er gitt. Om mulig bør man vente til det nærmer seg neste infusjon (zoledronsyre) eller injeksjon (denosumab), og i noen tilfeller kan man i tillegg vurdere å forlenge perioden mellom to administreringer i samråd med behandelende lege. Det foreligger ikke evidens for eller mot antibiotikabehandling i forbindelse med tannekstraksjoner hos osteoporosepasienter. Hver pasient bør vurderes individuelt. Tannekstraksjon hos osteoporosepasienter

kan utføres som en enkel fjernelse uten primær kirurgisk lukning, men tannlegen bør sikre tilhelingen av alveolen og henvise pasienten til oral/kjevekirurg hvis den ikke er komplett etter 4 uker (34). Det anbefales munnskylling med 0,1% klorhexidin i tilhelsingsperioden inntil tannbørsting kan utføres tilfredsstillende. Pasienter på anti-resorptiv behandling er vist å ha en forlenget alveolær tilhelingstid etter tannekstraksjon sammenliknet med pasienter som ikke får slik behandling (35). Tannekstraksjon hos pasienter som behandles med høy dose anti-resorptiva (Zometa®, XGEVA®) bør henvises til oral/kjevekirurg, mens ekstraksjoner hos pasienter som får lav dose (Aclasta®, Prolia®) i utgangspunktet kan utføres hos egen tannlege. Annen dentoalveolær kirurgi, som perio- og apikalkirurgi, inklusiv fjerning av retinerte visdomstenner hos pasienter på lav dose uten ytterligere risikofaktorer, kan gjennomføres etter ovenstående retningslinjer.

Implantatbehandling

Innsetting av tannimplantater er en risikofaktor for utvikling av ONJ, men risikoen synes å være lav hos osteoporosepasienter på perorale anti-resorptiva. Det anbefales å følge disse pasientene spesielt godt, da implantatproblemer kan oppstå lenge etter innsettelse. I en studie med 82 osteoporosepasienter med tannimplantater, fantes ingen tilfeller av ONJ (36). Således synes innsettelse av tannimplantater å kunne gjøres hos osteoporosepasienter under forutsetning av at det gjøres individuell risikovurdering,

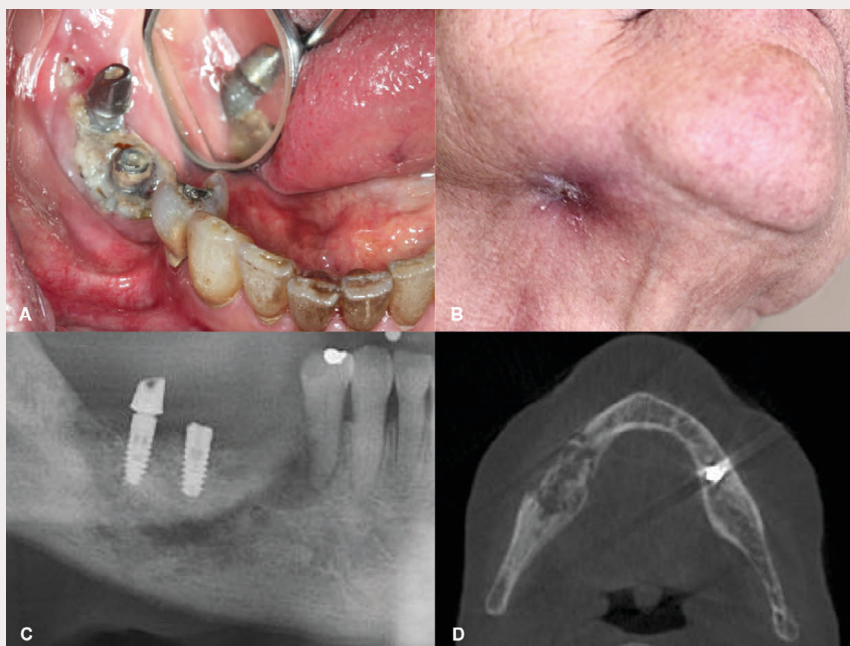
med hensyn på benkvalitet og kvantitet, samt andre generelle risikofaktorer som bruk av tobakk, diabetes og annen komorbiditet. Alle pasienter bør informeres om at det foreligger en risiko for utvikling av ONJ og dermed mulighet for tap av implantat. Risikoen er betydelig større for kreftpasienter som behandles med høy dose bisfosfonat, og for denne gruppe er implantatinnsetting i utgangspunktet kontraindisert. Når det gjelder brystkreftpasienter på adjuvant høypotent bisfosfonat (Zometa®) to ganger i året over 5 år, har man foreløpig ikke nok kunnskap til å konkludere, da slik behandling er såpass ny. Oppfølging er viktig, og utover de medikamentrelaterte risikofaktorene, bør man alltid ved en aktuell risikovurdering også være oppmerksom på andre faktorer av betydning som røyking, steroidbehandling og autoimmune sykdommer inkludert diabetes. Når det gjelder pasienter som behandles med denosumab, finnes det foreløpig ikke systematiske data vedrørende implantatbehandling, så inntil videre henvises derfor til avsnittet over om de bisfosfonatbehandlede til vi har studier med fokus på denosumab.

Tannbehandling inkludert tannekstraksjoner hos pasienter med diagnostisert ONJ

Pasienter med diagnostisert ONJ kan få vanlig tannbehandling hos egen tannlege, inkludert tannrens, fyllingsterapi, krone- og brobehandling, endodontisk behandling og lignende som ikke inkluderer kirurgi. Pasienter som har behov for tannekstraksjoner eller annen kirurgi, bør henvises til oral-/kjevekirurg eller til klinikk med erfaring innen håndtering av disse pasientene. Tannekstraksjon bør utføres under antibiotikaparaply, for eksempel vanlig penicillin i 7 dager, og gjøres så atraumatisk som mulig, og bør inkludere alveolektomi og primær bløtvevslukning for ikke å etterlate eksponert benvev. Det pågår en rekke studier som søker å belyse risikoen for utvikling av ONJ etter tannekstraksjoner med primær bløtvevslukning hos pasienter på høy dose antiresorptiv behandling.

Retningslinjer for pasienter der man mistenker ONJ

Pasienter med nyoppdaget ONJ eller hvor man har mistanke om ONJ, bør henvises til oral-/kjevekirurg. Er det eksponert ben, vil man neppe være i tvil, men ved fistel og non-exposed ONJ kan diagnostikken være vanskelig. Det bør primært sikres at det ikke dreier seg om apikal eller marginal periodontitt da det kan behandles hos egen tannlege.



Figur 7. Osteonekrose i høyre mandibula hos 67-årig kvinne med osteoporose behandlet med alendronat i 60 måneder. A: Pasienten har fått innsett 2 implantater 2 år tidligere og har etter dette utviklet aktuelle tilstand. B: Ekstraoral fistel hvor det siver puss. Betydelig smerte og nedsatt sensibilitet i høyre mentalisregion. Osteonekrose Stadium 3. C: Utsnitt av panoramoptak viser et sekvester, høyre side av mandibula, som involverer de to implantatene og som er omgitt av en radiolucent sone. Videre ses spontan fraktur av mandibula. D: CBCT viser utbredt osteonekrose i høyre side av mandibula, inklusiv spontan fraktur. Pasienten ble behandlet med en kontinuitetsreseksjon og innsettelse av rekonstruksjonsskinne. Foto: Schjødt M.

Takk

Forfatterne vil takke Fredrik Haugen Pedersen, Fotoseksjonen, Det odontologiske fakultetet, Universitetet i Oslo, for hjelp med sammensetting av kliniske bilder.

English summary

Herlofson BB, Wexell CL, Nørholt SE, Helgevoold J, Schjødt M.

Medication-related osteonecrosis of the jaw, part 1;

Overview and management

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 880–90.

Osteonecrosis of the jaws (ONJ) is an increasing problem all over the world. ONJ is a severe complication to antiresorptive treatment with bisphosphonate, denosumab, and certain chemotherapeutic drugs. ONJ can lead to loss of teeth and parts of the jaw, and invalidate the masticatory function. The antiresorptive treatment is used towards metastases from certain malignant conditions and osteoporosis. Lately, the antiresorptive treatment is also used as an adjuvant treatment in postmenopausal women with breast cancer to reduce risk of recurrence. In this paper the epidemiology, symptoms, diagnostic features, clinical findings, and treatment are reviewed. Finally, guidelines are given for dental treatment, oral surgery, and referral of patients on antiresorptive treatment in the primary health care sector.

Referanser

1. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61 (9): 1115-7.
2. Herlofson BB. Bisfosfonater – Bivirkninger og komplikasjoner i munnhulen. Munksgaard Danmark, København 2009. *Odontologi.* 2009; (1); 65-84. ISBN: 978-87-628-0878-2.s65-84.
3. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw--2014 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014; 72(10): 1938-56.
4. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, et al. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62(5): 527-34.
5. Kuhl S, Walter C, Acham S, et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws – a review. *Oral Oncol.* 2012; 48(10): 938-47.
6. Walter C, Al-Nawas B, Grotz KA, et al. Prevalence and risk factors of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw in prostate cancer patients with advanced disease treated with zoledronate. *Eur Urol.* 2008; 54(5): 1066-72.
7. Bamias A, Kastiritis E, Bamia C, et al. Osteonecrosis of the jaw in cancer after treatment with bisphosphonates: incidence and risk factors. *J Clin Oncol.* 2005; 23(34): 8580-7.
8. Yamazaki T, Yamori M, Yamamoto K, et al. Risk of osteomyelitis of the jaw induced by oral bisphosphonates in patients taking medications for osteoporosis: a hospital-based cohort study in Japan. *Bone.* 2012; 51(5): 882-7.
9. Guarneri V, Miles D, Robert N, et al. Bevacizumab and osteonecrosis of the jaw: incidence and association with bisphosphonate therapy in three large prospective trials in advanced breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2010; 122(1): 181-8.
10. Marx RE, Cillo JE, Jr., Ulloa JJ. Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65(12): 2397-410.
11. Drake MT, Clarke BL, Khosla S. Bisphosphonates: mechanism of action and role in clinical practice. *Mayo Clin Proc.* 2008; 83(9): 1032-45.
12. Ruggiero SL, Fantasia J, Carlson E. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: background and guidelines for diagnosis, staging and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 102(4): 433-41.
13. Rathbone EJ, Brown JE, Marshall HC, et al. Osteonecrosis of the jaw and oral health-related quality of life after adjuvant zoledronic acid: an adjuvant zoledronic acid to reduce recurrence trial subprotocol (BIG01/04). *J Clin Oncol.* 2013; 31(21): 2685-91.
14. Brunello A, Saia G, Bedogni A, et al. Worsening of osteonecrosis of the jaw during treatment with sunitinib in a patient with metastatic renal cell carcinoma. *Bone.* 2009; 44(1): 173-5.
15. Hopp RN, Pucci J, Santos-Silva AR, et al. Osteonecrosis after administration of intravitreal bevacizumab. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70(3): 632-5.
16. Marino R, Orlandi F, Arecco F, et al. Osteonecrosis of the jaw in a patient receiving cabozantinib. *Aust Dent J.* 2014; dec: 4.10.1111
17. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65(3): 369-76.
18. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw – 2009 update. *Aust Endod J.* 2009; 35(3): 119-30.
19. Migliorati CA, Casiglia J, Epstein J, et al. Managing the care of patients with bisphosphonate-associated osteonecrosis: an American Academy of Oral Medicine position paper. *JADA.* 2005; 136(12): 1658-68.
20. Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, et al. Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *JADA.* 2011; 142(11): 1243-51.
21. Schiodt M, Reibel J, Oturai P, et al. Comparison of nonexposed and exposed bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws: a retrospective analysis from the Copenhagen cohort and a proposal for an updated classification system. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014; 117(2): 204-13.
22. Fedele S, Bedogni G, Scoletta M, et al. Up to a quarter of patients with osteonecrosis of the jaw associated with antiresorptive agents remain undiagnosed. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 53(1): 13-7.
23. Di Fede O, Fusco V, Matranga D, et al. Osteonecrosis of the jaws in patients assuming oral bisphosphonates for osteoporosis: a retrospective multi-hospital-based study of 87 Italian cases. *Eur J Int Med.* 2013; 24(8): 784-90.
24. Yazdi PM, Schiodt M. Dentoalveolar trauma and minor trauma as precipitating factors for medication-related osteonecrosis of the jaw (ONJ): a retrospective study of 149 consecutive patients from the Copenhagen ONJ Cohort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015; 119(4): 416-22.
25. Schiodt M, Rostgaard J, Oturai P, et al. Surgical treatment of Bisphosphonate-induced Osteonecrosis of the jaws significantly reduces pain. Association for Oral & Maxillofacial Surgery biannual Congress, Barcelona, Spain. 2013; ICOMS13.
26. Otto S, Abu-Id MH, Fedele S, et al. Osteoporosis and bisphosphonates-related osteonecrosis of the jaw: not just a sporadic coincidence—a multi-centre study. *J Craniomaxillofac Surg.* 2011; 39(4): 272-7.
27. Schiodt M, Ahrensburg SS. Does abscess formation affect prognosis and treatment outcome of bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws? Report from the Copenhagen ONJ Cohort. European Association for Cranio Maxillofacial Surgery Congress. September 2014.
28. Pautke C, Kreutzer K, Weitz J, et al. Bisphosphonate related osteonecrosis of the jaw: A minipig large animal model. *Bone.* 2012; 51(3): 592-9.
29. Abtahi J, Agholme F, Aspenberg P. Prevention of osteonecrosis of the jaw by mucoperiosteal coverage in a rat model. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 42(5): 632-6.
30. Otto S, Pautke C, Opelz C, et al. Osteonecrosis of the jaw: effect of bisphosphonate type, local concentration, and acidic milieu on the pathomechanism. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68(11): 2837-45.
31. Schiodt M, Larsson Wexell C, Herlofson BB, et al. Existing data sources for clinical epidemiology: Scandinavian Cohort for osteonecrosis of the jaw – work in progress and challenges. *Clin Epidemiol.* 2015; 7: 107-16.
32. Ehrenstein V, Gammelager H, Schiodt M, et al. Evaluation of an ICD-10 algorithm to detect osteonecrosis of the jaw among cancer patients in the Danish National Registry of Patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2015 (Epub ahead of print) Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/pds.3786.
33. Ruggiero S, Gralow J, Marx RE, et al. Practical guidelines for the prevention, diagnosis, and treatment of osteonecrosis of the jaw in patients with cancer. *J Oncol Pract.* 2006; 2(1): 7-14.
34. Yazdi PM, Schiodt M. Retningslinjer for tandekstraktion på patienter i bisfosfonatbehandling. (Guidelines for tooth extractions on patients in bisphosphonate treatment). *Tandlægebladet.* 2013; 117: 298-305.
35. Migliorati CA, Saunders D, Conlon MS, et al. Assessing the association between bisphosphonate exposure and delayed mucosal healing after tooth extraction. *JADA.* 2013; 144(4): 406-14.

36. Koka S, Babu NM, Norell A. Survival of dental implants in postmenopausal bisphosphonate users. *J Prosthodont Res.* 2010; 54(3): 108–11.

Korrespondanse: Bente Brokstad Herlofson, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet,

Universitetet i Oslo, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. Epost: b.b.herlofson@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

*Herlofson BB, Wexell CL, Nørholt SE, Helgevold J, Schiødt M. Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene. Del 1: oversikt og retningslinjer. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 880–90.*

Oralkirurgisk klinikk AS

Spes.kirurgi

Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Spes.protetikk

Sonni Mette Våler

Spes.radiologi

Bjørn Bamse Mork-Knutsen

Spes.anestesi

Odd Wathne



Oral kirurgi & medisin | Oral protetikk | Kjeve & ansiktsradiologi | Intravenøs sedasjon & medisinsk overvåkning

Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo | www.orkirurgisk.no

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

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



FÖR EXTRA SKYDD/BESKYTTELSE
MOT HÅL/HULLER I TÄNDERNA
ALKOHOLFRI
LISÄSUOJA REIKIINTYMISTÄ VASTAAN
ALKOHOLITON

LISTERINE®
PROFESSIONAL

FLUORIDE PLUS

MUNSKÖLJ | MUNNSKYLL | SUUVESI



TRIPLE ACTION

Stärker/styrker tänderna
Reduserar plakk
Minskar bakteriernas syreproduktion
Vahvistaa hampaita
Vähentää plakkia
Ehkäisee bakteerien hapontuottoa
With Xylitol

FRESH MINT

100% ÖKAT SKYDD/
ØGET BESKYTTELSE FÖR TÄNDERNA
100% PAREMPI SUOJA HAMPAILLE

JÄMFÖRT/SAMMENLIGNET MED ENBART TANDKRÄM/PASTA MED FLUOR. I LABORATORIESTUDIE
VERRÄTTUNA PELKÄN FLUORIHAMMASTAHNAN KÄYTTÖÖN, LABORATORIOTUTKIMUS

Bente Brokstad Herlofson, Karen Marie Giltvedt, Sven Erik Nørholt, Cecilia Larsson Wexell, Vera Ehrenstein og Morten Schiødt

Medikamentrelatert osteonekrose i kjevene. Del 2: Skandinavisk kohort

Osteonekrose i kjevene (ONJ) er en alvorlig bivirkning relatert til antiresorptiv behandling og det har vist seg utfordrende å overvåke forekomsten av ONJ i Skandinavia.

Formålet med artikkelen er å beskrive etableringen av en skandinavisk ONJ kohortstudie hvor man ønsker å samle ONJ-tilfeller relatert til antiresorptiv behandling i Norge, Sverige og Danmark mellom 2011 og 2019. Utgangspunktet for studien var å understøtte en pågående overvåkningsstudie vedrørende sikkerheten ved bruk av denosumab (XGEVA®) og zoledronsyre (Zometa®) ved behandling av skjelettmetastaser hos kreftpasienter. Ved hjelp av den etablerte infrastrukturen fra denne sikkerhetsstudien, etableres en skandinavisk kohortstudie, som inkluderer alle ONJ-tilfeller relatert til antiresorptiv behandling i Norge, Sverige og

Danmark. I disse tre landene finnes det rundt 200 oral- og kjevekirurgiske klinikker, enheter og avdelinger der håndtering og henvisning av ONJ-pasienter vil variere. I hvert land er det publisert en hjemmeside, etablert en nasjonal ONJ-database og datainnsamlingen er i gang.

Det forventes at en slik omfattende og systematisk innsamling av data om pasienter med ONJ fra et befolkningsgrunnlag på mer enn 20 millioner mennesker over 5 år, vil kunne danne grunnlag for en rekke forskningsprosjekter og dermed bidra til en større forståelse og bedre håndtering av pasienter med denne utfordrende tilstand.

Osteonekrose i kjevene (Osteonecrosis of the Jaw – ONJ) kan være en alvorlig bivirkning ved antiresorptiv behandling (1–4). I epidemiologiske studier har det være vanskelig å identifisere ONJ hos pasienter som ikke inngår i kliniske studier, da det retrospektivt er problematisk å påvise pasientene ut fra diagnosekoder (5–7) samt at det ofte mangler en klinisk bekreftelse av diagnosen (8–9). Det mangler fortsatt kunnskap om epidemiologi, patogenese, risikofaktorer, behandling og prognose for ONJ (10–13). Det er derfor behov for å foreta en ensartet, populasjonsbasert, pro-

Forfattere

Bente Brokstad Herlofson, Førsteamanuensis dr.odont, spes. oral kirurgi og oral medisin, Avd. for øre-nese-hals, tannhelseteamet, Radiumhospitalet, Oslo Universitetssykehus og Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Norge

Karen Marie Giltvedt, Forskningsmedarbeider, tannlege, Avd. for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Norge

Sven-Erik Nørholt, Overtandlæge, PhD, Professor, Avdeling for Tann- og Munn- og kjevekirurgi, Aarhus Universitetssykehus og Seksjon for Kjevekirurgi og Oral Patologi, Institutt for Odontologi, Health, Aarhus Universitet, Danmark.

Cecilia Larsson Wexell, ötdl, specialist i käkkirurgi. Kjevekirurgisk Avdeling, Södra Älvsborg Hospital, Region Västra Götaland, Borås, Sverige, og Avdeling for biomaterialer, Institutt for klinisk vitenskap ved Sahlgrenska Akademi, Göteborg Universitet, Vera Ehrenstein, Assoc. Professor, Klinisk Epidemiologisk Avdeling, Aarhus Universitetshospital, Danmark

Morten Schiødt, Overtannlege, dr.odont. Tand-Mund-Kæbekirurgisk klinik, Rigshospitalet, København, Denmark; e-post: morten.schioedt@regionh.dk

Artikkelen er basert på følgende originalartikkel: Schiødt M, Wexell CL, Herlofson BB, Giltvedt KM, Nørholt SE, Ehrenstein V: Existing data sources for clinical epidemiology: Scandinavian Cohort for osteonecrosis of the jaw – work in progress and challenges; *Clinical epidemiology*, 2015; 7: 107–16.

Hovedbudskap

- Osteonekrose i kjevene (ONJ) kan opptre som følge av antiresorptiv behandling av pasienter med kreft og skjelettmetastaser eller osteoporose.
- Det er stadig mange uavklarte spørsmål om tilstanden og en systematisk innsamling av ONJ data er derfor viktig.
- Artikkelen beskriver etablering av et skandinavisk forsknings samarbeid med ensartet innsamling av ONJ-data i Norge, Sverige og Danmark med en befolkningspopulasjon på 20 millioner.
- Målet er økt kunnskap om ONJ slik at pasienter på antiresorptiv behandling kan ivaretas best mulig i årene fremover.

spektiv og systematisk oppfølging av klinisk bekreftede ONJ-tilfeller. Dette vil bidra til økt kunnskap om tilstanden og til bedre håndtering av pasientene.

Denne artikkelen beskriver et internasjonalt tiltak for å etablere en skandinavisk ONJ-kohort med inklusjon av ONJ-tilfeller i Norge, Sverige og Danmark i perioden 2011 til 2019. Bruken av data skal omfatte klinisk forskning, overvåkning og legemiddelsikkerhet.

Osteonekrose i kjevene: definisjon, epidemiologi og risikofaktorer

ONJ er en klinisk diagnose som defineres ved forekomst av eksponert kjeveben i mer enn 8 uker hos en pasient som behandles eller er behandlet med legemidler mot benresorpsjon eller med antiangiogene preparater og som ikke har fått strålebehandling mot hode-halsområdet (14). Alvorlighetsgraden inndeles i stadier fra 0–3. Opprinnelig var kun stadiet 1–3 beskrevet (14) og stadium 0 er tilføyet senere for å beskrive en tilstand med uspesifikke symptomer uten eksponert ben (15). Terminologien endres gradvis som et uttrykk for en større forståelse av sykdomsbildet som for eksempel tilfeller uten eksponert ben («non-exposed ONJ») (16–18) som utgjør opp mot 29–45 % i noen studier (17,19). Da variantene uten synlig ben også kan ha varierende alvorlighetsgrad, anvendes nå en angivelse av stadium, og hvorvidt det er eksponert ben eller ikke (18,20). ONJ er primært forbundet med antiresorptiv behandling med bisfosfonater (21) og denosumab (22). Disse medikamentene hemmer osteoklastfunksjonen og brukes i behandlingen av tumor-assosiert bensykdom (23,24), postmenopausal osteoporose (25), Pagets sykdom (26) og hyperkalsemi (27). Videre har man funnet at ONJ også kan være en bivirkning ved kreftbehandling med sunitinib (proteinkinasehemmer) (28,29) og bevacizumab (angiogenesehemmer) (30,31). Risikoen for å utvikle ONJ øker med kumulativ dose og varighet av behandlingen (32,33). Den estimerte risiko for osteoporosepasienter varierer fra 0,01–0,4 % (8,9,33) og for kreftpasienter mellom 0,2 % og 20 % (33–36). De store variasjonene kan tilskrives forskjeller i kriterier og at ikke alle er klinisk verifiserte ONJ-tilfeller. Risikoen for ONJ avhenger spesielt av type medikament (større ved nitrogenholdige enn ved ikke-nitrogenholdige bisfosfonater) og dose (33). Risikoen er størst ved bruk av høye doser antiresorptiva, som gis til kreftpasienter og mindre ved lav dose, som gis til osteoporosepasienter. Varigheten av behandlingen er også en betydelig risikofaktor, uansett administrert dose, jo lenger behandlingstid desto høyere risiko (33). Andre risikofaktorer, som ennå ikke er helt avklart omfatter høy alder, kortikosteroidbehandling, kjemoterapi og dårlig oral helse (35,37,38).

Eksisterende rapportering av ONJ i Norge, Danmark og Sverige

Overvåkning av ONJ i Skandinavia har hittil kun funnet sted via innrapportering til offentlige institusjoner som tar imot og registrerer legemiddelbivirkninger (i Norge: www.relis.no). Hvis helsepersonell ikke melder inn bivirkninger deriblant ONJ, vil dette føre til underrapportering av tilstanden, noe det er sterke indika-

sjoner på i alle tre land (39,40). Som eksempel hadde Danmark 95 rapporterte tilfeller den 18. november 2013, men en telefonrunde til alle kjevekirurgiske avdelinger anga over 300 ONJ-tilfeller. (Upubliserte data, Danmark.)

Metoder

Den skandinaviske ONJ kohorten ble etablert for å sikre gjennomførelsen av en post-autorisasjonssikkerhetsstudie (PASS) av et nytt antiresorptivt medikament, denosumab (XGEVA®), dosert 120mg hver 4. uke, i Norge, Sverige og Danmark med klinisk bekreftede ONJ som primær sikkerhetsparameter. Studien omfatter tre behandlingsgrupper; 1) denosumab som første behandling, 2) zoledronsyre (Zometa®) som første behandling og 3) skifte fra zoledronsyre til denosumab. Da det ikke kunne oppnås pålitelige tall fra diagnosesøk (5,7) eller innrapportering av ONJ som bivirkning, ble det nødvendig å identifisere ONJ-pasienter ved deres kontakt med behandlende oral-/kjevekirurg og tannlege. God kontakt med behandlerne sikrer best mulig registrering av ONJ i sikkerhetsstudien. Hvert land har etablert egen nasjonal forskningsdatabase for lagring av ONJ-data som så kan slås sammen med de andres til en skandinavisk ONJ-kohort. På lengre sikt strekker formålet seg utover å samle data til en enkelt studie, idet visjonen er at kohorten kan bli et forskningsverktøy for å identifisere risikofaktorer, behandlingsresultater og prognose for ONJ. Målet med en skandinavisk ONJ kohort er derfor å kunne muliggjøre en evidensbasert praksis for best mulig håndtering av ONJ-pasienter i Skandinavia og i verden forøvrig.

Organisering

Den beskrevne sikkerhetsstudien over ivaretagelse av Klinisk Epidemiologisk avdeling, Aarhus Universitet, Danmark, i samarbeid med Kreftregisteret i Norge, og Karolinska Universitetssykehus i Stockholm, Sverige. I forbindelse med studien er det etablert et ONJ-forskningsteam bestående av oral-/kjevekirurger med spesiell interesse for ONJ. Teamet som består av tre landskoordinatører og en overordnet skandinavisk koordinator (alle medforfattere av denne artikkelen: BBH, CLW, SEN, MS.) har etablert nettverk via eksisterende nasjonale og skandinaviske oral- og kjevekirurgiske foreninger for å sikre best mulig grunnlag for å få alle relevante pasienter registrert i kohorten.

Skandinaviske forhold: populasjon og helsevesen

Norge, Sverige og Danmark har en samlet befolkning på over 20 millioner mennesker. Henvisnings- og behandlingstiltak for ONJ er til en viss grad bestemt av geografi. I Danmark er behandlingen sentralisert til seks kjevekirurgiske sykehusavdelinger, mens Norge og Sverige er karakterisert av en større andel lokale og ikke-sykehusbaserte klinikker pga. landenes store geografiske utstrekning.

I hvert enkelt land er det foretatt en gjennomgang av klinikker, avdelinger og enheter som ivaretar diagnostikk og behandling av ONJ, og det er etablert kontakt med disse for registrering av pasienter.

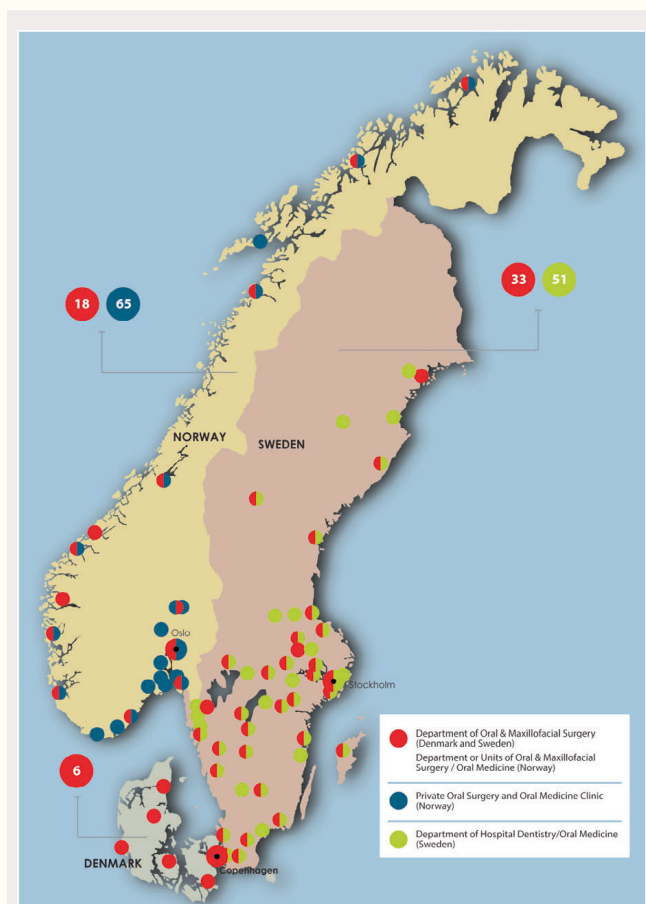


Fig. 1. Fordeling og antall oral- og kjevekirurgiske avdelinger, enheter og klinikker i Norge, Sverige og Danmark.

- Tann-, munn- og kjevekirurgiske avdelinger (Danmark og Sverige)
- Oral- og kjevekirurgiske avdelinger/enheter (Norge)
- Private klinikker med oral kirurgi og oral medisin (Norge)
- Sykehusavdelinger for sykehusodontologi/oral medisin (Sverige)

Den geografiske fordeling av avdelinger, enheter og klinikker er illustrert i figur 1.

Norge

I Norge er det 18 universitets- og sykehusbaserte avdelinger/enheter for oral- og kjevekirurgi. De fleste oralkirurger i Norge jobber i privat praksis og noen av dem igjen betjener flere enn en klinikk. Disse kirurgene diagnostiserer og behandler også pasienter med ONJ og er derfor kontaktet med ønske om samarbeid og hjelp til rapportering av ONJ-tilfeller. Denne fremgangsmåten er svært viktig for prosjektet i Norge, da ONJ-tilfeller som behandles i private klinikker ikke blir rapportert til det nasjonale pasientregisteret NPR, noe som vanskeliggjør identifiseringen av pasientene på annen måte. I forbindelse med studien er det opprettet en nettside www.onj.no der man kan innrapportere potensielle ONJ-tilfeller, og i tillegg finnes der informasjon om studien samt til enhver tid gjeldende retningslinjer for håndtering av pasienter på anti-resorptiv behandling.

For Sverige og Danmark er det etablert arbeidsgang som tar hensyn til særlige forhold som gjør seg gjeldende i deres land. Dette beskrives i artikler svarende til denne i de to andre lands tannlegetidsskrifter.

Pasientflyt og datainnsamling til nasjonale ONJ-databaser

Oral- og kjevekirurger på avdelinger og klinikker i de tre landene er invitert til å bidra til ONJ-forskningsdatabasen, og om mulig utpeke en kontaktperson. Prosedyrene for datainnsamling varierer mellom landene og klinikkene som følge av forskjeller i organisering av oral- og kjevekirurger. Data kan enten lokalt testes inn online via hjemmeside (Sverige, Danmark) eller sentralt fra utfylt skjema (Norge, Danmark). Registrering av data vedrørende ONJ er relativt omfattende med omkring 60 variabler for beskrivelse av karakteristika for medikasjon- og sykdomsforløp, allmenne og spesifikke kliniske funn, røntgen, behandlingsresultat og oppfølging. Fordeling av sykdomsindikasjon for bruk av anti-resorptive medikamenter blant 180 pasienter fra den norske ONJ-kohorten vises i tabell 1.

Kommunikasjon

I arbeidet med å etablere forskningsdatabasene ble det utarbeidet informasjonsmateriale, og informasjon om prosjektet er presentert på årsmøter i de nasjonale oral- og kjevekirurgiske foreningene i 2012, 2013 og 2014, på kongressen i 2013 til den Skandinaviske forening for kjevekirurgi (SFOMK), og på møter med relevante medisinske spesialister. I Norge har vi kontaktet universitets- og sykehusavdelinger/enheter innen oral- og kjevekirurgi samt så langt det har latt seg gjøre alle oral-/kjevekirurger i privatpraksis med informasjon om studien og dens norske hjemmeside www.onj.no der de kan innrapportere nye tilfeller av ONJ.

Databeskyttelse

Vedlikehold av forskningsdatabasene hos vertsinstitusjonene (i Norge; Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo) skjer i overensstemmelse med hvert lands lovgivning om databeskyttelse og godkjenning. Kohortstudien i Norge er godkjent av REK (Regional Etisk Komite) med fritak fra taushetsplikt og samtykke. Dog vil noen av kohortpasienter, som ikke hører til sikkerhets-

Tabell 1. Oversikt over fordeling av sykdomsindikasjon for anti-resorptiv behandling blant 180 pasienter med osteonekrose i kjevene, fra den norske ONJ-kohorten (april 2015).

Diagnose	Antall (%)
Kreft	88 (48,9)
Brystkreft med skjelettmetastaser	34 (18,9)
Prostatakreft med skjelettmetastaser	36(20,0)
Andre krefttyper med skjelettmetastaser	6 (3,3)
Multipelt myelom	6 (3,3)
Ukjent kreftdiagnose	6 (3,3)
Osteoporose (primær)	92 (51,1)
Totalt	180

studien vil få tilsendt et orienteringsskriv. I Sverige og Danmark er det godkjennelse hos tilsvarende myndigheter.

Diskusjon

Det skandinaviske samarbeidet om en osteonekrosekohort nyter godt av en pågående sikkerhetsstudie av denosumab, ved å dele nødvendig infrastruktur for registrering av pasienter med ONJ. Vi forventer at de nasjonale ONJ-databasene vil fange opp så mange ONJ-tilfeller som mulig relatert til antiresorptiv behandling i studieperioden. Ved ensartet kontinuerlig datainnsamling i de tre landene sikres kontinuerlig oppdatering av informasjon om klinisk forløp, risikofaktorer og effekt av ulike behandlingsstrategier. Dessuten styrkes samarbeidet mellom oral- og kjevekirurger og klinikker, både i de enkelte land og på tvers av grensene noe som kan føre til bedre og mer effektiv innsamling og utveksling av kunnskap, og dermed bedre pasientbehandling.

En viktig utfordring for å sikre best mulig håndtering av disse pasientene, er å sikre en kontinuerlig oppdatering av kunnskap blant helsepersonell som kommer i kontakt med ONJ og som er involvert i behandlingen. Derfor er kommunikasjon mellom oral- og kjevekirurger på avdelinger og klinikker, som håndterer ONJ pasienter, og onkologer, hematologer, urologer, endokrinologer og ikke minst praktiserende tannleger av stor betydning for at vi skal kunne forebygge og tidlig oppdage forekomst av ONJ.

Oral- og kjevekirurger har derfor et betydelig ansvar for å være oppdatert på nye antiresorptive preparater og andre legemidler som kan føre til utvikling av ONJ samt på retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av ONJ. De bør være ajourført med siste nytt og være med på å gjøre denne kunnskapen tilgjengelig også for annet helsepersonell,

Konklusjon

Vi har etablert et skandinavisk samarbeid for å muliggjøre identifisering av individer med klinisk verifisert ONJ relatert til antiresorptiv behandling for inklusjon i en skandinavisk kohortstudie. Vi forventer at det kan oppnås forskningsresultater som kan bidra til en bedre forståelse av denne tilstanden og i siste instans være til gagn i behandlingen av pasienter med ONJ. Prosjektet vil øke oppmerksomheten blant helsepersonell med henblikk på ONJ-risikofaktorer og kan således være til hjelp for å unngå underdiagnostisering og underbehandling.

Da det er snakk om en tilstand som kan være forbundet med betydelig smerte og ubehag, er det viktig å fylle kunnskapshull vedrørende dens behandling og prognose. Forutsigbar organisering av helsevesenet i de tre skandinaviske landene, en relativt sentralisert behandling av ONJ, veletablert kommunikasjon mellom behandlere og mulighet for langtidsoppfølging er ideelle forutsetninger for å kunne etablere en infrastruktur som beskrevet i denne artikkelen.

Takk

Følgende takkes for verdifull innsats: Forskningsassistent, tannlege Eivind Igland, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, In-

stitutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Norge

Alle oral- og kjevekirurger i Norge, Sverige og Danmark som hittil og fremover rapporterer og bidrar til dette skandinaviske forskningssamarbeidet som forhåpentligvis vil være av stor betydning for våre felles pasienter. Husk rapportering av ONJ-tilfeller til RELIS og kohortstudien via www.onj.no

Grafisk designer Emma Fernandez, Tand- Mund- Kæbekirurgisk Klinik, Rigshospitalet, København, Danmark

English summary

Herlofson BB, Giltvedt KM, Nørholt SE, Wexell CL, Ehrenstein V, Schjødt M.

Scandinavian cohort of patients for osteonecrosis of the jaw

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 892–7.

Osteonecrosis of the jaws (ONJ) is a serious complication to anti-resorptive treatment, and it has proven difficult to obtain exact information about the occurrence of ONJ in the Scandinavian countries. The aim of this paper is to describe the establishment of a Scandinavian cohort of all new patients with ONJ related to antiresorptive treatment in Norway, Sweden and Denmark between 2011 and 2019. The starting point for the study was to support an ongoing drug safety study of denosumab (XGEVA®) and zoledronate (Zometa®) in the clinical treatment of cancer metastases. By the use of this established infrastructure we developed a Scandinavian ONJ cohort study including patients with ONJ related to any type of antiresorptive treatment.

The total number of departments or clinics for oral and maxillofacial surgery in Denmark, Norway and Sweden is around 200, and the pattern of treatment and referral of ONJ patients differs somewhat in the three countries. In each country, efforts have been made to provide information to the dental society including web pages. The data collection is ongoing.

It is expected that this comprehensive, systematic collection of data on ONJ patients from a population exceeding 20 million can form the basis of research leading to a greater understanding of the disease and to a better treatment of the patients.

Litteratur

1. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61: 1115–7.
2. Migliorati CA, Woo SB, Hewson I, Barasch A, Elting LS, Spijkervet FK et al. A systematic review of bisphosphonate osteonecrosis (BON) in cancer. *Support Care Cancer.* 2010; 18: 1099–106.
3. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004; 62: 527–34.
4. Smith MR, Saad F, Coleman R, Shore N, Fizazi K, Tombal B et al. Denosumab and bone-metastasis-free survival in men with castration-resistant prostate cancer: results of a phase 3, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2012; 379: 39–46.

5. Bergdahl J, Jarnbring F, Ehrenstein V, Gammelager H, Granath F, Kieler H et al. Evaluation of an algorithm ascertaining cases of osteonecrosis of the jaw in the Swedish National Patient Register. *Clin Epidemiol.* 2013; 5: 1–7.
6. Gammelager H, Erichsen R, Antonsen S, Norholt SE, Neumann-Jensen B, Ehrenstein V et al. Positive predictive value of the International Classification of Diseases, 10th revision, codes to identify osteonecrosis of the jaw in patients with cancer. *Cancer Epidemiol.* 2012; 36: 381–3.
7. Gammelager H, Svaerke C, Noerholt SE, Neumann-Jensen B, Xue F, Critchlow C et al. Validity of an algorithm to identify osteonecrosis of the jaw in women with postmenopausal osteoporosis in the Danish National Registry of Patients. *Clin Epidemiol.* 2013; 5: 263–7.
8. Lo JC, O’Ryan FS, Gordon NP, Yang J, Hui RL, Martin D et al. Prevalence of osteonecrosis of the jaw in patients with oral bisphosphonate exposure. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68: 243–53.
9. Solomon DH, Mercer E, Woo SB, Avorn J, Schneeweiss S, Treister N. Defining the epidemiology of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: prior work and current challenges. *Osteoporos Int.* 2013; 24: 237–44.
10. Allen MR, Burr DB. The pathogenesis of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: so many hypotheses, so few data. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 67: 61–70.
11. Fehm T, Beck V, Banys M, Lipp HP, Hairass M, Reinert S et al. Bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaw (ONJ): Incidence and risk factors in patients with breast cancer and gynecological malignancies. *Gynecol Oncol.* 2009; 112: 605–9.
12. Khosla S, Burr D, Cauley J, Dempster DW, Ebeling PR, Felsenberg D et al. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res.* 2007; 22: 1479–91.
13. Saad F, Brown JE, Van PC, Ibrahim T, Stemmer SM, Stopeck AT et al. Incidence, risk factors, and outcomes of osteonecrosis of the jaw: integrated analysis from three blinded active-controlled phase III trials in cancer patients with bone metastases. *Ann Oncol.* 2012; 23: 1341–47.
14. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 369–76.
15. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehrotra B. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw – 2009 update. *Aust Endod J.* 2009; 35: 119–30.
16. Bagan JV, Hens-Aumente E, Leopoldo-Rodado M, Poveda-Roda R, Bagan L. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: study of the staging system in a series of clinical cases. *Oral Oncol.* 2012; 48: 753–7.
17. Fedele S, Porter SR, D’Aiuto F, Aljohani S, Vescovi P, Manfredi M et al. Nonexposed variant of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: a case series. *Am J Med.* 2010; 123: 1060–4.
18. Schiodt M, Reibel J, Oturai P, Kofod T. Comparison of nonexposed and exposed bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws: a retrospective analysis from the Copenhagen cohort and a proposal for an updated classification system. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014; 117: 204–13.
19. Lazarovici TS, Yahalom R, Taicher S, Elad S, Hardan I, Yarom N. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a single-center study of 101 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009; 67: 850–5.
20. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw – 2014 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014; 72: 1938–56.
21. Itzstein C, Coxon FP, Rogers MJ. The regulation of osteoclast function and bone resorption by small GTPases. *Small GTPases.* 2011; 2: 117–30.
22. Lacey DL, Boyle WJ, Simonet WS, Kostenuik PJ, Dougall WC, Sullivan JK et al. Bench to bedside: elucidation of the OPG-RANK-RANKL pathway and the development of denosumab. *Nat Rev Drug Discov.* 2012; 11: 401–19.
23. Fizazi K, Carducci M, Smith M, Damiao R, Brown J, Karsh L et al. Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. *Lancet.* 2011; 377: 813–22.
24. Henry DH, Costa L, Goldwasser F, Hirsh V, Hungria V, Prausova J et al. Randomized, double-blind study of denosumab versus zoledronic acid in the treatment of bone metastases in patients with advanced cancer (excluding breast and prostate cancer) or multiple myeloma. *J Clin Oncol.* 2011; 29: 1125–32.
25. Recknor C, Czerwinski E, Bone HG, Bonnicksen SL, Binkley N, Palacios S et al. Denosumab compared with ibandronate in postmenopausal women previously treated with bisphosphonate therapy: a randomized open-label trial. *Obstet Gynecol.* 2013; 121: 1291–9.
26. Schwarz P, Rasmussen AQ, Kvist TM, Andersen UB, Jorgensen NR. Paget’s disease of the bone after treatment with Denosumab: a case report. *Bone.* 2012; 50: 1023–5.
27. Rizzoli R, Body JJ, Brandi ML, Cannata-Andia J, Chappard D, El MA et al. Cancer-associated bone disease. *Osteoporos Int.* 2013; 24: 2929–53.
28. Koch FP, Walter C, Hansen T, Jager E, Wagner W. Osteonecrosis of the jaw related to sunitinib. *Oral Maxillofac Surg.* 2011; 15: 63–6.
29. Fleissig Y, Regev E, Lehman H. Sunitinib related osteonecrosis of jaw: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; 113: e1–e3.
30. Estilo CL, Fournier M, Farooki A, Carlson D, Bohle G, III, Huryn JM. Osteonecrosis of the jaw related to bevacizumab. *J Clin Oncol.* 2008; 26: 4037–8.
31. Hopp RN, Pucci J, Santos-Silva AR, Jorge J. Osteonecrosis after administration of intravitreal bevacizumab. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 70: 632–5.
32. Vahsevanos K, Kyrgidis A, Verrou E, Katodritou E, Triaridis S, Andreadis CG et al. Longitudinal cohort study of risk factors in cancer patients of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *J Clin Oncol.* 2009; 27: 5356–62.
33. Yamashita J, McCauley LK. Antiresorptives and osteonecrosis of the jaw. *J Evid Based Dent Pract* 2012; 12: 233–247.
34. Brufsky AM, Sereika SM, Mathew A, Tomifumi O, Singh V, Rosenzweig M. Long-term treatment with intravenous bisphosphonates in metastatic breast cancer: a retrospective study. *Breast J* 2013; 19: 504–511.
35. Otto S, Schreyer C, Hafner S, Mast G, Ehrenfeld M, Sturzenbaum S et al. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws – characteristics, risk factors, clinical features, localization and impact on oncological treatment. *J Craniomaxillofac Surg* 2012; 40: 303–309.
36. Van den WT, Delforge M, Doyen C, Duck L, Wouters K, Delabaye I et al. Prospective observational study of treatment pattern, effectiveness and safety of zoledronic acid therapy beyond 24 months in patients with multiple myeloma or bone metastases from solid tumors. *Support Care Cancer* 2013; 21: 3483–3490.
37. Yamazaki T, Yamori M, Ishizaki T, Asai K, Goto K, Takahashi K et al. Increased incidence of osteonecrosis of the jaw after tooth extraction in patients treated with bisphosphonates: a cohort study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41: 1397–1403.
38. Beuselink B, Wolter P, Karadimou A, Elaidi R, Dumez H, Rogiers A et al. Concomitant oral tyrosine kinase inhibitors and bisphosphonates in advanced renal cell carcinoma with bone metastases. *Br J Cancer* 2012; 107: 1665–1671.
39. Kruger TB, Sharikabad MN, Herlufson BB. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw in four Nordic countries and an indication of under-reporting. *Acta Odontol Scand* 2013; 71: 1386–1390.

40. Ulmner M, Jarnbring F, Torring O. Osteonecrosis of the jaw in Sweden associated with the oral use of bisphosphonate. J Oral Maxillofac Surg 2014; 72: 76–82.

41. Herlofson BB, Wexell CL, Nørholt SE, Helgevoid J, Schiødt M. Medikament-relatert osteonekrose i kjevene. Del 1: Oversikt og retninglinjer. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 880–90

Korrespondanse: Bente Brokstad Herlofson, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet,

Universitetet i Oslo, P.O.Box. 1109 Blindern, 0317 Oslo.
E-post: b.b.herlofson@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Herlofson BB, Giltvedt KM, Nørholt SE, Wexell CL, Ehrenstein V, Schiødt M. SMedikamentrelatert osteonekrose i kjevene. Del 2: Skandinavisk kohort. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 892–7.



- Vi vokser gjennom løftene vi holder -

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| • Non Noble/Uedelt metall | 750,- pr.ledd | • Zirconium | 1250,- pr.ledd |
| • Noble/Edelt metall | 1050,- pr.ledd | • Valplast | 1450,- |
| • IPS e.max | 1090,- pr.ledd | | |

- Dokumentasjon på metallegeringer følger på hvert arbeide -

www.reholt.no

Agent for: Shengda Dental Manufacturing Co. Ltd • J.N. Jacobsensgt. 15 • Postboks 194, 1601 Fredrikstad • Tlf: 69311512/69317448 • Fax: 69317086 • Mail: post@reholt.no

VISSTE DU AT BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSAKEN TIL AT BARN FÅR I SEG FOR MYE SUKKER?

Mange av oss har lett for å gi barna brus eller saft når de er tørste. Plutselig blir inntaket av sukker større enn man tror. Bytter du ut brus eller saft med vann til hverdags, er mye gjort. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir hverdagen litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Zirkonzahn®

Human Zirconium Technology



100% PRETTAU® AESTHETICS – MADE BY CAD/CAM

«Zirconia trenger helter» Enrico Steger

Prettau® Anterior® kroner på en Prettau® Zirconia struktur



Georg Walcher – Zirkonzahn Utdannings Senter Brunico, Syd Tyrol (Italia)



Ingar Olsen og Sim K. Singhrao

Kan oral infeksjon bidra til Alzheimers sykdom?

Alzheimers sykdom (AD) ser ut til å bli en betydelig landeplage for moderne medisin. Den vil trekke enorme summer fra offentlige helsebudsjetter i fremtiden. Tall for USA viser at mer enn 5 millioner mennesker som er 65 år eller mer i øyeblikket lider av AD. Innen 2050 vil omtrent 13–14 millioner i USA ha sykdommen med en total kostnad på mer enn trillion US dollar. I øyeblikket foreligger ingen sikker diagnostisk markør eller behandling for lidelsen. AD kan være av tidlig familiær opprinnelse eller opptre sporadisk med en sen start («late onset AD» eller «LOAD»). Sistnevnte utgjør ca. 98 % av tilfellene.

Hjerneinflammasjon er et viktig karakteristikum ved AD i tillegg til andre tegn som avleiring av plakk og fiberknuter i hjernen. Resultatet blir et gradvis, jevnt og irreversibelt tap av nerveceller i hjernebarken. Inflammasjonen kan forårsakes av lokale skader på nervesystemet og/eller av perifer infeksjon. Flere mikroorganismer, heriblant orale har vært foreslått som etiologiske agens ved AD (1–3); blant bakterier: orale/ikke-orale spiroketer; blant virus: Herpes (Herpes simplex 1 og cytomegalovirus); blant gjærsopp: *Candida*.

En kausal sammenheng er foreslått for periodontale patogener/non-orale spiroketer vi peptid (amyloid-beta)-avleiringer og inflammasjon i hjernen. Periodontitt utgjør en perifer infeksjon som kan forsyne hjernen med intakte bakterier og deres virulensfaktorer samt med inflammatoriske mediatorer i forbindelse med daglige bakteriemier.

En klar sammenheng mellom periodontitt og AD er påvist i flere studier. Hvis/når genetiske risikofaktorer møter risikofaktorer i hjernemiljøet, vil sykdommen kunne uttrykkes slik at kogni-

tive funksjoner (har med erkjennelse, oppfatning og tenkning å gjøre) rammes og demens utvikles (4). For å kunne finne en diagnostisk biomarkør og en mulig profylaktisk behandling for AD, er det nødvendig å løse puslespillet rundt patogenesen til sykdommen. I artikkelen «Can oral infection contribute to

Alzheimer's disease» (1) diskuterer vi dette under den forståelse at oral infeksjon er en mulig etiologisk faktor ved «LOAD». Vi vurderer også andre teorier i denne artikkelen basert på 209 referanser.

Selv om oral infeksjon kan tenkes å bidra til AD, er det viktig å understreke at den ikke er den eneste faktoren som kan bidra.

Referanser

1. Olsen I. Commentary. *J Oral Microbiol* 2015; 7: 27847. doi: 10.3402/jom.v7.27847
2. Olsen I, Singhrao SK. Can oral infection contribute to Alzheimer's disease? *J Oral Microbiol* 2015; 7: 29143 – <http://dx.doi.org/10.3402/jom.v7.29143>

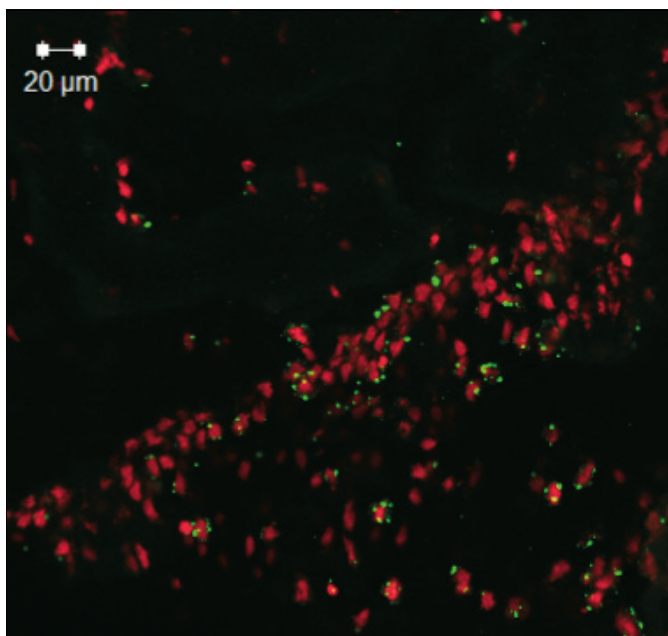


Fig. 1. Immunofluorescensmerking (grønne prikker) av neuroner fra hippocampus hos «APO? gene knockout» mus opsonisert med iC3b etter moninfeksjon med *P. gingivalis*. Dette er indirekte bevis for at oral infeksjon har påvirket hjernen hos mus. (Fra ref. 1).

3. Singhrao SK, Harding A, Poole S, Kesavalu L, Crean St J. Porphyromonas gingivalis periodontal infection and its putative links with Alzheimer's disease. *Mediators Inflamm* 2015; 2015: 137357. doi: 10.1155/2015/137357
4. Kamer AR, Morse DE, Holm-Pedersen P, Mortensen EL, Avlund K. Periodontal inflammation in relation to cognitive function in an older adult Danish population. *J Alzheimer's Dis* 2012; 28: 613–24.

Adresser: Ingar Olsen, Institutt for Oral Biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, PB 1052 Blindern, 0316 Oslo.

Sim K Singhrao, Oral & Dental Sciences Research Group, College of Clinical and Biomedical Sciences, University of Central Lancashire, Preston, UK.
E-post: ingar.olsen@odont.uio.no

Tannteknisk laboratorium med spesialkompetanse i alle "ledd"



FAST
PROTETIKK



AVTAGBAR
PROTETIKK



IMPLANTAT-
RETINERT
PROTETIKK



KURS &
KOMPETANSE



CAD/CAM

«I Proteket har vi spesialisert oss innen alle tilgjengelige produkter og produksjonsmetoder for fast protetik, alt fra estetiske løsninger til rent funksjonelle løsninger. Vi har investert i moderne utstyr, og utviklet et tett samarbeid med produsenter som tilbyr det ypperste innen fast protetik. Dette i kombinasjon med noen av landets dyktigste tannteknikere, gjør Proteket til den prefererte leverandøren for fast protetik.»



“ Tanntekniker Vibeke Hagen



SALG &
MARKEDSFØRING

Vil du vite mer om hva vi kan tilby deg?

Besøk vår hjemmeside www.proteket.no eller ta kontakt med Salgssjef Rebekka Langli, telefon 41 41 55 90, E-post rebekka@proteket.no eller Kundekontakt Samir Madrane, telefon 48 36 04 48, E-post samir@proteket.no.

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2015

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
10	9. oktober	14. oktober	12. november
11	6. november	11. november	10. desember

Frister og utgivelsesplan 2016

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '15	8. desember '15	14. januar
2	15. januar	19. januar	18. februar
3	12. februar	17. februar	17. mars
4	26. mars	3. mars	14 april
5	8. april	14. april	12. mai
6	2. mai	13. mai	16. juni
7	10. juni	16. juni	18. august
8	11. august	17. august	15. september
9	9. september	14. september	13. oktober
10	12. oktober	17. oktober	17. november
11	10. november	16. november	15. desember

Virkelig evolusjon

Benytt deg av
de gjeldende tilbud!*

Nå også
som Flow



DEN FØRSTE KERAM FOR DIREKTE FYLING

- Det første verdensomspennende rent keram-baserte fyllingsmateriale
- Den laveste herdekrymping (1,25 % av volum) og spesielt lavt krympestressnivå**
- Svært høy grad av biokompatibilitet og ekstremt motstandsdyktig mot misfarging
- Imøtekommer de høyeste krav i anterior og posterior områder
- Utmerket å arbeide med, enkel høyglanspolering prosedyre koblet med høy overflatehardhet sikrer førsteklasses langvarige resultater
- Kompatibel med alle konvensjonelle bondinger

* Vennligst kontakt din lokale VOCO dentalkonsulent om de gjeldende tilbud.

** in comparison to all conventional restorative composites

Admira Fusion



Det odontologiske fakultet i Oslo:

Åpnet «ny» klinikk

Etter måneder med byggestøv, støy og provisoriske løsninger, kunne Det odontologiske fakultet i Oslo åpne dørene til en totalrenovert og modernisert klinikk.

Det er en glede å kunne ønske velkommen til gjenåpning av klinikken i «Nybygget». Slik begynte leder for Institutt for klinisk odontologi, Jan Eirik Ellingsen, sin tale under åpningen. Han refererte til det nyeste av fakultetets to bygg i Geitmyrsveien – som er fra 1968.

– I løpet av så mange år sier det seg selv at det blir slitasje på både infrastruktur og bygningsmasse. Nå var tiden inne for en oppgradering så vi kan tilby god pasientbehandling, god undervisning og gode arbeidsforhold for våre ansatte, i tråd med de krav og forutsetninger som gjelder i 2015.



De nyoppussede lokalene er lysere og åpnere enn de gamle. Det skal komme både pasientene, studentene og de ansatte til gode. Foto: Fredrik Haugen Pedersen, OD/UiO.



Jan Eirik Ellingsen, leder ved Institutt for klinisk odontologi, og noen av de ansatte som hadde møtt fram for å se på den nye klinikken. Ellingsen tok imot sine kolleger i avdelingen for kirurgi. F.v: Tore Bjørnland, professor ved avdeling for oral kirurgi og oral medisin. Bak, dekan Pål Barkvoll. Foto: Jan Unneberg, OD/UiO.

Sikrer pasientvern

Det er oppussingen av kjeveortopedisk og kirurgisk avdeling, i tillegg til spesialistklinikken, som nå er blitt ferdigstilt, og gjenåpnet 8. oktober. De to første avdelingene fremstår i flunkende ny drakt, med helt nytt utstyr på alle uniter. I tillegg har den største hensikten med renoveringen vært å bedre personvern og sikkerhet for pasientene:

– Tidene har forandret seg og pasientgruppen er en annen nå enn da «Nybygget» sto klart på sekstitallet, forklarer Pål Barkvoll, dekan ved Det odontologiske fakultet.

– Tidligere hadde vi for eksempel en stor andel barn og pasienter med behov for behandling for karies, mens nå er det et mer sammensatt bilde av sykdommer og tannhelseplager. Det gjør at vi trenger mer plass rundt stolene, slik at vi kan jobbe og kommunisere mer uforstyrret med pasientene.

Kirurgisk avdeling ser nå totalt annerledes ut enn før: elleve uniter som før sto tett i tett på rad og rekke, har nå blitt til åtte uniter plassert inne i hver



Alle unitene på kjeveortopedisk og kirurgisk avdeling er blitt topp moderne og har helt nytt utstyr. Foto: Fredrik Haugen Pedersen, OD/UiO.

sin bås. De nye forholdene legger til rette for pasientvern i tråd med forskriftene, og gode muligheter for instruksjon og undervisning av studentene.

Ferdigstilt etter planen

Alle de involverte er svært fornøyde med at byggeprosjektet har blitt gjennomført etter planen – også tidsmessig.

– Jeg er veldig glad for at vi har kommet i land med dette, i rute. Det er jo ikke alltid det skjer, bemerket Ellingsen.

Årets totalreovering har vært tiltrengt lenge. Lokalene fremstår nå som lysere, åpnere og mer moderne.

– Vi er veldig fornøyde og nå blir det riktigere å bruke tilnavnet «Nybygget» igjen. Bygningen kommer nok til å bli omtalt som det så lenge vi blir her. Men vi har forhåpninger om et annet nybygg i ikke så altfor fjern framtid, legger Ellingsen til, og sikter til utredningen om å flytte hele fakultetet til Gaustadalléen ved Rikshospitalet.

Hilde Zwaig Kolstad

Alt kan ikke lagres i skyen.

Diplomet som henger på kontorveggen kan ikke lagres i skyen. Ikke Bodil heller. Med bedriftsalarm fra Sector Alarm er kontoret ditt trygt. Vi passer på det som er viktig for deg, og sørger for at kontoret er slik du forlot det sist.

Ring 21 05 98 49
for et godt tilbud på bedriftsalarm

**SECTOR
ALARM**)))

Din trygghet. Vår lidenskap.

På valg 2015

NTFs representantskap skal velge nytt hovedstyre i slutten av november. Tidende har spurt de ni kandidatene om hva de ser som hovedutfordringer og hva de vil prioritere i sitt arbeid som øverste tillitsvalgte i NTF.

Valgkomiteen har innstilt syv kandidater. To kandidater til hovedstyret er allerede valgt av henholdsvis Sentralt næringsutvalg og Sentralt forhandlingsutvalg. De valgte lederne av disse utvalgene trenger godkjenning av representantskapet før de trer inn i hovedstyret

NTFs representantskapsmøte, med valg til nytt hovedstyre, finner sted på Gardermoen 27. og 28. november.

Camilla Hansen Steinum

(Presidentkandidat. Gjenvalg, har sittet to hovedstyreperioder og to perioder som president.)

Alder: 39

Utdanning: Nordisk grunnfag Universitetet i Oslo (UiO) 1995–96, Cand. odont. UiO 2002. Kurs i lystgassedasjon, UiO 2003.



Foto: Kristin Aksnes.

Praksis: Offentlig ansatt/distrikts-tannlege Østfold 2002–06, undervist VKII for tannhelsesekretærer 2002 og 2005–06, privat praksis Fredrikstad 2003–. Instruktørtannlege, UiO 2006–07. Undervist i kommunikasjon og atferdsfag ved Det odontologiske fakultet, UiO 2010–11.

Foreningserfaring: Styremedlem Østfold TF 2005, kasserer Østfold TF 2006, leder Østfold TF 2007–11, var medlem i NTFs hovedstyre 2008–09, medlem NTFs hovedstyre 2010–11, president i NTF 2012–, styremedlem Norsk Tannvern 2012–, observatør Akademikerens styre 2012–13, styremedlem Akademikerne 2014–.

– *Hva ser du som den eller de største utfordring(en)e for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

– Det er flere store utfordringer for NTF og norske tannleger i tiden fremover. Vi er midt i en prosess med kommunereform, og Stortinget har vedtatt at Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) bør flyttes til kommunene. Her har NTF fortsatt et stort påvirkningsarbeid foran seg. Dette er en sak som vil kunne få store konsekvenser for hele tannhelsetjenesten. I denne viktige og krevende saken er jeg på vegne av NTF svært glad for at alle tannleger i dag er samlet i en forening. Det er ekstremt viktig at vi fortsatt klarer å stå samlet fremover. Klarer vi det vil dette gi NTF tyngde og troverdighet for optimal påvirkning. Jeg vil fortsatt arbeide for best mulig tannhelse og et best mulig tilbud til befolkningen, samtidig som jeg vil ha tannlegenes og medlemmenes situasjon i fokus.

Tannhelsetjenesten er en viktig del av den generelle helsetjenesten. NTF må videreføre arbeidet vårt for bredere samhandling av høy kvalitet med resten av helsetjenesten. Vi må befeste posisjonen til de orale sykdommene som en del av de ikke-smittsomme sykdommene, og tannlegene må ta sin del

av ansvaret for folkehelsen ved å ha fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Tannlegene har mye å bidra med på dette området.

Skal NTF fortsatt være en sterk organisasjon er vi avhengige av engasjerte medlemmer. Vi må øke engasjementet i lokalforeningene og rekruttere dyktige tillitsvalgte. Intern kommunikasjon er et viktig virkemiddel, og dette er noe som krever kontinuerlig fokus. For å forankre NTFs politikk blant medlemmene, er god kommunikasjon og informasjonsflyt ut til medlemmene veldig viktig. Vi har blitt bedre her, men vi skal bli enda bedre.

Vi har også utfordringer internt i sekretariatet ved at mange av tannlegene i sekretariatet og andre i lederposisjoner nærmer seg pensjonsalder i løpet av noen år. Arbeidet med å opprettholde et dyktig, effektivt og tilpassingsdyktig sekretariat må prioriteres.

– *Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?*

– Medlemskap i NTF skal være et kvalitetsstempel, og vi må fortsatt holde fokus på etikk!

Hovedstyret legger nå frem nye regler for obligatorisk etterutdanning, og denne ordningen vil også være med på å styrke kvalitetsstempelen MNMF. Foreningen må hele tiden ha fokus på å utvikle gode kurs for medlemmer og tillitsvalgte.

Utfordringene vi ser vil kreve stor innsats av oss som forening. Det blir veldig viktig å fortsette vårt politiske arbeid opp mot helsemyndighetene og politikerne i den neste perioden. NTF skal være premissleverandør, og vi må bruke vår innflytelse til det beste for tannhelsen og tannlegene.

NTF skal fortsatt arbeide opp mot media med en klar strategi.

– *Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?*

De fleste områdene av NTFs arbeidsprogram griper inn i hverandre, og det må ses på som en helhet. Representantskapet vedtar arbeidsprogrammet med spesifikke punkter som det skal rapporteres på, og dette vil styre hovedstyrets arbeid i stor grad.

Jeg er veldig opptatt av at NTF skal være en forening med medlemmer som er faglig oppdaterte og har en høy etisk standard. Dette er et arbeid som må gå kontinuerlig.

Arbeidet mot helsemyndigheter, politikere og media vil være et viktig satsingsområde hvor jeg skal engasjere meg også i neste periode

Det kommer store utfordringer for NTF i årene som kommer, og det er viktig at både de tillitsvalgte og sekretariatet er rustet for de oppgavene vi står overfor. Jeg vil fortsette å jobbe for en sterk samlet forening som er kompetent og tilpasningsdyktig.

- Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

Jeg har arbeidet både i offentlig og privat sektor. Jeg har vært instruktør-tannlege på universitetet i Oslo og en del av teamet som arbeidet med undervisning i kommunikasjon og atferdsfag samme sted. I tillegg har jeg undervist på tannhelsesekretæruddanningen. Dette gir meg en bred erfaring og kompetanse fra de ulike delene av tannhelsetjenesten.

Jeg har et godt innblikk i NTFs arbeid gjennom lokalforeningen og periodene i hovedstyret. Arbeidet i hovedstyret er langsiktig og med mine fire år som president, vil jeg bidra med viktig kontinuitet i den viktige og utfordrende perioden som kommer. Jeg håper at jeg får fortsette å bruke engasjementet mitt til å jobbe videre for NTFs medlemmer.

Gunnar Amundsen

(Visepresidentkandidat. Har vært hovedstyremedlem i to perioder, som leder for Sentralt næringsutvalg (SNU))

Alder: 51



Foto: Kristin Aksnes.

Utdanning: Cand.odont, Bergen 1989

Praksis: Deltidansatt i den offentlige tannhelsetjeneste 1989–1991 assistenttannlege 1989–1995. Privat praksis eier 1995–

Foreningserfaring: 1996–98: nestleder Haugaland Tannlegeforening, 1998–2002: Leder Haugaland TF, 2007–2008: Nestleder Haugaland TF, 2009–2011: Leder Haugaland TF, 2009: varamedlem Sentralt næringsutvalg (SNU), 2010–2011: Utvalgsmedlem SNU, 2012–2015: Leder av SNU og medlem av NTFs hovedstyre

- Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover ?

Ivareta alles interesser, og påvirke på en slik måte at den norske tannhelsetjeneste fortsatt skal forbli en suksesshistorie. Modellen er under sterkt press etter vedtak om å legge Den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene uten at det foreligger en konsekvensanalyse av en slik flytting. Både offentlig og privat sektor vil bli berørt, og det er av avgjørende betydning at rammevilkårene for drift blir ivare tatt på en for-

svarlig og forutsigbar måte innen begge sektorer.

I tillegg er det likevel viktig at NTF stiller seg positive til samhandling mellom de ulike aktørene i primærhelsetjenesten som den nye primærhelsetjenesten legger opp til. Primærhelsetjenesten er et viktig skritt i retning av å skape en helhetlig helsetjeneste med fokus på pasienten.

- Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

Personlig tror jeg jeg mye vil dreie seg om ovennevnte utfordringer. Derfor vil mye av arbeidet i neste periode dreie seg om å visualisere dagens velfungerende ordning og samtidig være åpne for forslag om endringer som kan gjøre ordningen eller tjenesten enda bedre. Ivaretagelse av begge ervervsgruppers interesser er en forutsetning i det videre arbeid.

Overvåke tannhelsemarkedet. Vi vet at vi har en stor nyrekruttering av nyutdannede tannleger både fra Norge og utlandet, og markedet for tannleger i både offentlig og privat sektor er i ferd med å mettes. Vi er med andre ord i ferd med å få en overproduksjon av tannleger. Hvordan skal vi møte denne utfordringen? NTF bør være den viktigste informasjonsaktør i fremtidens behovsanalyser! Vi må sette oss i stand til å levere data som beskriver det reelle behovet.

Fortsatt har vi et forbedringspotensiale vedrørende ekstern og intern kommunikasjon. Målet må være å videreforedle de etablerte informasjonskanalene, og samtidig stimulere medlemsmassen til å ta disse i bruk.

Videreutvikle lederkurs i NTFs regi for våre medlemmer. Målet er å treffe de medlemmer som ønsker tilleggskompetanse i ledelse. Kurset skal rette seg mot begge sektorer og være forbeholdt tannleger.

- Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

Arbeidsprogrammet er både omfattende og utfordrende, og skal skape

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



hovedstyrets arbeidsrammer i kommende periode. For meg er arbeidsprogrammet virkelig det området som våre medlemmer aktivt kan påvirke, og som de kan engasjere seg i. Her får man inn-sikt i det brede området som NTF engasjerer seg i på medlemmenes vegne. Det skal med andre ord prøve å avtegne de forventningene medlemsmassen har til NTF. Vi må derfor sørge for at vi fortsatt opprettholder et effektivt og tilpassningsdyktig sekretariat. I tillegg må det fokuseres på tillitsvalgtopplæing slik at vi i fremtiden fortsatt kan rekruttere dedikerte tillitsvalgte til lokale og sentrale tillitsverv.

– *Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?*

– Etter fire år i hovedstyret håper jeg at jeg kan representere kontinuiteten i styrearbeidet. I tillegg opplever jeg meg fortsatt som tydelig, fortsatt entusiastisk og temperamentsfull

Torbjørn Fauske

(Hovedstyremedlem. Gjenvalg, har sittet to hovedstyreperioder)

Alder: 51



Foto: privat.

Utdanning: Cand odont., Oslo 1988
Praksis: Militærtannlege/garnisonstannlege, Skjold garnison 1988–1990. Offentlig ansatt tannlege, Mosjøen 1990–1992, Tromsø 92–96, Mosjøen 96-.

Foreningserfaring: Styremedlem OTL, Nordland 91–92 og Troms 95–96. Styremedlem UTV, Nordland 2002–2003, leder UTV i Nordland 2004-. Leder Nordland Tannlegeforening 2010–2012. Varamedlem Sentralt for-

handlingsutvalg (SF) 2006–2012. Medlem NTFs hovedstyre 2012-.

– *Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

– Hvis stortingsvedtaket om en flytting av ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten til et kommunalt nivå blir realisert, vil det representere den største endringen siden tjenesten ble fylkeskommunalt forankret i 1984. En slik flytting, vil i realiteten bety en omfattende omorganisering av hele tjenesten. Det hersker derfor liten tvil i våre fagmiljøer om at dette høyst sannsynlig vil være til skade.

En svekket offentlig tannhelsetjeneste vil i neste omgang også kunne sette hele den velfungerende norske tannhelsemodellen i fare. Modellen har vært særdeles vellykket og vi har en befolkning med god tannhelse hos de aller fleste. Dette har slett ikke kommet av seg selv, og en god barne- og ungdomstannpleie med et solid forebyggende fokus må tillegges mye av æren.

Vi er som faggruppe også forunt med en høy grad av tillit i befolkningen, og har toppscore på brukerundersøkelser. Det burde med andre ord ikke være noen fornuftig grunn til å endre på denne organiseringen. Risikoen og fallhøyden er derimot stor.

I tillegg har markedssituasjonen for tannlegene blitt markant mer utfordrende de senere år. Det utdannes mange tannleger og tilgangen både på norsk- og utenlandsutdannede er god. Endel pasienter velger også å få gjort sin tannbehandling utenlands. Selv om det fortsatt finnes rekrutteringsutfordringer i enkelte utkantdistrikter, kan det nok på sikt bli et overskudd av tannleger.

Stilt overfor slike utfordringer er det særdeles viktig med en samlet og sterk tannlegeforening, som har evne og gjennomslagskraft til å ivareta medlemmenes samlede interesser på en konstruktiv måte. En viktig forutsetning for dette arbeidet er engasjement ute blant medlemmene, slik at Tannlegeforeningens politikk kan utformes og forankres på et bredest mulig grunnlag.

– *Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?*

– Først og fremst blir det viktig å arbeide aktivt for at en eventuell flytting av ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten ikke blir realisert

hvis det svekker tjenesten. En ubetinget premiss for Tannlegeforeningen i dette arbeidet må være å beholde en offentlig tannhelsetjeneste med minst like god kvalitet og av samme omfang som i dag. Her blir en videreføring av det kommunikasjonsstrategiske arbeidet viktig.

En god tillitsvalgtopplæing og fortsatt satsing på videreutvikling av kommunikasjonen med medlemmene er viktig for å skape engasjement i foreningen.

På kurs- og etterutdanningssiden er det stor aktivitet. Flere nettbaserte kurs er nå tilgjengelig for medlemmene. Slike kurs gir nye og spennende muligheter, og vil forhåpentligvis bli et nyttig tilbud, særlig for tannleger i distriktene.

TSE er oppdatert og videreutviklet med nye og spennende moduler.

En fortsatt sterk satsing på et kvalitativt godt kurs- og etterutdanningstilbud er viktig, og i tillegg en god stimulans for medlemmene til å oppfylle kravene i den obligatoriske etterutdanningen.

En solid tannlegefaglig ledelse av Den offentlige tannhelsetjenesten er viktig, ikke minst ved en eventuell kommunal forankring. I denne sammenheng bør et godt kurstilbud innen ledelse, med spesifikk innretning både på offentlig og privat tannhelsetjeneste nå komme på plass.

– *Hvilket område i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?*

– Selv om det nå er blitt god rekruttering av tannleger «til og med» i mitt fylke, så er det fortsatt store utfordringer knyttet til stabiliteten. God faglig ledelse og tannleger som blir i stillingene over tid, er viktige faktorer for en kvalitativt god tannhelsetjeneste. Derfor er vel målet om en tilfredsstillende tilgang på tannhelsetjenester i hele landet et naturlig valg, og herunder også gode lønns- og arbeidsvilkår for ansatte tannleger.

Uansett synes jeg hele arbeidsprogrammet er viktig, hvor helheten skal gi alle tannleger best mulige arbeidsvilkår og rammebetingelser, for derved å kunne tilby sine pasienter en god tannhelsetjeneste.

– *Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?*

– Jeg har lang erfaring som offentlig ansatt tannlege fra et fylke med til tider

stor tannlegemangel, og derved også mange yrkesmessige utfordringer.

I mange av disse årene har jeg vært UTV-leder, og i tillegg sittet som vara-medlem i Sentralt forhandlingsutvalg (SF). Har også vært leder av lokalforeningen i en periode.

Som forhandlingsleder og ansatt i en tannhelsetjeneste med slike utfordringer, gjør man seg mange erfaringer. Jeg har derfor god forhandlingskompetanse og kjennskap til avtaleverket. Den offentlige tannhelsetjenesten har jeg naturligvis god innsikt i, men jeg har også god kjennskap til privat praksis og deres utfordringer. Har vært medlem av NTFs hovedstyre i de to inneværende perioder.

Ellen Holmemo

(Hovedstyremedlem. Nyvalg)

Alder: 40 år.



Foto: Kristin Aksnes.

Utdanning: Odontologi ved UiB 1995–2000. Kurs i lystgassedasjon UiB 2006. Sertifisert som spesialopplært tannlege i kognitiv adferdsterapi for pasienter som er diagnostisert med

odontofobi og intraoral injeksjonsfobi 2014.

Praksis: Offentlig ansatt tannlege i Hordaland Vest tannhelse-distrikt fra 2001–. Stilling ved Senter for odontofobi i Bergen 2008–2013. Klinikkleiar Sotra klinikkområde fra 2013–. Suppleant Bergen tannlegevakt fra 2013–

Foreningserfaring: Tillitsvalgt i fylkeskommunen fra 2004. Hovedtillitsvalgt 2009–2013. UTV-representant i Bergen TFs (BTF) styre 2009–2013. Leder i valgkomiteen i BTF 2013–2015. Varamedlem i Sentralt forhandlingsutvalg 2011–2013. Medlem i sentralt forhandlingsutvalg 2014–2015. Representant for NTF i Akademikerne stat i 2013/2014. Representant for NTF i Akademikerne kommune i 2014/2015. Varamedlem i NTFs råd for tannlegeetikk 2011–2013. Medlem i NTFs råd for tannlegeetikk 2014–2015.

Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Det er uro i tannhelsetjenesten. Vedtaket om å flytte Den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene skaper redsel og usikkerhet. Det er frykt for at den velfungerende tjenesten som er utviklet over flere tiårs hard jobbing, skal svekkes.

Det er en kjempestor utfordring for foreningen vår å nå fram til politikerne med budskapet vårt, slik at de både hører og skjønner hva vi sier. Vi må ikke gi opp kampen for å få gjort om stortingsvedtaket som sier at offentlig tannhelsetjeneste ikke lenger skal være i fylkeskommunen. Samtidig må vi være med på å legge premissene i det pågående arbeidet med å flytte den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene.

Det er også en kjempestor utfordring å nå fram til urolige medlemmer som er redde for at Tannlegeforeningen ikke tar trusselen mot offentlig sektor alvor-

lig nok. Redde tunger taler om at NTF meler de privatpraktiserende tannlegenes kake. Det blir viktig med god kommunikasjon og en felles og tydelig agenda, for at det ikke skal bli splid og splittelse i en allerede liten forening.

Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

– Jeg mener at den politiske viljen til å flytte offentlig sektor er den aller største utfordringen for Tannlegeforeningen i den nærmeste perioden. Dette er fordi det er den største og mest omfattende endringen som kan komme til å ramme våre medlemmer. Men hele NTF sitt arbeidsprogram er viktig. Representantskapet vedtar et arbeidsprogram som hovedstyret skal jobbe etter.

Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Hovedstyret må ha engasjement for hele arbeidsprogrammet. At min bakgrunn er i offentlig sektor, betyr ikke at det bare er offentlige tannlegers lønns- og arbeidsvilkår som engasjerer meg.

Norske tannleger har veldig høy anseelse i befolkningen. Jeg er opptatt at vi skal fortsette å fortjene den anseelsen med å være faglig dyktige og etisk bevisste. NTF skal tilby god etterutdanning, og det er viktig at medlemmene skal ha NTFs etiske regler som forankring i hele sitt virke. Å gjøre medlemmene bevisst etiske regler, synes jeg er viktig.

Et velfungerende sekretariat er viktig for å ha god og effektiv medlemsveiledning.

Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Som mor til fire sønner har jeg trening i å kommunisere klart og tydelig. Som klinikkjef øver jeg meg stadig på å lede og å vise vei. Som tillitsvalgt i fylkeskommunen ble jeg godt kjent



Kirurgiklinikken
tann · kjeve · ansiktskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden
Teknologisk Institutt

www.kirurgiklinikken.no

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

Alt innen oral og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk

Tannlege

Frode Øye
spesialist i oral kirurgi

Tannlege

Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege

Eva Gustumhaugen Flo
Spesialist i protetikk

Lege & tannlege

Helge Risheim
spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

med hvordan dagens offentlige tannhelsetjeneste drives, og har kunnskap om avtaleverket som regulerer det. Som tillitsvalgt i Bergen Tannlegeforening og i NTF har jeg øvet meg på å samarbeide og å dra lasset i samme retning.

Benedicte Heireth Jørgensen

(Hovedstyremedlem. Nyvalg)

Alder: 40 år



Foto: privat.

Utdanning: Cand. odont 2001 Universitetet i Oslo (UiO), Kurs i lystgassedasjon 2002 (UiO).

Praksis: Den offentlige tannhelsetjenesten i Nord-Fron 2001–2002. Assistenttannlege Ullensaker 2003–2008. Privatpraksis Oslo 2007–

Foreningserfaring: Nestleder Oslo Tannlegeforening (OTF) 2010–2011, leder OTF 2012–2013. Vara NTFs hovedstyre 2014–2015. Valgkomiteen i Sentralt næringsutvalg (SNU) 2014–2015. Vara sykehjelpsordningen 2014–2015

– *Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

– NTF har flere store og sammensatte utfordringer i tiden som kommer. Det er både ytre påvirkning fra et globalt tannhelsemarked, men også nasjonale endringer som i den nye kommunereformen. I tillegg vil et økende antall nyutdannede tannleger gi en sterk økning i tilgjengelig arbeidskraft slik at arbeidsmarkedet trolig vil endres iforhold til slik det er nå.

– *Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?*

– NTF har programfestet at vi skal jobbe for en sterk offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende privat sektor. Kommunereformen er vedtatt og vi vil med stor sannsynlighet oppleve forandringer iforhold til slik tannhelsetjenesten er inndelt i dag. Tannlegeforeningen skal fortsette med det pågående informasjons- og påvirkningsarbeidet. Vi vet av erfaring hvilke prioriteringer som er til det beste for den generelle tannhelsen.

Slik jeg ser det vil en velfungerende offentlig tannhelsetjeneste også gi stabilitet i den private sektoren. Forutsigbare rammebetingelser er en nødvendighet i denne sammenhengen.

Jeg har sittet som vara i hovedstyret i inneværende periode og fulgt med i hvilken innsats som er lagt ned i møtet med politikere og forvaltning. NTF har vært og skal være tydelige på at vi er premissleverandørene i denne omfattende tannhelse reformen. Vi må sørge for at NTF blir hørt i spørsmål om folkehelse.

– *Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?*

– Det å være medlem av NTF skal være et kvalitetsstempel. Vi må rekruttere medlemmer og skape engasjement. Foreningen trenger aktive medlemmer på alle plan. Som medlem av NTF skal man ha fokus på yrkesetikk og god faglig standard.

Jeg mener at allmenntannlegen skal være ryggraden i norsk tannhelsetjeneste. Dette oppnår man ved å styrke grunnutdanningen og videreutvikle den obligatoriske etterutdanningen. Jeg er også opptatt av lederutvikling og mener at mange offentlig ansatte og privatpraktiserende tannleger vil kunne ha nytte av dette.

– *Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?*

– Jeg har en allsidig bakgrunn og har vært ansatt i det offentlige, vært assistenttannlege og er nå selv praksiseier. Det gir meg en unik mulighet til å se helhetlig på tannhelsetjenesten. Erfaringene fra tiden som leder i Oslo TF har også gitt meg solid innsikt i å identifisere problemer og se etter nyttige løsninger. Gjennom min erfaring som lokal og sentral tillitsvalgt håper jeg å bidra til et fortsatt godt samarbeid i hovedstyret.

Heming Olsen-Bergem

(Hovedstyremedlem. Nyvalg)

Alder: 46



Foto: privat.

Utdanning: Cand. odont. UiO 1997. Spesialist oral kirurgi og oral medisin, UiO 2005. PhD UiO innlevert juni 2015 (avventer disputas).

Praksis: Privat praksis, Halden og Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Østfold, Fredrikstad 1997–1998. DOT Troms, Sjøvegan 1998. Privat Praksis Oslo, 1999–2000. Instruktørtannlege UIO 1999–2005. Universitetslektor UIO 2006–. Privat spesialistpraksis Drammen 2003–. Forsvarets sanitet fra august 2015–. Leder spesialistutdanningen i oral kirurgi og oral medisin, UiO.

Foreningserfaring: Styremedlem Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin 2008–2010. Leder Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin 2010–. Styremedlem ITI Norge/Sverige 2012–.

– *Hva ser du som de(n) største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

– Jeg er opptatt av at NTF må spille en sentral rolle i utformingen av fremtidens tann-/munnhelsearbeid. Det er igangsatt omfattende endringer av tannhelsens rammebetingelser med blant annet kommunereform, ny tannhelseslov på gang, oppbyggingen av kompetansesentrene og desentralisering av spesialistutdanningene for å nevne noe. I disse prosessene kan det fort bli en kamp mellom grupperinger (politikere, byråkrater, den offentlige og private tannhelsetjenesten, kompetansesentrene og fakultetene) som er

involvert i tannhelsearbeidet. Jeg er opptatt av at NTF må ha en ledende og samlende rolle i utviklingen av fremtidens tann-/munnhelsetilbud. NTF har med alle sine medlemmer de beste forutsetninger for å se hvordan dette tilbudet bør bli. Svært viktig blir det å sikre en god teoretisk og klinisk tannlegeutdanning på landets tre fakulteter tilpasset behovet i Norge.

Dersom NTF skal stå sterkt og tydelig på de politiske arenaer er det svært viktig at NTF først klarer å samle medlemmene. Det er mange forskjellige interesser blant NTFs medlemmer, noe som er naturlig i en organisasjon som samler privat og offentlig tannhelsetjeneste, tannleger og tannlegespesialister. Det blir dermed svært viktig å ta Representantskapets medlemmer, medlemmenes talerør, med inn i de mange og dels vanskelige sakene som NTF må avgjøre fremover. Demokratiet må stå sterkt i en forening som NTF. I dette ligger det også en utfordring i å informere medlemmene om hvorfor det er nyttig å være medlem, og at deres stemme blir hørt og teller.

- Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

- I stor grad har jeg kommentert på dette ovenfor. Det blir svært viktig å stå tungt og samlet overfor politikere og byråkrater. Fremtidens tann-/munnhelsetilbud skal defineres av fagpersoner med pasientene i fokus og ikke av politikere med økonomiske kalkyler. Klarer NTF å få politikerne med seg har man lykket.

Tannlegeutdanningen i Norge må være viktig for NTF. Enkelte bekymrer seg for at manglende samarbeid mellom fakulteter og kompetansesentrene, og blant annet lønnsforskjeller mellom disse, i verste fall kan føre til en drengasje av gode lærerkrefter fra fakultetene. NTF bør arbeide for en samlet tannhelsetjeneste og for en styrket tannlegeutdanning i nært samarbeid med fakultetene.

NTF har gjort et arbeid med etterutdanning, kurs og landsmøte som er imponerende. Dette er etter min mening den best synlige og viktigste årsaken til medlemskap for enkeltmedlemmene. Det finnes også en rekke andre og svært viktige årsaker til å være MNTF. Dette må NTF synliggjøre overfor sine medlemmer. Samlet er vi sterke.

- Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

- Det er vanskelig å skille de enkelte områdene fra hverandre. De er alle viktige. Må jeg velge ett er arbeidet med synliggjøring av NTF i de politiske fora og i media svært viktig. NTF skal være en organisasjon som preger utviklingen innenfor vår del av helsearbeidet.

- Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

- Jeg har jobbet som tannlege både i privat og offentlig sektor. Jeg har vært instruktørtannlege ved både tannlege- og tannpleierutdanning, og er nå spesialisttannlege både i privat og offentlig sektor, inkludert Forsvaret. Jeg har som kursgiver og kursdeltaker opplevd mangfoldet, utfordringene og styrken til tannlegene i Norge, og som lærer ved Universitetet i Oslo (UiO) ser jeg fremtidens tannleger og deres forventninger til yrket. Ved UiO opplever jeg et engasjement, et samarbeid, en gjensidig respekt og forståelse mellom studenter, tannleger, spesialisttannleger og forskere og mange andre. Jeg tar med meg alle disse erfaringene inn i hovedstyret og vil arbeide for en samlet og samarbeidende tannhelsetjeneste.

Anne Kristine (Tine) Solheim
(Hovedstyremedlem. Nyvalg)

Alder: 33



Foto: Kristin Aksnes.

Utdanning: Master of Odontology, Universitetet i Oslo 2006

Praksis: Offentlig ansatt/distriktstannlege i Sør-Trøndelag 2006–2014. Assistenttannlege i privat praksis i Trondheim 2014–

Foreningserfaring: Medlem av Sør-Trøndelag Tannlegeforening (STTF) kursnemd 2007–2013. Sekretær i Norsk rettsodontologisk forening 2008–2012. Varamedlem, styret i STFF 2010–2011. Sekretær i styret i STFF 2011–2013. Leder STTF 2013–. Andre vara til NTFs hovedstyre 2013–2014.

- Hva ser du som den eller de største utfordring(en)e for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

- Den største utfordringen er arbeidet med kommunereform og Stortingets vedtak som sier at Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) bør flyttes fra fylket til kommunen.

I tillegg blir det en stor utfordring å henge med på den store endringen på kommunikasjonsfronten som har skjedd de siste årene. Kommunikasjon har blitt så ekstremt lett tilgjengelig via kanaler som Facebook, Twitter osv., og her ligger det en stor utfordring i hvordan NTF kan og bør benytte seg av disse kanalene. En stor andel av medlemsmassen er «alltid» pålogget Facebook, og for mange blir dette derfor den enkleste måten å kommunisere med kolleger på. Det blir spennende å finne ut om foreningen kan finne en kommunikasjonskanal til medlemmene som er like «enkel» i bruk, og samtidig gir oss en trygghet i rammene rundt som gjør at vi kan diskutere åpent og fritt og trygt uten at kommersielle aktører sitter med eierskap i alt som legges ut og skrives. Medlemsforumet på NTFs hjemmeside er et godt alternativ, men vi må jobbe med å få engasjement rundt og aktivitet i forumet. Det er jeg veldig interessert i å jobbe mer med.

- Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende periode?

- Jeg mener at det er veldig viktig å være proaktiv og jobbe mye opp mot kommunereformen. Prøve å finne ut hva som ligger i kortene og påvirket der vi kan slik at utfallet som kommer fungerer best mulig for både tannleger og pasienter.

Jeg mener også at vi bør fortsette på den veien vi har begynt, med å være mer synlige i mediene og samarbeide med andre helseaktører, som ved siste Munnhelsesdag hvor vi samarbeidet med Diabetesforbundet. Dette vil ha en positiv effekt på hvordan tannleger blir sett på av befolkningen generelt, ved å være en aktiv aktør på folkehelsefronten, og blant medlemmene med tanke på å synliggjøre arbeidet som legges ned i foreningen.

- Hvilke(t) område(r) i foreningens arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

- Det er tre hovedpunkter jeg engasjerer meg litt ekstra for:

Å jobbe for enda bedre finansieringsordninger for de pasientene som tren-

ger det mest. Her kommer et annet punkt i arbeidsprogrammet veldig kraftig inn, noe som også engasjerer meg med tanke på den kommende kommunereformen:

At NTF skal være en premissleverandør i tannhelsepolitiske spørsmål.

Det siste punktet som får meg ekstra engasjert, er å opprettholde tannlegenens omdømme i befolkningen. Vi må fremsnakke hverandre og levere arbeid av høy kvalitet samtidig som vi passer på å beholde den høye etiske standarden vi allerede har.

- *Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?*

- Jeg har ni års erfaring fra DOT, og jobber nå i privatpraksis. Jeg har også sittet fire år som sekretær i styret til Norsk Rettsodontologisk forening og jobbet mye med å lage en hjemmeside for dem, samtidig som jeg er svært interessert i IT og sosiale medier. Dette gjenspeiler seg i hva jeg har lyst til å jobbe spesielt mye med i foreningen.

En sentral og svært viktig del av NTFs arbeid er kurs og etterutdanning. Gjennom kursnemnda i Sør-Trøndelag TF har jeg vært med å arrangere både mindre kurs og Midt-Norgemøtet i flere år, og dette er en erfaring det er nyttig for meg å ta med meg inn i arbeidet i NTFs hovedstyre.

Farshad Alamdari

(Hovedstyremedlem. Gjenvälgt som leder av Sentralt forhandlingsutvalg (SF). Har sittet en hovedstyreperiode.)



Foto: Kristin Aksnes.

Alder: 50

Utdanning: Cand. odont. Oslo 1993

Praksis: Offentlig ansatt Nordland fylkeskommune-Lurøy 1993-94, Hedmark fylkeskommune, Trysil 1994-

Foreningserfaring: Styremedlem og kasserer Hedmark tannlegeforening 1995-2001, leder UTV Hedmark 2002-2013, nestleder Sentralt forhandlingsutvalg (SF) 2008-2013, varamedlem NTFs hovedstyre 2008-2013, leder av SF og medlem av NTFs hovedstyre 2014-.

- *Hva ser du som de(n) største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

- Den største utfordringen for NTF, og særlig offentlig sektor, i de nærmeste årene blir vedtaket om å overføre Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til kommunene og konsekvensene av det. Selv om vedtaket er fattet, er det likevel mange uavklarte spørsmål. Vedtaket er lite detaljert og mye er overlatt til kommunene. I tillegg vet en ikke hvordan det vil gå med kommunereformen og hvordan kartet vil se ut.

- *Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?*

- Helt klart arbeidet med vedtaket om overføring av Den offentlige tannhelsetjenesten blir svært viktig i kommende periode. Ha god dialog med og arbeide målbevisst mot myndighetene for å tydeliggjøre verdiene og sukseskriteriene i dagens tannhelsemodell og konsekvensene av en eventuell flytting av ansvaret.

I tillegg synes jeg at vi skal fortsette arbeidet med lederopplæring, både i offentlig og privat virksomhet.

- *Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?*

- Arbeidsprogrammet består av flere elementer som hver for seg er viktige og som gjør helheten spennende og interessant. Hvis jeg skal nevne noe spesielt område, må det bli å bevare en sterk offentlig sektor og gode lønns- og arbeidsvilkår for offentlig ansatte tannleger. Dette blir svært viktig dersom flyttingen av offentlig tannhelsetjeneste blir en realitet.

- *Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?*

- Håper at min erfaring som hovedtillitsvalgt og forhandlingsleder både lokalt og sentralt, evnen til å finne løsninger og samarbeid, og kjennskap til

lover og regler vil bidra til hovedstyrets videre arbeid.

Ralf Husebø

(Hovedstyremedlem. Nyvalgt som leder av Sentralt næringsutvalg (SNU). Tre perioder som vara til NTFs hovedstyre.)

Alder: 46



Foto: privat.

Utdanning: Cand.odont. Universitetet i Bergen (UiB) 1995.

Praksis: Praksiseier i Sandnes 1998-

Foreningserfaring: Medlem PTL-styret 1998-1999. Leder PTL Rogaland 1999-2001. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2001-2002. Leder Landsmøtekomiteen (Stavanger) 2006, 2002-2007. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2007-2009. Leder i Rogaland TF 2009-2011. Vara til NTFs hovedstyre 2010-2015.

- *Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

- Kommunereformen som sittende regjering ønsker å gjennomføre vil kreve mye av oss i tiden som kommer. NTF har et klart standpunkt som motstandere av reformen, og har formidlet dette tydelig. Det skal vi fortsette med, men samtidig må vi ikke bli sittende på sidelinjen. Med valgresultatet i år er det usikkerhet rundt hvordan regjeringen vil gå videre med kommunereformen, men om de velger å gjennomføre den så er det viktig at NTF er med som premissleverandør slik at vi ivaretar våre medlemmer i offentlig sektor og pasientenes rettigheter på best mulig måte.

Det utdannes for tiden mange norske tannleger, både i og utenfor Norge. Dette fører til økt konkurranse, noe som

vanligvis gagnar konsumentene (pasientene), men det kan også ha uheldige konsekvenser. Når markedet blir stramt og det blir lite å gjøre for enkelte tannleger så gjelder det å ha integritet nok til å ikke overbehandle. Vi ser allerede nå at det er svært stor søkning til ledige stillinger, og vi vil nok kunne komme i en situasjon med arbeidsledige tannleger snart. Dette gir mange nye utfordringer til NTF.

– *Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?*

– Om kommunereformen gjennomføres så bør det være NTFs viktigste oppgave de neste to årene å påvirke denne prosessen. Dette bør gjøres for å sikre alle våre medlemmer i offentlig sektor like gode arbeidsforhold i en eventuell ny organisering som de har i dag, samt for å sikre at pasientenes tannhelse ivaretas minst like godt som i dag.

Fortsette utviklingen av kurs slik at alle våre medlemmer kan holde seg oppdaterte til enhver tid. Skal vi opprettholde vårt gode omdømme så er det viktig at våre medlemmer går på kurs. Derfor er det viktig at NTF stadig utvikler sine kurs slik at medlemmene går på dem. Kursene må være relevante, interessante, lett tilgjengelige og varierte både i innhold og form.

NTF må hele tiden jobbe for å være premissleverandør i tannhelsepolitiske spørsmål. For å kunne påvirke tannhelsepolitikken må vi jobbe kontinuerlig med å fremme våre syn både i politiske prosesser og i samfunnsdebatten.

– *Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?*

– Alle som sitter i NTFs hovedstyre må tenke på helheten i arbeidsprogrammet og ta ansvar for det. Områder som engasjerer meg mye er kursutvikling (deriblant lederkurs for tannleger), yrkesetikk, gode arbeidsforhold for

både praksiseiere og ansatte eller leietannleger, tannhelsepolitiske spørsmål og at vi står samlet som en sterk forening.

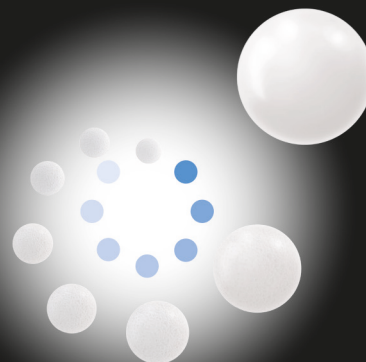
– *Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?*

– Jeg har erfaring som praksiseier, arbeidsgiver og leder. Også i foreningssammenheng så har jeg lang erfaring, både i og utenfor NTF. Samtidig har jeg et stort samfunnsengasjement, og mener at vi som forening har en viktig rolle å spille i samfunnet som premissleverandør for tannhelsepolitikk. Jeg har også deltatt på nesten samtlige representantskap i NTF siden 1999.

Om ikke fullt så relevant: Jeg er gift og har fem barn pluss fosterbarn og har erfaring som leder i en rekke styrer innen idrett, korps og skole.

Ellen Beate Dyvi

based on
new: SphereTEC™
www.dentsply-spheretec.com



VITA is not a registered trademark of DENTSPLY International Inc.

ceram.X®
universal nano-ceramic restorative

Unik teknologi, unik følelse

- Utmerket adaptasjon og formbarhet
- Poleres raskt til fantastisk glans
- Enkelt fargesystem: 5 farger dekker hele VITA-skalaen



For better dentistry

DENTSPLY

DENTSPLY | www.dentsply.no | Frank Hansen Tlf: 97608438 | Trude Hansen Tlf: 95471265 | Carmen Lundberg Tlf: 90526063

Næringspolitisk forum, Gardermoen, 18–19. september 2015:

Kontrakter, konflikter og kommunereformen

Kontrakter, gruppediskusjoner rundt den kommende kommunereformen og ikke bare godt nytt fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) var det faglige hovedinnholdet på Næringspolitisk forum.

Leder i Sentralt næringsutvalg (SNU), Gunnar Amundsen ønsket de 21 representantene for lokalforeningene, hovedstyre, sekretariat og gjester velkommen, og understreket at målet med Næringspolitisk forum er å være et arbeidsverksted, en møteplass og et sted for nettverksbygging.

Som årets viktigste nyheter nevnte Amundsen spesielt:

- Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse, som fra 2015 tilbyr gradert sykemelding.

- NTFs lederkurs våren 2015 som hadde svært god søkning og dekket et stort behov.

- At tannteknikerkompetansen i Norge må ivaretas.

Lojalitetsplikt i kontraktsforhold

Dr. juris. og konstituert lagdommer i Hålogaland lagmannsrett, Henriette Nazarian, snakket om lojalitetsplikt i kontraktsforhold med utgangspunkt i NTFs standardkontrakt «Avtale om samarbeid mellom tannleger».

De fleste har en formening om hva som er lojalt, og ofte er det samsvar mellom det en føler og den juridiske tolkningen, men ikke alltid. Det kan oppstå konflikter og brudd. En arbeidsgiver har styringsrett, i motsetning til en praksiseier som har inngått en samarbeidsavtale med en assistenttannlege, sa Nazarian. Det er stor grad av avtalefrihet mellom næringsdrivende, og svært viktig at det inngås gode og gjennomsatte kontrakter. Det er imidlertid begrensninger i avtalefriheten.

Gjensidig forståelse av hverandres ståsted er sentralt i alt samarbeid. Lojalitet kommer inn i alle forhold. Høyesterett har slått fast i en rekke dommer at man har lojalitetsplikt i kontraktsforhold. Innholdet i partenes gjensidige

lojalitetsplikt er i rettspraksis forklart slik; «Om lojalitetsplikten er brutt vil bero på en konkret og skjønsmessig interesseavveining. I kravet om lojalitet ligger at partene tar hensyn til hverandres interesser selv på punkter hvor de etter avtalen ikke har noen uttrykkelige plikter overfor hverandre. Det er imidlertid grenser for hvor langt man kan gå i å pålegge avtaleparter å ta hensyn til hverandres interesser.»

Det er ikke krav om at det må være økonomisk tap for at det skal være klanderverdig. Det kan ha betydning om det er snakk om en beskyttelsesverdig forventning og begges levebrød.

Lojalitetsplikten og begrensningene i avtalefriheten kan for eksempel bety at assistenttannlegen har plikt til å ivareta en praksis' renommé, eller at praksiseier i rimelig grad må legge til rette for at assistenttannlegen kan avvikle fødselspermisjon.

Grunnleggende felles interesser for praksiseier og leietaker er blant annet et godt arbeidsmiljø og god pasienttilgang.

- Er det noe som bør endres i standardkontrakten? spurte Nazarian, og den ble deretter gjennomgått med mange kommentarer fra salen.

Det ble understreket at en standardkontrakt alltid skal tilpasses partene. Den prosentvise fordelingen av inntektene må alltid være en vurdering partene gjør i forhold til pasient- og inntektsgrunnlag.

Nazarian sa også at det kan være en god idé å avtale hva som skjer ved et eventuelt avtalebrudd, det vil si vilkår for og beregning av erstatning.

De siste årene er det blitt stadig vanligere med konkurranseklausuler i tillegg til kontrakten, og her oppstår det lett konflikter. Hun understreket at selv om man avtaler spesielle klausuler, betyr ikke det at disse står seg i retten. Ikke alle konkurranseklausuler er beskyttelsesverdige, en kan ikke



Gunnar Amundsen, leder av Sentralt Næringsutvalg (t.v.), var arrangør av Næringspolitisk forum 2015. Atle Hagli, Anne Marte Frestad Andersen og Ralf Husebø (leder) utgjør det nye styret fra 01.01.2015.



Tore Grøtholm fra Norsk Pasientskadeerstatning kunne fortelle om flere regressaker under oppseiling.

begrense folks rett til erverv. Konkurransetilsynet har for øvrig sagt at NTFs standardkontrakter ikke kan ha konkurranseklausuler. Det ville i så fall være ulovlig markedsregulerende. Når NTF holder kurs om kontrakter, blir alle disse temaene tatt opp.

Konfliktområdene er først og fremst: Økonomi og fordelingssatser, forskjell i ansvar mellom praksiseier og leietaker, eierskap til pasientporteføljen og forholdet til hjelpepersonell.

Praksiseier er ansvarlig for at hjelpepersonell er til stede. Mangel på hjelpepersonell kan være et stort kapasitetsmessig problem ved sykefravær og vakanser.

En revisjon av NTFs standardkontrakter er for øvrig på trappene.

Norsk pasientskadeerstatning

Tore Grøtholm fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) snakket om erfaringene med tannlegebransjen og om praksis i erstatningssaker mot tannleger.

47 prosent av alle saker som er meldt inn til NPE fra privat helse, er tannskader. Medholdsandelen er gått nedover. Den er nå på 34 prosent for spesialister og 41 prosent for andre.

Hva klages det på? De vanligste klagen gjelder smerter etter nerveskader, kutt, og lignende, forsinket og/eller manglende behandling av periodontitt, broer og kroner som har kortere levetid enn forespeilet, infeksjoner etter rotfyl-



Dr. juris.og konstituert lagdommer i Hålogaland lagmannsrett, Henriette Nazarian, snakket om lojalitetsplikt i kontraktsforhold.

linger, smerter etter rotfyllinger, nerveskader etter trekking av tenner, og i forbindelse med anestesi.

Antall mottatte saker har økt, fra 134 saker i 2009 til 372 saker i 2014. Medholdsandelen har derimot gått nedover, fra 67 prosent i 2009 til 36 prosent i 2014. Utbetaling i tann saker var i 2014 på 10,5 millioner kroner.

Av årsakene til medhold, er mangelfull eller manglende behandling eller undersøkelse den viktigste, med over en tredjedel av sakene. En god nyhet er at andelen medhold på grunn av mangelfull journalføring går stadig nedover, og er nå nede på sju prosent.

NPE har for øvrig en stor og god statistikkdatabase som alle kan få tilgang til på www.npe.no

Fleire regressaker

Det er fremdeles mangel på kunnskap om NPE hos tannleger, sa Grøtholm. De har for tiden to regressaker og ytterligere ti under oppseiling. Dette er tannleger som ikke har betalt den pliktige kontingenten til NPE. NPE søker regress for hele beløpet, og i ytterste konsekvens kan dette straffes med bøter og fengsel inntil tre måneder.

De største utfordringene for NPE er blant annet pasienter som avventer nødvendig behandling eller velger billige løsninger. Dette må alltid journalføres, ellers kan en få erstatningsansvar.

Så er det mangel på røntgenbilder og dårlige bilder. I en del tilfeller fremkommer det ikke i journalen om alternative behandlingsløsninger er diskutert og dette kompliserer sakene. Så er det utfordringene rundt serieskader, personlige kriser og rus samt mangelfull kommunikasjon og informasjon.

Et eget problemfelt er bytte av tannlege, hvor ny tannlege vurderer at tidligere behandling har vært mangelfull og at ny og gjerne dyr behandling bør gjennomføres. Her er det eksempler på overbehandling og unødig kritikk mot tidligere behandler fra ny tannlege.

Bedre journalføring

Gode journaler er mer og mer utbredt, men mangelfull journalføring er fremdeles et problem selv om det blir stadig mindre. Det er viktig at alle journaler inneholder vurderinger og diagnoser, ikke bare hva som er gjort. Her holder ikke standardtekster. Opplysningene i journalen tillegges mye vekt, og en mangelfull journal styrker pasientens versjon. En høyesterettsdom sier at en journal inneholder tidsnære opplysninger som skal tillegges vesentlig vekt, og veier mer enn hva pasienten eller tannlegen sier noen år senere. Uttalelser flere år senere kan sprike veldig, slik at hvis det skulle vært journalført, men ikke er det, går tvilen i pasientens favør.

Ved pasientskade

Hvordan skal en opptre som helsepersonell ved en pasientskade? Det er kun pasienter som melder inn til NPE. Tannlegen er pliktig til å informere om både skaden og muligheten for å melde saken inn til NPE.

Grøtholms råd, hvis det synes å være dårlig behandling fra en kollega: Vær forsiktige med å kritisere, ofte har man ikke full oversikt. Det kan for eksempel være at pasienten har valgt minimumsbehandling av økonomiske grunner. Overlat til NPE å vurdere om det er en skade som kan gi grunnlag for erstatning.

Ved skader voldt etter 01.01.2009 er hovedregelen for ansvarsgrunnlaget at pasienten har krav på erstatning når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes. Det er altså ikke krav om uaktsom handling og ikke fokus på subjektiv skyld. Det kan være et uhell, men ikke uten brudd på god praksis.



Hvordan planlegge for en kommunereform som ingen enda vet særlig mye om? Fra gruppediskusjonene: f.v. Pål S. Johnsen, Nordland TF, Eliann Jensvoll, Troms TF og Bård Anders Hagen, Finnmark TF.

De fleste forsikringssakene er på over 10 000 kroner, og det er noen få som drar opp antallet.

Utenlandsarbeid faller utenfor NPes ordning, og det er viktig å dokumentere godt i journalen hva du ser når pasienten kommer.

Kommunereformen

Arnt Einar Andersen innledet gruppediskusjonene rundt kommunereformen. Uansett hvordan det blir, er det viktig å ha gjort seg noen tanker om hvilke muligheter som finnes.

Som del av et stort prosjekt ble det gjort et prinsippvedtak om å legge Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til kommunene. Et stortingsflertall ligger bak meldingen hvor formålet er å kunne tilby gode og likeverdige tjenester til befolkningen, og gi mer makt til kommunene. Meningen er at offentlig tannhelsetjeneste skal flytte til store robuste kommuner, og det blir opp til kommunene å tilrettelegge for lovbestemte tjenester. Det arbeides med et nytt lovverk som det bør være mulig å påvirke i denne prosessen. Saken kommer opp på nytt i Stortinget i 2017.

Dette skiftet i forvaltningsnivå får sannsynligvis også konsekvenser for privat sektor, uten at en vet hvilke. Finansieringsmodellen er usikker; vil det bli en rammebevilgning eller øremerkede midler? Og hvilken ledermodell vil kommunene gå inn for? Hva med rettighetspasienter i privat praksis? Vil det bli snakk om regulering av priser og refusjoner? Hva med klinikkstrukturen? En bør ikke bli overrasket hvis det blir snakk om reguleringer og fasttannlegeordning, sa Andersen. Her er DOT en brikke i et stort spill.

Til håpet om at prosessen vil kjøre seg fast, trekke i langdrag og ikke bli til noe, sa Andersen at når Arbeiderpartiet, Høyre med flere vil ha kommunereform, da blir det slik.

Vi må tenke fem til ti år framover og ta vare på det som er bra inn i et nytt forvaltningsnivå, sa Andersen.

Kari Odland, leder i Praksiseierforeningen deltok på møtet som gjest, og mente at sjansen for prisregulering og fasttannlegeordning var mindre enn noen gang.

– Hvis det ikke kommer mer penger, kommer det ingen regulering, sa

Odland. Det har vært frykt for regulering i 20 år, og det har ikke skjedd.

Hva er det viktig å bevare?

Forutsatt ny kommunereform, hva er det viktig å beholde? Både det offentlige tannhelsetjenestetilbudet, tannlegevakt, kursing og TOO (Tilrettelagt tannhelsetilbud til pasienter som har vært utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi) ble nevnt som noe av det viktigste

De viktigste momentene fra gruppearbeidene kan oppsummeres slik:

– Mindre enheter kan være like robuste som store, og kan være vel så effektive. Kommunenivå er ikke nødvendigvis dumt. Spesielt i Nord-Norge er det store avstander og det kan ikke være for få og for sentrale klinikker.

– Det er viktig å få tannleger som ledere. På kommune- og fylkesnivå i dag er det ansatt tre ganger så mange leger.

– På den annen side er det viktigere å få en god finansieringsstruktur enn hvem som skal være ledere. Det er viktig at det stilles krav til kommunen om å løse oppgavene. Tannlegekompetansen finnes og vil ikke forsvinne.

– Fagråd bør være fylkestannlegen, som må ivareta tannhelsetjenesten i budsjettprosessen. Her er det en fare å få en helsesjef som ikke har tannhelsetjenestebakgrunn og ikke vet nok om feltet.

– Det er viktig å bevare fri etablering.

Hva må være på plass?

Hvilke forutsetninger må være på plass før DOT overføres til kommunene?

– Konsekvensutredninger og pilotprosjekter er nødvendig. Det kan ikke være tilfeldig hvordan kommunene skal løse tannhelsen, det må finnes retningslinjer og økonomiske modeller. Ledelsesspørsmålet i små kommuner er dessuten vanskelig. Skal tannhelsetjenesten ligge under kommunelegen?

Samarbeid mellom privat og offentlig tannhelsetjeneste

Privat og offentlig sektor må samarbeide. Hva skal til for at dette skal gå bra? Flere lokalforeningsrepresentanter mente at samarbeidet i dag er ikke-eksisterende i mange områder.

– Gode retningslinjer og regelverk er viktig. Man må unngå anbudsprosesser slik de har for eksempel i barnehager.

– Det må være øremerkede midler.

– Akuttberedskapen må videreføres.

– En utfordring ved overføring til kommunene for en samlet tannhelsetjeneste er at kompetansesentrene kan bli lokale for bykommunene.

Valg

SNU har i denne perioden bestått av Gunnar Amundsen, Atle Hagli og Svein

Øksenholt med Anne Marte Frestad Andersen som vara. Advokat i NTF, Tone Galaasen, har vært sekretær.

Det ble foretatt valg av Sentralt næringsutvalg 01.01.2016–31.12.2017. Ny leder ble Ralf Husebø og medlemmer Atle Hagli og Anne Marte Frestad Andersen. Varamedlem: Rune Kvaran. Valgkomiteen har bestått av Niklas Angelus, Jørn Kvist og Benedikte Heireth Jørgensen.

Til slutt

Til slutt hadde styret en viktig oppfordring: Kontakt SNU! Det er den eneste måten SNU kan vite hva som rører seg ute blant medlemmene.

*Tekst og foto:
Kristin Aksnes*



ARCORAL
NYTT
middel ved
munntørrehet

Overmettet kalsiumfosfat-løsning. Kunstig erstatning for saliva.

Arcoral brusetablett pleier tilstander i munnhulen som ofte er forårsaket av strålebehandling, kirurgi, Sjøgrens syndrom, mukositt, hyppig bruk av medikamenter eller blokkerte spyttkjertler

Den positive virkningen av overmettet kalsiumfosfat-løsning ved behandling av munntørrehet er vist i flere studier*.

Arcoral er enkel i bruk, bekvem og har ingen kjente bivirkninger.

ARCORAL BRUSETABLETT
Arcoral er CE merket.
Arcoral fås kjøpt reseptfritt på Boots apotek.
Mer informasjon: www.arcoral.no

*Utvalg av kliniske studier:
Bone Marrow Transplantation; (2003) 31, 705-712. A prospective, randomized trial for the prevention of mucosities in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. A.S. Papas, R.E. Clark, G. Martuscelli, K.T. O'Loughlin, E. Johansen, K.B. Miller.
Assessing supersaturated calcium phosphate rinse in preventing and remineralizing caries. J. Dent Res 80 (ADDR Abstracts): 159, 2001: M. Singh, A.S. Papas, E. Johansen.

Lønnspolitisk forum, Oslo, 8.-9. oktober:

Bli det bra nok i kommunen?

Stortingsvedtaket fra juni i år om flytting av Den offentlige tannhelsetjenesten fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå opptar offentlig ansatte tannleger. Først og fremst er de redde for at en flytting av tjenesten skal gjøre den dårligere.

Lønnspolitisk forum i oktober hadde for øvrig rekordstor deltakelse. Lederen av Sentralt forhandlingsutvalg (SF), Farshad Alamdari viet mesteparten av sin innledning til å gjennomgå bakgrunnen for kommunereformen og vedtaket om å flytte tannhelsetjenesten, og sa at hva NTF mener om saken kan virke utydelig. NTFs generalsekretær, Richard Næss, utdypet bakgrunnen noe, før han slo fast at NTF ser beslutningen om å flytte tannhelsetjenesten som uklok og uansvarlig. Næss viste til innlegget i Stortingets åpne høring 14. april og kronikken til NTFs president i Aftensposten 24. mai i år.

Avdelingsdirektør Kjell Røynesdal fra Helse- og omsorgsdepartementet kalte sitt innlegg 'Kommunereform – utfordringer og muligheter med hensyn til tannhelse'. Han hilste forsamlingen med å fortelle at han også er tannlege, og at han også har jobbet offentlig – før han valgte å jobbe for forvaltningen, først i Helsedirektoratet og senere i det som nå heter Helse- og omsorgsdepartementet. Der har han vært siden Gudmund Hernes var helseminister i Gro Harlem Brundtlands tredje regjering, altså siden en gang mellom desember 1995 og oktober 1997.

Bygger på politisk ideologi – samfunnet skal bygges nedenfra

Røynesdal begynte sin innledning med å gjøre rede for den politiske ideologien som ligger bak kommunereformen, og vedtaket om flytting av tannhelsetjenesten. I Stortingsmelding 14 (2014–15) heter det at oppgaver skal overføres



Avdelingsdirektør Kjell Røynesdal snakket om regjeringens politiske ideologi og fordeler og ulemper ved flytting av tannhelsetjenesten til kommunen. Foto: Ellen Beate Dyvi.

fra fylkeskommunene og staten med sikte på å gi mer makt og myndighet til mer robuste kommuner, noe som også er nedfelt i Sundvolderklæringen og kommuneproposisjonen. Samfunnet skal bygges nedenfra, mener nåværende regjering.

Målet med kommunereformen er å gi gode og likeverdige tjenester til innbyggerne, en helhetlig og samordnet samfunnsutvikling, bærekraftige og

økonomisk robuste kommuner og styrket lokaldemokrati.

Regjeringen vil spre makt, og bygge samfunnet nedenfra. Enkeltmennesker, familier, organisasjoner og lokalsamfunn skal få større innflytelse over saker som angår dem selv og over samfunnsutviklingen.

Flertallet på Stortinget, bestående av Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig folkeparti og Venstre mener at ansvaret

for tannhelsetjenesten bør overføres til kommunen. (Noen av de som ikke ønsker at dette skal bli realisert har knyttet et håp til bruken av ordet 'bør' i denne sammenheng. Røynesdal gjorde det imidlertid klart at ordet 'bør' betyr 'skal'.)

Kommunereformen vil legge et grunnlag for at flere oppgaver kan løses nærmere innbyggerne, og at det lokale selvstyret kan styrkes.

Tanken er at flere oppgaver vil gi kommunene mulighet til å utvikle et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til innbyggerne, samtidig som det vil skape større interesse for lokalpolitikken – det vil si et levende lokaldemokrati

Retningslinjene for oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene dreier seg om at oppgaver skal legges på lavest mulig effektive nivå, og samtidig på et tilstrekkelig nivå hva angår faglig og økonomisk bæreevne.

Geografisk nærhet og politisk nærhet skal tillegges vekt av regjeringen, og hvor oppgaven plasseres skal vurderes med hensyn til prioriteringseffektivitet og kostnadseffektivitet.

Opgaver som krever stor grad av koordinering og oppgaver som har store kontaktflater med hverandre, bør legges til samme forvaltningsorgan. Tannhelsetjenestens samarbeid med kommunale tjenester vurderes som særlig viktig. Det gjør også tilgjengelighetshensynet, og med det lokalisering av klinikker. Flere enn 90 kommuner har ingen tannklinikk, ytterligere 90 har klinikker som kun er bemannet enkelte dager. Det er altså ikke tilfredsstillende tilgjengelighet i rundt 180 kommuner. Dette ønsker regjeringen å gjøre noe med. På den annen side ser Helse- og omsorgsdepartementet utfordringene med å bevare stordriftsfordelene på områder som tannlegevakt, narkosebehandling, odontofobi, rusinstitusjoner, fengsler, spesialisttjenester,

praksisdelen i grunnutdanningen, forskning og forebyggende innsats. Nærhetshensynet står med andre ord i motsetning til effektivitetshensynet.

Organisering og finansiering

Kommunene står fritt til å organisere ansvaret for tjenesten, enten i egen regi, i samarbeid med private eller ideelle aktører, eller i samarbeid med andre kommuner. Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansetilbudene i regionale kompetansesentre og i spesialisttannhelsetjenesten.

Staten vil for øvrig ikke legge seg opp i hvordan kommunene organiserer tannhelsetilbudet. Alt er opp til kommunen.

Røynesdal gjorde det videre klart at det ikke er aktuelt med tredjepartsfinansiering, som i fastlegeordningen, eller finansiering med øremerkede midler. For tannhelsetjenesten blir det ramrefinansiering, på lik linje med andre kommunale oppgaver, selv om det kan følge noen ekstra midler i en overgangssperiode.

Røynesdal rådet NTF til å konsentrere seg om å jobbe for at det blir en god faglig ledelse av tannhelsetjenesten i kommunene. Foreningen må være aktiv i forhold til kommunene, siden det er mye som blir bestemt der. Det blir få eller ingen pålegg i loven, og tannhelsetjenesteloven vil bli integrert som en del av kommunehelsetjenesteloven, sa Røynesdal videre.

Ubesvarte spørsmål

Til slutt presenterte Kjell Røynesdal de ubesvarte spørsmålene: Skal alle kommuner, uansett størrelse, få dette ansvaret? Hva vil en overføring til kommunene bety for tannlegedekningen ute i distriktene? Hvordan sikrer vi en helhet i de regionale tilbudene når ansvaret deles mellom mange kommuner? Hvordan unngår vi en økning i admi-

nistrasjon, byråkrati og samordningskostnader når ansvaret fordeles fra dagens 19 fylkesenheter til flere hundre kommuner? Hvordan vil en overføring påvirke struktur, rekruttering og tjenestetkvalitet i ulike regioner? Hva blir de samlede konsekvensene dersom mange kommuner hver for seg velger å privatisere eller konkurranseutsatte sine tannhelsetjenester? Hvilke kommuner skal få ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten? Hvordan skal disse samordnes og ses i sammenheng på nasjonalt plan? Hvordan vil samarbeidet med utdanningsinstitusjonene påvirkes? Hva vil skje med de regionale odontologiske kompetansesentrene (ROK)?

I lovarbeidet vil man først og fremst se på en integrering i helse- og omsorgstjenesteloven og i pasientrettighetsloven. Det vil si at tannhelse ikke lenger er en særtjeneste, men en naturlig, integrert del av helse- og omsorgstjenesten for øvrig, sa Røynesdal og avsluttet med å si at det ikke vil skje noen oppgaveflytting før prosessen med kommunesammenslåing er sluttført.

Verdier må ivaretas

Utvalget av tillitsvalgte (UTV) i Nordland hadde før forumet fremmet følgende begrunnede beslutningsforslag: «UTV Nordland ber (...) om at forumet gir SF (Sentralt forhandlingsutvalg, red.anm.) et klart mandat om aktivt å arbeide for at stortingsvedtaket om en flytting av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten ikke blir realisert.»

Forumet forelso at UTV Nordland trakk forslaget for ikke å binde opp NTF for mye i forhold til manøvrering i arbeidet med reformen. Dermed ble det foreslått et kompromiss som alle representantene støttet: «Forumet gir SF et klart mandat om å aktivt arbeide for at stortingsvedtaket om en flytting av ansvaret for den offentlige tannhel-



Nyvalgt styre i Sentralt forhandlingsutvalg, f.v.: Øyvind Grønnerud Ellingsen (vara), Hege Myklebust Vardal (nestleder), Ragnhild Henriksen (medlem) og Farshad Alamdari (leder). Marianne Horgen (vara) var ikke til stede. Foto: Kristin Aksnes.

setjenesten ikke blir realisert, dersom ikke følgende verdier kan bli ivarettatt: Likeverdige tjenester til innbyggerne, tilgjengelighet, tjenester av høy kvalitet, faglighet og kompetanse, forebygging og folkehelse, gruppe A-F, faglig ledelse, utdanning og forskning, rekruttering, samarbeid offentlig og privat, allmenntannlege og spesialist, spesialister og ROK, finansiering, helhetlig oversikt over tjenesten, samarbeid mellom fylkestannlegene om utvikling av tannhelsetjenesten og lønns- og arbeidsvilkår (pensjon).

Ny offentlig tjenestepensjon

Ole Jacob Knudsen i Akademikerne ga forumet en orientering om arbeidet med ny offentlig tjenestepensjon (OFTP): I 2011 fikk vi ny alderspensjon i folketrygden. I 2009 ble det gjennom-

ført forhandlinger om offentlig tjenestepensjon.

I dag står vi igjen med fire store problemstillinger etter 2009: Regler for beregning av OFTP til personer født f.o.m. 1954 (samordning). Videreføring og utfasing av individuelle garantier. Slutføring av reformene i forhold til aldersgrensene og særaldersgrensene i norsk arbeidsliv. Langsiktig løsning for AFP og offentlig tjenestepensjon i tråd med pensjonsreformen.

Regjeringen ønsker likere pensjonsordninger i offentlig og privat sektor. Mobilitetshindrene i dagens regelverk må bygges ned og offentlig ansatte må i større grad tjene på å stå lenger i jobb.

Mange i offentlig sektor har imidlertid mindre fleksibilitet enn ansatte i privat sektor og svakere muligheter til å kompensere for virkningen av levealdersjustering. Hvis arbeidstakerne kompenserer for virkningen av levealdersjustering ved å arbeide lenger, kan folketrygdens andel av

samlet pensjon øke, og utbetalingene fra tjenestepensjonsordningene bli redusert. Denne effekten forsterkes ved økt forventet levealder og dagens offentlige tjenestepensjonsordninger blir derfor dårligere for yngre årskull.

Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) skal utarbeide en rapport om nye pensjonsordninger for ansatte i offentlig sektor samt overgangsregler fra dagens ordninger. Rapporten skal være grunnlag for å vurdere om man sammen med partene skal arbeide for å oppnå enighet om nye pensjonsløsninger for offentlig ansatte.

Rapporten skal dels beskrive mulige løsninger og dels presentere statistikk om pensjoner og pensjoneringsatferd i offentlig sektor.

Rapporten skal ikke vurdere hvor høye ytelser de nye ordningene skal gi,

herunder parametere. Egenskapene ved ulike løsninger skal illustreres for realistiske lønnsprofiler og karrierer i kommunene, staten og helsesektoren, og sammenliknes med dagens ordning med samordningsfordeler.

Arbeidet skal vurdere pensjonsordningene for personer med aldersgrense 70 år, men ikke ordningene for personer med særaldersgrenser.

Særaldersgrensene er ikke et tema i utredningen og det er ingen planer om å bringe dette inn i eventuelle diskusjoner og forhandlinger om ny OFTP. Likevel er det ingen tvil om at endringene vil legge klare føringer på hva som er mulig. I tillegg blir verdien av særaldersgrensene mindre for hvert år.

Rapporten skal ferdigstilles 20. november 2015 og er ment som grunnlag for en videre prosess.

Man ønsker økt bevissthet om svakhetene ved dagens ordninger for yngre årskull. Det er mulig med gradert uttak i offentlig sektor og en kan trappe gradvis ned arbeidsinnsatsen fra 62 år (ned til 60 prosent), men systemet er mer rigid enn i privat sektor: Ansatte i privat sektor kan fritt ta ut pensjon, både folketrygd, AFP og tjenestepensjon, selv om de fortsetter å jobbe. Denne muligheten har ikke ansatte i offentlig sektor. Offentlig ansatte kan tape store beløp i pensjon ved å bytte til privat sektor sent i karrieren. Tapene er særlig knyttet til muligheten for tap av retten til AFP og til at kravet til tjenestetid for å få full tjenestepensjon kan øke fra 30 til 40 år.

Særaldersgrensens fremtid er usikker

Særaldersgrensens fremtid ble presentert av Fredric Haugen fra Actecan. Spørsmålet er om det er mulig å beholde særaldersgrenser i en ny tjenestepensjonsordning?

Myndighetene ønsker åpenbart å fjerne mange av dem, og det er også åpenbart at ikke alle særaldersgrensene ville blitt innført i dag. Verden har forandret seg, men samtidig er begrunnelsene for særaldersgrensene fremdeles gyldige for mange yrker.

Konklusjonen er at det er umulig å spå hva som vil skje med særaldersgrensene i fremtiden. En observasjon er

at tross regjeringsskiftet har det skjedd lite med særaldersgrensen de siste to årene.

Lønnspolitisk forum kom til at unge skal ha en like god pensjonsavtale som de eldre har hatt til nå. Forumet mener de fortsatt har gode argumenter for særaldersgrensen. Enkelte mener at særaldersgrensen bør avvikles fordi den hindrer full opptjening, men det er usikkert om den kan «veksles» inn i andre fordeler. Legene har ingen særaldersgrense, så hvorfor skal tannlegene ha det? Mange mente likevel at tannlegene ikke skal gå i bresjen for å få fjernet særaldersgrensen. En bør beholde muligheten til å gå av ved 62 år, og ikke starte prosessen med å fjerne den selv. Det kan myndighetene gjøre uten hjelp fra tannlegene.

En kan håpe at fremtidig offentlig tjenstepensjon også kompenserer for ulempene med særaldersgrensen, som blir vurdert å være av stor betydning for mange medlemmer. Lønnspolitisk forum ser likevel at en må være beredt til å kaste særaldersgrensen når det blir krevet.

Lønnsundersøkelsen i NTF

Forhandlingsjef John Frammer presenterte NTFs lønnsundersøkelse, som er gjennomført for fjerde gang. Svarandelen har økt fra 590 av 1 184 i 2012 til 711 av 1 302 medlemmer i 2015.

Lønnsundersøkelsen kartlegger kjønns sammensetning, alder, hvilket fylke den enkelte arbeider i, hva slags stilling den enkelte har, stillingsstørrelse, bistilling, eventuell stillingsstørrelse annen arbeidsplass, ansettelsesforhold, hvordan rammen for lønnsoppgjøret fastsettes, grunnlønn, faktisk lønn og bonusforhold. Hvor mye den enkelte mener man burde ha i årslønn, om den enkelte ville velge redusert arbeidstid, mer ferie eller lønnstillegg.

Den enkeltes mobilitet og utsikter til om en vil fortsette i fylkeskommunen eller gå til privat praksis og ulike pensjonsspørsmål.

Det er flest tannleger i aldersspennet 30–34 år og 60–64. I gruppene opp til 55 år er det flest kvinner, i gruppene fra 55 år er det flest menn. Andelen kvinner totalt er cirka 70 prosent.

Lønnsundersøkelsene viser at tannlegene i årene 2002–2012 hadde en positiv trend i lønnsutviklingsbildet. De siste tre år sett isolert viser at trenden for tannlegene er negativ, i forhold til utviklingen i tariffområdet for øvrig.

50 prosent i gruppen 30–39 år svarer at de tror de jobber i privat praksis om fem år. 48 prosent i gruppen under 29 år svarer at de tror de jobber i et annet fylke. Andelen som svarer at de tror de vil gå til privat praksis har økt fra år til år, og det er flest menn i denne gruppen.

De fleste svarer at de ville valgt fem prosent lønnsøkning fremfor en ekstra ferieuke og kortere arbeidsuke.

Færre enn før oppgir nå at de mottar bonus.

UTVene kan kontakte NTFs sekretariat dersom de ønsker data fra eget fylke, eventuelt sammenliknet med andre fylker.

Reglement for tariffbundne virksomheter

NTFs vedtekter og reglement for tariffbundne virksomheter ble gjennomgått av John Frammer, og mangler og uavklarte problemstillinger ble belyst. Lønnspolitisk forum besluttet at det er ønske om revisjon og at det nedsettes en arbeidsgruppe i SF.

Arbeidsgruppen bes legge frem sitt forslag på Lønnspolitisk forum 2017, med sikte på godkjenning av NTFs representantskap i 2017.

Valg av styre til Sentralt forhandlingsutvalg

Innstillingen ble presentert av valgkomiteens leder, Tore Olav Sølberg:

Leder: Farshad Alamdari, Hedmark (gjenvalg)

Nestleder: Hege Myklebust Vartdal, Møre og Romsdal (gjenvalg)

Medlem: Ragnhild Henriksen, Østfold (ny)

Vara: Marianne Horgen, Oslo (ny)

Vara: Øyvind Grønnerud Ellingsen, Hedmark (ny)

Farshad Alamdari ble foreslått som SF-representant i hovedstyret, Hege Myklebust Vartdal vara.

Valgkomiteens innstilling ble godkjent. Det ble kommentert at styret har mangelfull geografisk spredning og at staten eller universitetene også bør være representert. Et økende antall tannleger jobber i ideelle organisasjoner og flere enn før er organisert i Spekter. Disse bør også ha en representasjon. SF setter ned en arbeidsgruppe som gjennomgår reglementet for Lønnspolitisk forum.

Andre saker

Sammenslåing av Lønnspolitisk forum og NTFs tariffkonferanse ble diskutert. Det ble besluttet å ikke gjøre forandringer nå før kommunereformen og flytting av forvaltningsnivå, men å se på det igjen etter 2020.

Noen argumenterte for å flytte Lønnspolitisk forum til våren og til samme tid som tariffkonferansen er å få frigjort midl til tillitsvalgtopplæring.

Ellen Beate Dyvi

Første seier til odontologistipendiat i Forsker grand prix:

Til topps i formidlingskonkurransen

Stipendiat Cecilie Gjerde Gjengedal fra Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen (UiB) gikk helt til topps i forskningsformidlingskonkurransen Forsker grand prix i Trondheim 26. september.

Gjengedal vant også den regionale finalen i Forsker grand prix under Forskningsdagene i Bergen få dager tidligere, og i skarp konkurranse med syv andre stipendiater som hadde fått henholdsvis første- og annenplassen i de regionale finalene i Bergen, Oslo, Trondheim og Stavanger gikk hun av med seieren i Trondheim.

Konkurransen går ut på at kandidatene lager to presentasjoner om et selvvalgt tema. På fire minutter skal de først overbevise både publikum i salen og dommerpanelet om hvem som er den beste formidleren. I finalens andre runde får de gjenværende kandidatene seks minutter til å gå dypere og presentere resultater, og ikke minst begeistre og engasjere. Publikum avgir stemmer med mentometerknapper og dommerne deler ut poeng.

– Når bestemte du deg for å delta i denne konkurransen?

– Jeg meldte meg på nærmest ved en misforståelse. Det kom en e-post til alle stipendiatene på odontologi, som oppfordret oss til å melde oss på i konkurransen. Jeg leste den ganske fort, og forsto det som om dette var noe obligatorisk. Og jeg er pliktoppfyllende. Travelt opptatt med andre ting skrev jeg den korteste søknaden noensinne. Fire dager senere fikk jeg svar. Jeg var en av ti stipendiater fra UiB som skulle få delta i konkurransen. Jeg fikk beskjed fra instituttet og mannen min om at det ikke var aktuelt å trekke seg. Dermed var jeg i gang.

– Hvordan forberedte du deg?



Cecilie Gjerde Gjengedal høstet seier og pokaler i Forsker grand prix 2015. Foto: Nils Roar Gjerdet.

– Vi hadde ikke mindre enn tre coacher som hjalp oss i forberedelsene, blant annet en teatercoach. Etter å ha hørt og sett meg presentere sa hun at jeg gjorde alt feil. Men også at hun trodde på meg og det jeg formidlet. Rådet hun ga var at jeg skulle være meg selv.

– Og hvem er du, hvis du kan si noe om det?

– Jeg liker å undervise og forelese, om faget og om forskningen. Og jeg liker ikke så godt at oppmerksomheten rettes mot meg som person. Jeg har aldri vært så redd i mitt liv, som under denne konkurransen. Og det er verdt det, hvis det betyr at forskningen blir kjent. Og så var det helt fantastisk å vinne. Vi feiret med champagne i Trondheim. Og det ble feiret på instituttet, med forelesningene mine og dommere og kaker. Premien deles med alle på Odontologien!

– Vet du hva som var utslagsgivende for at du vant?

– Noe av det som har vært lærerikt med konkurransen er blant annet å tilpasse stoffet til folk flest. Det er litt annerledes enn å forelese for fagfolk innen samme felt. Og du skal kunne faget ditt godt for å kunne forklare det enkelt. Jeg tror jeg klarte å gjøre stoffet mitt forståelig, og at jeg vant mye på det. Jeg lærte også mye om hvordan få kontakt med publikum. Publikums stemmer hadde like mye å si for utfallet av konkurransen som fagdommernes karakterer hadde. Og jeg fikk vite, etter at jeg hadde vunnet, at publikum likte min presentasjon fordi de fikk forståelsen av at jeg var opptatt av pasientene mine.

Videre forskning, og publisering

– Hva er planene fremover?

– Først og fremst er mitt ønske at vi blir bevilget penger til å forske videre

og se hvordan det vi har funnet til nå kan videreføres til andre områder. Jeg tenker på hvordan det vi har funnet skal kunne hjelpe pasienter med medfødte misdannelser, som for eksempel leppe-, kjeve-, ganespalte. Det handler om at pasientene skal bli spart, for smerte og tidkrevende prosesser. Kompliserte brudd i lange bein er et annet veldig aktuelt område. Ortopedene på Haukeland vil samarbeide med oss, og det samme vil forskere ved Rikshospitalet i Oslo. Før 2017 vil vi trenge laboratoriet der, inntil vi har vårt eget på plass i Bergen. Det er det bevilget penger til, og det har skjedd blant annet på grunn av vårt forskningsprosjekt.

Vi er også i kontakt med forskere i et EU-prosjekt som heter Printbone. I fremtiden håper vi på at pasienter som for eksempel har fjernet deler av kjeven på grunn av kreft kan få bygget opp kjeven igjen basert på at det tas bilde av den gjenværende friske kjeven, som så kopieres.

Jeg har ni av ni mulige vellykkete pasientbehandlinger å vise til. Til sammen er det dannet nytt bein på ti områder hos disse pasientene. Jeg venter fortsatt på å kunne se resultatene hos de to siste av mine totalt 11 pasienter – i denne omgangen.

Mye av grunnen til at vi har lyktes i løpet av de fem årene vi har holdt på, som er relativt kort tid i denne sam-

menhengen, er at vi har tenkt: Hva trenger pasientene? Hvilket problem er det som skal løses? Hvis en ikke har denne klare tanken er det lett å forske seg litt bort i alt det som faktisk skjer i et laboratorium når en holder på med et forskningsprosjekt.

– Det er kanskje noen som får lyst til å lese mer om forskningen deres. Finnes det noen vitenskapelige publikasjoner?

– Ikke foreløpig, men jeg regner med at det blir publisering om kort tid. En artikkel skal sendes inn i november, og flere manuskripter kan være klare før jul, forteller Cecilie Gjerde Gjengedal.

Ellen Beate Dvivi

Har du lastet ned appen?
Tannlegetidende er utviklet for både Android og iOS og for lesing av Tidende på både nettbrett og telefon. Appen Tannlegetidende finner du i App Store og Google Play. Last ned og logg inn med medlemsnummer i NTF og med samme passord som på NTFs nettsted.

Kjære tannlege

Må du blande alginat og IRM selv om dagen?

Er din tannhelsesekretær syk eller er du på jakt etter en nyansatt?

Med mange års erfaring fra tannlegekontor og nå 10 års erfaring fra bemanningsbransjen hjelper jeg deg gjerne med å finne gode kandidater.

Jeg har mange flinke kandidater og fyller stadig opp med nye. I dag er de fleste av mine kunder lokalisert i det sentrale Østlandsområdet, men jeg tar gjerne oppdrag i hele Sør-Norge.

Kontakt Anne Cecilie Mellem på 91772903 eller acm@vikarhjelpen.no



Vikarhjelpen®

Bemanning ♦ Rekruttering ♦ Omstilling

Mange pasienter trenger ekstra fluor - daglig!

MØT OSS
OG HØR MER PÅ
COLGATES STAND B02-10
PÅ NORDENTAL



Blottlagte rotoverflater



Munntørrhet



Fast kjeveortopedisk
apparat



Nedsatt evne til
daglig munnrenhold

Eneste høykonsentrert fluortannpasta som gir behandling med ekstra fluor - ved daglig tannpuss

- Velegnet for unge fra 16 år og voksne med økt kariesrisiko
- Klinisk bevist å gi bedre kariesbeskyttelse enn en tradisjonell fluortannpasta¹⁻¹⁰
- Reseptpliktig legemiddel



Colgate®

1. Ekstrand 2008 Gerodontology 2008;25: 67-75 2. Tavss et al: American Journal of Dentistry, Vol 16, No. 6, December 2003 3. Baysan 2001 Caries Res 2001;35:41-46 4. Srinivasan 2014 Community Dent Oral Epidemiol 2014; 42: 333-340 5. Bizhang 2009 BMC Research Notes 2009, 2:147 6. Al Mulla 2010 Acta Odontologica Scandinavica, 2010; 68: 323-328 (Orthodontic) 7. Nordström 2010 Caries Res 2010;44:323-331 8. Ekstrand 2013 Caries Res 2013;47:391-398 9. Schirmer 2007 Am J Dent 2007;20:212-216 10. Stanley 2000, Angle Orthod 2000; 70 (6):424-430

YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

Duraphat® 5 mg/g tannpasta. 1 g tannpasta inneholder 5 mg fluor (som natriumfluorid), svarende til 5000 ppm fluorid.

www.colgateprofessional.no



Åpent brev til NTFs hovedstyre:

Om prosessen før og etter vedtaket om flytting av DOT til kommunene

Stortinget har – tross Den norske tannlegeforenings, ifølge egne utsagn, sterke forsøk på i ulike møter med politikere og folk i Helse- og omsorgsdepartementet, å påvirke et forslag om å overføre ansvaret for Den offentlig tannhelsetjenesten (DOT) fra fylkeskommunene til «større og mer robuste kommuner» – vedtatt nettopp dette (9.juni i år). H, Frp, V og KrF sørget for flertallet, og det uten at konsekvensene av forslaget overhodet var utredet (av regjeringen) på forhånd. Den opprinnelige forutsetningen om større kommuner var visstnok ikke engang en del av det endelige vedtaket.

Nå jobbes det med hvordan dette skal gjennomføres i praksis og med de nødvendige lovendringene som må til for at ansvaret skal overføres, i departementet. Disse lovene/forskriftene skal vedtas på et senere tidspunkt. I stortingsvedtaket står det visstnok også «bør overføres», og NTF klammer seg nå til et håp om å kunne omgjøre vedtaket i forbindelse med at lovendringene skal opp til votering i Stortinget, våren 2017 (?).

NTF har i flere år hatt et tett samarbeid med konsultentselskapet First House og med-eier/konsulent/rådgiver Bjarne Håkon Hansen. Han har ved flere anledninger hatt innlegg i forskjellige sammenhenger på NTF-seminarer/-møter. Et søk på navnet hans eller First House på NTFs nettsider gir imidlertid «0 treff» (!)...litt merkelig, eller...? Synspunktene/innleggene hans er dog presentert i reportasjer i NTFs Tidende.

Allerede på NTFs tillitsvalgtkonferanse, Forum for tillitsvalgte i mars 2014, snakket Bjarne Håkon Hansen om hvordan man lykkes med politisk arbeid/påvirkning. Han oppsummerte med å gi uttrykk for at det er helt feil å ha fylkeskommunen som forvalt-

ningsnivå for DOT... «tannlegene er igjen i et helsemessig vakuum, og samhandling og tverrfaglighet er helt vesentlig for å lykkes»...underforstått: kommunene er det eneste rette forvaltningsnivået for tannhelsetjenesten. Slik er det altså blitt – foreløpig. Er samhandling og tverrfaglighet virkelig umulig mellom ulike forvaltningsnivå/organisasjoner/profesjoner? Da er jeg redd man sliter i mange sammenhenger i offentlig forvaltning i Norge. Jeg tør stille spørsmålet: Jobber også Bjarne Håkon Hansen for departementet eller andre offentlige instanser, slik at han sitter på «begge sider av bordet»? Hvem First House jobber for er jo en hemmelighet... Flere, blant andre media, har forsøkt å få innsyn i dette uten å lykkes, og da må det gå an å stille spørsmålet...

NTFs president, Camilla Hansen Steinum, sa på Samfunnsodontologisk forum i Kristiansand i juni i år at hun er redd for å sitte rolig og vente på omkamp. Hennes budskap er at NTF vil arbeide for å finne gode løsninger i forhold til vedtaket om flytting av ansvaret for tannhelsetjenesten til kommunene. Hun viste også til råd fra foreningens rådgivere, som klart sier at dette er et vedtak som en må forholde seg til og at det ikke er noen grunn til å tro at det blir noen reversering eller omkamp. Hvilke rådgiveresnakker hun her om...? ...igjen First House ?

Et annet spørsmål er hva NTF betaler for denne konsulenthjelpen. Jeg vet ikke...jeg er trolig ikke god nok til å lese NTFs regnskaper, men en ting er sikkert; First House er neppe billige.

Da blir spørsmålet hva konsultentselskapet First House egentlig har bidratt til/gjort for NTF (som man ikke kunne oppnådd uten deres «hjelp»)...

Om noen kan gi et godt svar på dette/disse spørsmålene, så er de velkommen

til å skrive om det. For øvrig synes jeg dette er en sak som kan tas opp på årets representantskapsmøte. Lokalforeningene kan ikke lenger fremme saken, men hovedstyret kan vel ta den opp under diverse – eller helst *før* regnskap/budsjett vedtas.

Jeg skal ikke si at jeg vet hva som er riktig strategi for å beholde dagens organisering av DOT – en organisering som jeg mener har bidratt sterkt til utviklingen av den norske tannhelsemodellen, som svært mange (om ikke alle), betegner som en ubetinget suksesshistorie, også i internasjonal sammenheng. Hvorfor regjering og storting har vedtatt å kaste om på denne, mot NTFs råd om å i hvert fall å utrede dette først, er i beste fall et vedtak som er gjort utelukkende på (parti)ideologisk grunnlag for å sørge for at noe skjer i forbindelse med en annen av regjeringens store fanesaker; kommunereformen. En politisk «hestehandel» er et dekkende uttrykk. At KrF og V «vant» igjennom at de angivelig fikk hindret en overføring av de videregående skolene til kommunene er «spill for egne velgere» ...hvordan i all verden skulle en organisere et videregående skoletilbud på kommunenivå ? Det samme spørsmålet kan stilles om tannhelsetjenesten. At stortingsvedtaket er dumt, kan dog ingen vite før vi vet hvordan dette tenkes organisert og ting er prøvd, men «why change a winning team»...? Det er overhodet ingen grunn til å tro at dette i seg selv skal føre til bedre og/eller billigere tannhelsetjenester til befolkningen – og det burde jo først og fremst være politikernes hovedansvar om noe skal endres i tannhelsetjenesten i Norge.

Stein Tessem
stein.tessem@ntfk.no

Svar til Stein Tessem fra NTFs hovedstyre:

Om prosessen før og etter vedtaket om flytting av DOT til kommunene

NTFs representantskap fastsetter NTFs politikk. De har blant annet vedtatt at vi skal jobbe for en sterk offentlig tannhelsetjeneste som skal samarbeide med en velfungerende privat sektor. Dette forholder hovedstyret seg til. Hovedstyret forholder seg selvfølgelig også til arbeidsprogrammet hvor vi er pålagt å «aktivt påvirke politiske og administrative beslutningsprosesser i tannhelsepolitiske saker». Vi skal ha møter med Helse- og omsorgskomiteen, de politiske partiene og andre premissleverandører og beslutningstakere, og vi skal fortsette arbeidet med å bygge gode relasjoner med politiske og administrative myndigheter.

En eventuell flytting av Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er en svært viktig sak for NTF å arbeide med. Den norske tannhelsemodellen har vært en suksess, og majoriteten av våre medlemmer mener derfor at det er flere fordeler enn ulemper ved at ansvaret for DOT er forankret på regionalt nivå. Men det er også noen stemmer blant medlemmene, også i offentlig sektor, som mener at dette forslaget kan være positivt. De peker på at den offentlige tannhelsetjenesten må makte å endre seg i takt med utviklingen i samfunnet, og at kommunal forankring vil kunne gi bedre samhandling og et bedre tilbud til de pasientene som har størst behov.

NTF har bedt om en utredning av konsekvensene før en så stor endring som dette vedtas. Og la det ikke være noen tvil; vi har fremført våre argumenter i møter med alle de politiske partiene på Stortinget og med andre beslutningstagere. Dessverre handler dette vedtaket om mer enn tannhelsetjenesten, som Tessem også er inne på. Det handler i det store og det hele om en kommunereform.

Det er viktig å minne om at KS – med sine tette kontakter med regjeringsapparatet – også var en markert motstan-

der av å flytte DOT. Heller ikke de vant gehør i denne saken.

Det er ikke noe «hemmelig» med NTFs kjøp av tjenester fra First House. I viktige saker som dette har vi behov for profesjonell veiledning. Våre rådgivere i First House har aldri forsøkt å påvirke hva NTF skal mene. Det er det medlemmene, gjennom de vedtektsfestede og valgte organene, som bestemmer. Derimot gir de råd i forhold til hvem, hvor og hvordan vi best kan nå fram med våre synspunkter. Det er dette First House er spesialister på, og det er det vi benytter dem til. De besitter en kompetanse vi selv ikke innehar.

Politisk arbeid er langsiktig. At vi ikke alltid når fram med våre synspunkter i konkrete saker, betyr ikke at arbeidet som er nedlagt er bortkastet. Når NTF fremstår som en konstruktiv og seriøs part, blir vi lyttet til og kan påvirke på en rekke områder av betydning for både tannlegene og for tannhelsen, selv om vi noen ganger må akseptere at viktige saker ikke går vår vei.

Et stortingsvedtak er nesten alltid en marsjordre til regjeringen og forvaltningsapparatet. Slik er det også i denne saken. Uavhengig av hvordan vedtaket tas imot eller tolkes lokalt, gjelder vedtaket inntil et nytt vedtak er fattet, eller til regjeringen gjennom sine regelmessige sonderinger i Stortinget får klare signaler om noe annet. Regjeringen og forvaltningen forbereder nye saker til Stortinget, basert på det foregående. Derfor må også NTF forholde seg til vedtaket og søke å påvirke der vi har mulighet. Ellers kan vi bli tatt skikkelig på senga i neste runde, når Stortinget igjen skal behandle en sak om Den offentlige tannhelsetjenesten, sannsynligvis en gang i 2017.

Hva kan First House bidra med? Den som selv har vært en del av et regjeringsapparat (ministre, statssekretærer og rådgivere) eller av et storting, vet betydelig mer om prosesser og arbeids-

rutiner i disse organene enn vi som ikke har vært så heldige (?) å ha plass der. Som lobbyorganisasjon er dette kunnskap NTF er nødt til å kjøpe. Lobbyisme og påvirkning er en profesjon. Vi gjør det selv, men know-how må vi innhente fra eksterne aktører. First House har kompetanse på flere områder, og vi bruker ulike rådgivere på ulike saksfelt. Tessems antydninger om Bjarne Håkon Hansen får stå for hans egen regning. NTF har brukt ham som foredragsholder ved enkelte anledninger, men han er ikke en av våre nærmeste rådgivere.

Den offentlige tannhelsetjenesten, slik den fant sin form med innføringen av «Lov om tannhelsetjenester» fra 1984, har vært en ubetinget suksess. God tannhelse er bedre fordelt hos oss enn i mange andre land vi kan sammenlikne oss med. Likevel har DOT fortsatt uløste oppgaver og et forbedringspotensial, først og fremst i tilbudet til gruppene av eldre og uføre med eller uten kommunale vedtak og til en del andre pasienter med store behov. Dette må vi anerkjenne. Det er alltid viktig å søke å forbedre seg.

Det er mye omstillingsvilje i offentlig sektor. Å gjøre store endringer uten først å utrede er imidlertid drastisk. Det er en betydelig fare for at tilbudet til befolkningen ikke blir bedre ved å overføre ansvaret til kommunene. NTF vil derfor uansett fortsette arbeidet med denne saken med fullt trykk. Vi har bedt om innspill fra medlemmene, og vi kommer til å vie hele NTFs informasjonsmøte på årets landsmøte til denne saken. Den vil helt sikkert også bli debattert i representantskapet.

Du kan være trygg på at vi skal fortsette å gjøre vårt aller beste. Men resultatet kan vi selvsagt ikke garantere for.

*For NTFs hovedstyre
Camilla Hansen Steinum, president i NTF
camilla.hansen.steinum@tannlegeforenin
gen.no*

More than primary stability. The new tapered standard.



The perfect symbiosis of design, material and surface –
the Straumann® Bone Level Tapered Implant:

- Roxolid® material – Reducing invasiveness with smaller implants
- SLActive® surface – Designed to maximize your treatment success and predictability
- Apically tapered – Excellent primary stability even in compromised bone situations
- CrossFit® connection – Simplified handling, legacy of Bone Level System

www.straumann.no

In combination with:



NTFs tvistenemnd avvikles – mekling med bistand fra sekretariatet består

Tannlegeforeningens hovedstyre har vedtatt å avvikle ordningen med en fast tvistenemnd. Tvistenemnden har hatt som mandat å kunne avgjøre tvister om forståelse av samarbeidskontrakter mellom næringsdrivende tannleger, dersom disse har sagt seg enige i en slik løsning. Tvistenemnden har vært lite brukt (kun 1–2 ganger de siste 10 årene). Når den er i bruk er løsningen ressurskrevende ved at den i sekretariatet som har hatt saken til mekling ikke kan legge samme sak frem for tvistenemnden. Medlemmer som har avtalt bruk av tvistenemnden for å løse uenigheter vedrørende sine kontrakter vil som tidligere få tilbud om mekling i sekretariatet, og står fritt til å avtale bruk av privat voldgift. Artikkelen her redegjør nærmere for ulike måter å håndtere tvister om forståelse av samarbeidskontraktene.

Dersom det oppstår uenighet om hvordan en kontrakt/samarbeidsavtale mellom tannleger er å forstå så er det flere alternative måter å løse en slik tvist på:

1. Saken kan søkes løst ved mekling mellom partene.
3. Saken kan avtales avgjort ved en privat voldgiftsdomstol som nedsettes i henhold til lov om voldgift (www.lovdata.no).
4. Saken kan bringes inn for de ordinære domstoler ved søksmål fra den ene part. Her vil domstolen normalt også forsøke å få til et forlik ved såkalt *rettsmekling*.

Mekling

NTF tilbyr mekling i de aller fleste saker der det er uenighet mellom tannleger som er medlemmer av NTF. Mekling innebærer at sekretariatet forsøker å få

til en løsning i minnelighet mellom partene etter å ha hørt begge parter syn på konflikten. Mekling foregår oftest per telefon men også i møte med partene. Mekling med bistand fra sekretariatet er kostnadsfritt for medlemmene utover medlemmenes egne reiseutgifter hvis det avtales møter.

I praksis har det også vært en forutsetning for å få en sak behandlet i tvistenemnda at partene først har vært villig til å forsøke mekling ved hjelp av en av sekretariatets medlemsrådgivere.

Målet er å komme frem til en frivillig forlikssavtale som avslutter konflikten og som er fremtidsrettet på den måten at partene kan fungere videre sammen.

Mekler skal som forhandlingsmedhjelper tilrettelegge og bidra til best mulig dialog mellom partene. Mekler skal ved utførelsen av sitt oppdrag opp- og nedpart, det vil si upartisk og uavhengig. Mekler skal hjelpe partene til selv å finne frem til løsninger av tvisten som de kan akseptere, og som samsvarer i størst mulig grad med deres interesser og behov. Mekleren opptre ikke som dommer ved meklingen og har ikke rett til å gi bindende pålegg til noen av partene.

Meklingen er på et hvert tidspunkt frivillig. Partene har adgang til når som helst å kreve meklingen avsluttet uten å måtte angi grunn for dette.

Partene plikter å holde meklingsinnhold konfidensielt. Partene kan derfor ikke utenfor meklingen uten uttrykkelig og skriftlig avtale henvisne til noe forslag som motparten har fremsatt med henblikk på å finne en løsning.

Meklingen avsluttes på én av følgende måter:

- (a) ved et skriftlig forlik mellom partene,
- (b) ved at mekleren meddeler partene at han ikke finner det hensiktsmessig å fortsette meklingen, eller

- (c) ved at en eller begge parter meddeler mekleren at vedkommende ikke ønsker å fortsette meklingen.

Privat voldgiftsdomstol

Et annet alternativ til vanlig domstolsbehandling er å la saken avgjøres av en voldgiftsdomstol. Partene må i så fall være enige om dette og også bære kostnadene ved voldgiftssaken.

En dom fra en voldgiftsdomstol er bindende og kan ikke ankes. Det er vanlig å følge bestemmelsene i lov om voldgift av 14. mai 2004 nr. 25 når en tvist skal avgjøres ved voldgift

Voldgiftsloven er i hovedsak frivillig hvilket betyr at partene står fritt til å avtale seg bort fra voldgiftslovens bestemmelser. Det kan for eksempel avtales at voldgift kun skal benyttes på en eller flere av kontraktens bestemmelser.

Ett av hovedargumentene for å velge voldgift er at tvisteløsning ved de ordinære domstolene kan ta svært lang tid. Hvis avgjørelsen ankes og saken behandles i flere instanser så kan behandlingen ta 2–3 år. Voldgiftsbehandling vil normalt være mye raskere enn dette og vil ikke kunne ankes.

Det kan også være en fordel med voldgift at partene kan bli enige om sammensetningen av hvem som skal avgjøre tvisten. Det kan for eksempel være en fordel med bransjekunnskap og innsikt i den type saksforhold som tvisten gjelder.

Det er også av noen sett på som en fordel at voldgiftsbehandling kan være unntatt offentlighet. Dette bør i tilfelle avtales i kontrakten da voldgiftslovens utgangspunkt er at parter og dommere ikke har taushetsplikt.

En tvisteløsning etter voldgiftslovens bestemmelser kan på den andre siden bli kostbar. Partene må påregne kostnader til dommere og lokaler i tillegg til advokatutgifter.



Det kan også være en ulempe at saken er endelig avgjort. Avgjørelsen i en voldgiftsdomstol er endelig, det foreligger ingen ankemulighet hvis man mener at retten har tatt feil eller misforstått vesentlige forhold.

Det er på dette grunnlag klokt å vurdere nøye om man vil inngå avtale om voldgift etter voldgiftslovens bestemmelser. De problemstillingene som vises i forhold til tannlegenes samarbeidskontrakter er ofte av slik karakter at de er godt egnet for å finne frem til en meklingsløsning eller kan løses best ved de ordinære domstolene.

Domstolene

Dersom partene ikke forplikter seg i kontrakten til å bruke voldgift så kan partene fremme et søksmål for å få saken avgjort av domstolene. I en retts sak vil man i tillegg til egne sakskostnader også risikere å måtte betale motpartens sakskostninger dersom man taper saken.

En dom ved de ordinære domstolene kan også ankes av begge parter, slik at det kan ta tid å få en endelig løsning på tvisten.

Før en sak bringes inn for domstolene plikter partene i henhold til tvisteloven § 5-4 å «... undersøke om det er mulig å løse tvisten i minnelighet før sak reises, og gjøre nærmere forsøk på dette...». Domstolen vil også når saken er reist forsøke å løse tvisten ved såkalt rettsmekling.

Forlikrådet

Utgangspunktet er at forlikrådet er første instans for tvisteløsning. Det er en mindre omfattende prosess enn retts sak for de alminnelige domstoler og ikke minst mindre kostbar. Det koster under kr 1000 i gebyr.

Hvorvidt det er nødvendig at man har med seg advokat på selve møtet i forlikrådet bør vurderes fra sak til sak. Det er imidlertid viktig å fremheve at dårlig utarbeidede forliksklager kan føre til at en sak man ellers ville vunnet blir tapt. Konsekvensen er at man må anke en dom inn for tingretten.

Forlikrådet vil som regel forsøke å få til et forlik men vil dersom partene ikke blir enige avsi en dom. Ofte er det en fordel å ta saken inn for forlikrådet først, enten fordi det kan medføre forlik eller fordi en dom kan avgjøre saken hvis tapende part ikke anker.

Tingretten

Tingrettene er første ordinære domstol. En sivil sak starter som nevnt som regel i *forlikrådet*. Hvis partene ikke er enige i avgjørelsen i forlikrådet så kan saken tas videre til tingretten. I enkelte saker kan behandling i forlikrådet unnlates. Dette gjelder blant annet tilfeller hvor tvisten knytter seg til formuesverdier med tvistesum over 125.000,-, og begge parter er bistått av advokat, og når det er gjennomført utenrettslig meklings.

Rettsmekling

Når en sak er fremmet for de ordinære domstolene så vil dommeren ta initiativ til forsøke å løse saken ved meklings – dette kalles rettsmekling. Formålet med rettsmekling er at partene blir enige om en løsning som begge kan leve med. Dommeren vil gjennom meklings forsøke å få innblikk i hva slags interesser og behov partene har, og vil prøve å skape en dialog som fremmer forståelse og enighet.

Under rettsmekling så har advokatene en mer tilbaketrukket rolle enn ved ordinær domstolsbehandling. De er der først og fremst som partenes juridiske rådgivere, og ikke for å prosedere saken. Gjennom meklings bidrar dommeren til å sette partenes faktiske interesser i fokus. De mer juridiske argumentene kommer dermed i bakgrunnen.

Dersom partene ikke blir enige vil saken bli overtatt av ny dommer og prosederes etter de alminnelige regler og saken avsluttes ved en dom.

NTFs standardkontrakter endres

Som følge av beslutningen om å avvikle NTFs tvistenemnd så vil NTFs standardkontrakter måtte endres på dette punktet.

Som nevnt ovenfor så er alle som vil gå til sak mot en annen uansett forpliktet til å undersøke om det er mulig å løse tvisten i minnelighet, jfr tvistelovens § 5-4.

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTTEKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



Nytt punkt i standardkontraktene om tvisteløsning vil i henhold til dette lyde:

*Twist – forsøk på minnelig løsning
Ved uenighet mellom partene om hvorledes samarbeidsavtalens bestemmelser er å forstå skal partene undersøke om det er mulig å løse tvisten i minnelighet før sak reises, og eventuelt gjøre nærmere forsøk på dette gjennom mekling med bistand fra tannlegeforeningens sekretariat.*

Ordlyden vil være likelydende i begge våre samarbeidskontrakter og i

overdragelseskontrakten. I merknadene til kontrakten vil det tas inn en beskrivelse av den meklingen som tilbys med bistand fra sekretariatet.

De som i dag har kontrakter med forpliktelse til å bruke tvistenemnda anbefales å endre sine kontrakter i tråd med dette. Alle er som nevnt uansett forpliktet i henhold til tvistelovens § 5-4 til å undersøke muligheten for å løse tvisten i minnelighet før sak reises.

Oppsummert

Tvistenemden avvikles. Ordlyden i standardkontraktene endres i henhold til dette. Sekretariatet har god kompetanse på mekling i forhold til våre standardkontrakter og det anbefales at denne muligheten forsøkes før eventuell domstolsbehandling.

*Dag Kielland Nilsen
Advokat i NTF*

Har du lastet ned appen?
Finnes i App Store og Google Play.
Navnet er Tannlegetidende

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.

Sykemelding på behandlingsdag

En av mine ansatte har behov for behandling etter en gammel skade og sier at legen hennes har snakket om at hun kan sykemeldes på behandlingsdagen og arbeide som vanlig ellers. Jeg har bare hørt om gradert sykemelding, aldri om sykemelding på behandlingsdager. Kan du si noe om denne typen sykemelding og vilkårene for å kunne bruke den?

Svar: Bestemmelsen tar sikte på tilfeller hvor det av hensyn til behandlingen er nødvendig at arbeidstaker holder seg i ro, jf. lov om folketrygd § 8-4, tredje ledd b). Det er ikke tilstrekkelig for å få rett til sykepenger at vedkommende faktisk er borte fra arbeidet behandlingsdagen. Sykemelder (lege) må attestere at det er nødvendig av

hensyn til behandlingen at han eller hun ikke arbeider. Sykemelding for enkeltstående behandlingsdager blir bare godkjent for hele dager, det vil si 100 % sykemelding behandlingsdagen. Det er ingen *lovregulert* rett til verken fri eller lønn ved fravær på grunn av behandling som varer deler av dag, men tariffavtale eller mønsteravtalen kan gi rett til velferdspermisjon i slike tilfeller.

Sykemelding på behandlingsdager kan benyttes hvis det dreier seg om maksimum én behandlingsdag i uken. Dersom det er snakk om et behandlingsopplegg med flere behandlingsdager per uke, må legen eventuelt bruke gradert sykemelding. Sykemelder må fylle ut sykemeldingen og angi antall behandlingsdager og tidsrom for behandlingen. Arbeidstaker må dokumentere på hvilke datoer behandling har funnet sted, for eksempel ved kopi av timeavtaler, kvittering for egenandel eller lignende.

En arbeidstaker som er sykemeldt en dag i uken for å gå til behandling kan ikke benytte egenmelding dagen etter

behandlingsdagen. Dette fordi egenmelding aldri kan benyttes etter en sykemelding. Arbeidstaker kan imidlertid benytte egenmelding dersom vedkommende har arbeidet en hel dag etter behandlingsdagen.

For en person som har rett til sykepenger under behandling regnes hver enkelt fraværsdag som én sykefraværsdag i forhold til arbeidsgiverperioden. Dersom behandlingen gis med mindre enn 16 kalenderdagers mellomrom, legges fraværsdagene sammen til én arbeidsgiverperiode. Arbeidsgiverperioden skal tilsvare det antall arbeidsdager arbeidstakeren vanligvis arbeider i løpet av 16 kalenderdager. For en arbeidstaker med femdagers uke vil en full arbeidsgiverperiode være 12 behandlingsdager. Gis enkelte av behandlingene med mer enn 16 dagers mellomrom, f.eks. grunnet ferie eller helligdager, starter en ny arbeidsgiverperiode.

Hvis det dreier seg om en kronisk tilstand kan arbeidstaker eller arbeidsgiver søke om at NAV dekker sykepengene i arbeidsgiverperioden.

Er du på nett med Norsk Tannvern?

Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøttssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



Møter du mennesker som har det vanskelig?

Din kunnskap om selvhjelp kan være til nytte!

Selvhjelpsgrupper virker. Det er et sted der mennesker møtes for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvhjelp er gratis.

Selvorganisert selvhjelp tar utgangspunkt i mennesker som på egen hånd ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er selvorganiserte selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til nødvendig behandling. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

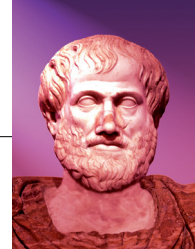
Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Visjonen er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan de kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge – Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet og har viktige oppgaver i realiseringen av planen.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i liknende situasjon? Da kan din kunnskap om mulighetene i selvorganisert selvhjelp bidra til at de finner mot til å ta kunnskapen i bruk.

Kontakt oss! www.selvhjelp.no eller ring 23 33 19 00

Vårt kunnskap er kostnadsfritt. Bestill materiell på våre nettsider.





Akuttbehandling:

En gylden mulighet til å utvide pasientporteføljen. Eller?

Hva slags arbeide er det greit å igangsette på pasienter som oppsøker deg akutt, og hva bør du si til akuttpasienten som har munnen full av tannlegearbeid som ikke hører noe steds hjemme i den odontologien du selv praktiserer?

Hva sier du til pasienten som oppsøker deg med smerter etter det han tror er en tannekstraksjon – og du finner hele rota igjen i alveolen?

Hva sier du når du oppdager restkaries under en rekke fyllinger på røntgenbildet?

Eller når pasienten kommer med en løsnet bro, og alle pilarene har fasong som «geletopper»?

Skal du ikke like godt lage en fin krone på pasienten som kommer inn med en frakturert MOL i en molar? Du har jo god plass i boka akkurat nå.

NTFs etiske regler omtaler disse problemstillingene.

I §10 står det blant annet at: «kommentarer vedrørende en kollegas arbeide bør ikke meddeles en pasient på en slik måte at det unødig virker som kritikk.»

Videre står det at: «Utover kommunikasjon med pasienten, må en tannlege bare uttale seg om en kollegas arbeid eller vurderinger på oppfordring fra NTFs organer eller offentlige tilsynsmyndigheter.»

§ 14 omhandler akuttbehandling og lyder: «Dersom en pasient tar kontakt

med en tannlege for akuttbehandling, skal tannlegen kun behandle det aktuelle problem. Etter utført behandling skal pasienten motta en epikrise eller journalutskrift.»

En skal altså veie sine ord når en omtaler en annen kollegas arbeide. Det er mange årsaker til at en behandling får det resultatet den gjør. Ingen av oss leverer perfekt odontologi til enhver tid.

Veldig ofte er ikke den informasjonen pasienten oppgir om denne behandlingen sammenlignbar med den informasjonen som behandlende tannlege har forsøkt å formidle. Kommunikasjon er kompliserte greier. Vi kan derfor ikke ta pasientens historie om hva som er formidlet, som sannheten alene.

Om en pasient spør deg direkte om din mening om en annen tannleges arbeide, er det lett å bli oppfattet som proteksjonistisk overfor tannlegestanden, om du vegrer å uttale deg. Du skal selvsagt fortelle pasienten hvilke funn du gjør. Men du bør ikke begi deg ut på en kvalitetsvurdering. Formidler du, til pasienten som ber om din mening, at du ikke har hele informasjonsbildet, og derfor mangler grunnlag til å gi en riktig og helhetlig vurdering, vil de fleste pasienter akseptere svaret.

Det er ikke bare midlertidige fyllinger som er akuttbehandling. Noen ganger er det nødvendig å gjøre større kon-

struksjoner for å oppfylle pasientens ønske. Her er ordene «pasientens ønske» nøkkelord. Du skal behandle det aktuelle problem som pasienten oppsøker deg for. Det er sjelden at dette medfører nyproduksjon av fast protetik. Ofte trenger pasienten bare lindring av ubehag fram til han igjen kan oppsøke egen tannlege. Men er det for eksempel en fylling som er frakturert, er det ofte i pasientens interesse at du reparerer denne permanent om du kan. Det sparer pasienten for utgifter både i penger og tid brukt hos tannlegen.

Selv om vi skal ta hensyn til våre kollegaer og behandle dem pent, er hensynet til pasienten det aller viktigste. § 1 sier at «hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn.»

Er det riktig ille, og du ser tegn til faglig eller etisk svikt hos en kollega, skal du gripe fatt i dette. Men for å spare både deg selv, pasienten og kollegaen for ubehageligheter, skal du følge NTFs retningslinjer ved varsling.

Men når du har gjort ditt aller beste og fulgt disse reglene; gjort bare det pasienten opplevde som akutt, ikke snakket nedsettende om tidligere behandlere, skrevet utførlig journal og gitt utskrift... – og pasienten ber om å få fortsette som din pasient: Så er det helt OK å si ja. Det er fritt tannlegevalg.

*Ellen Holmemo
NTFs råd for tannlegeetikk*

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
Anne Christine Altenau,
tlf. 97 74 06 06

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Erik Münter 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. 911 46 160

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

**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

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
tlf. 35 58 39 20

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

**Troms
Tannlegeforening**
Elsa Sundsvold,
tlf. 77 68 74 28

Ninni Haug
tlf. 97 09 11 67

**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

Fra kr. 3185,-

Gult, hvitt og rosé 585-gull med diamanter.

HEART
inkl. kjede

DARLING
inkl. kjede

VERONICA
inkl. kjede

AMARANT
med Morganitt

NOOR®

SMYKKER SOM SKAPER MAGI

Besøk

www.noorsmykker.no

for å se flere smykker

VI KJØPER ELLER RAFFINERER:

- * Dentalgull
- * Gamle smykker
- * Barrer, granulat, mynter, m.m.
- * Skrapsølv / Sølvtoy

OPPGJØR ETTER EGET VALG:

- * Nytt Dentalgull
- * Gullbarrer - 24K
- * Kontanter
- * Avregning på nye smykker

SEND OSS DITT DENTALSKRAP

og/eller kjøp smykker
til spesialpriser.

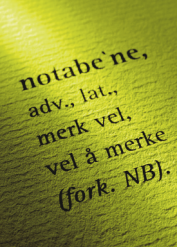
Planlegg og kjøp julegavene nå!



NORSK EDELMETALL a/s

Tlf: 64 91 44 00 • Faks: 64 91 44 01 • Boks 184, 1401 SKI

E-post: info@norskedelmetall.no



Nye pasientrettigheter

Fra og med 1. november styrkes pasientrettighetene for pasienter som har henvisning til spesialisthelsetjenesten, heter det i en melding fra Helsedirektoratet.

Sykehusene må svare raskere på pasientens henvisning og avklare rett til helsehjelp. Alle rettighetspasienter får også en tidsfrist for når hjelpen skal starte. Hvis sykehuset bryter fristen, er det nå sykehusets ansvar å varsle HELFO, som sørger for at pasienten får et tilbud et annet sted.

Flere helselover og -forskrifter endres med virkning fra 1. november. To av de mest sentrale endringene er retten til å velge behandlingssted og en styrking av rettigheter ved fristbrudd.

Helsenorge.no/velg-behandlingssted erstatter nå frittsykehusvalg.no. Der kan helsepersonell og pasienter få

oversikt over behandlingssteder og ventetider i spesialisthelsetjenesten.

Ny godkjenningsordning

Pasientene kan velge mellom offentlige behandlingssteder, private som har avtale med helseforetakene, samt private behandlingssteder som HELFO har godkjent som leverandør.

Denne godkjenningsordningen er ny. Den innebærer at private behandlingssteder kan søke HELFO om godkjenning for å tilby visse spesialisthelsetjenester som det offentlige betaler for.

Ikke alle behandlingssteder har rett til å vurdere henvisninger og eventuelt tildele rett til nødvendig helsehjelp med tidsfrist. På helsenorge.no/velg-behandlingssted er det oversikt over hvilke institusjoner som har slik vurderingskompetanse.

Ny ordning ved fristbrudd

Fra 1. november skal spesialisthelsetjenesten gi pasienten svar på om hun eller han har rett til helsehjelp eller ikke innen 10 dager etter at de har mottatt henvisning. Tidligere var fristen 30 dager.

Alle pasienter med rett til helsehjelp får også en bindende frist for når helsehjelpen skal starte. Hvis spesialisthelsetjenesten ikke overholder fristen, skal de varsle HELFO. HELFO kan da finne et annet behandlingssted dersom pasienten ønsker det. Pasienten kan ikke selv velge hvor hun vil motta helsehjelp på dette tidspunktet.

Les mer på helfo.no.

TILBAKEBLIKK

1915

Postscriptum

Med dette hefte avslutter jeg mit arbeid som redaktør for «Den norske Tandlægeforenings Tidende». Jeg orker ikke lenger det nattearbeide som stillingen kræver, naar man som jeg paa grund av «struggle for life» maa bruke hele dagen i praksis.

Men det er med saart sind jeg gaar. Naar man i saavidt mange aar, som de min redaktørtid ompspænder, har lagt interesse og arbeide i en bestemt retning, saa vil alle forstaa, at jeg kan være grepet av en smule vemod, nu naar traadene rives over. Men det maa ske.

Det er mig da en trang, nu ved avskeden, at faa sende en tak til den norske tandlægestand for den tillid den har vist mig i disse aar, og for den overbærenhet med feil og mangler, den har lagt for dagen. (J. E. Gythfeldt)

September 1915, 8de hefte

1965

Seminar i periodonti

Den norske tannlægeforenings kursnevnd arrangerte for tre år siden på Gausdal Høyfjellshotell et seminar i periodonti for tannleger fra de skandinaviske land. Oppslutningen om seminaret var tilfredsstillende, og en hemmelig evaluering ved avslutningen av det, viste at deltagerne stort sett hadde vært fornøyd med den form som ble valgt. N.T.F.'s kursnevnd har nå overveiet å arrangere et lignende seminar dersom et tilstrekkelig antall deltagere melder seg.

Kursnevnden er fremdeles av den mening at seminarets form er gunstig fordi den aktiverer deltagerne. Aktiveringen oppnås ved at de som skal delta får tilsendt en serie artikler som skal leses grundig før fremmøtet.

(Seminaret ble avholdt februar 1966, og dermed var «Gausdalseminarene» etablert.)

Oktober 1965, hefte 8

2005

Tromsø henter folk fra inn- og utland

Institutt for klinisk odontologi (IKO) i Tromsø er godt i gang med å ansette fagfolk. I tillegg til nordmenn har man søkere fra Sverige, Finland, Tyskland og India, melder universitetsavisen Tromsøflaket.

I alt 12 stillinger er lyst ut ved Norges nyeste tannlegeutdanning, og ved IKO er man fornøyd med kvaliteten på søkerne. Noen stillinger er allerede besatt, og tre professorer er begynt i stillingene sine, mens ytterligere to vil være på plass fra februar neste år. Professor Harald Eriksen er ansatt som instituttleder.

Foruten å rekruttere fagfolk, er IKO også opptatt av at de skal evalueres denne høsten, i likhet med de to andre odontologiutdanningene i Norge.

I Tromsø ser man også frem til å flytte inn i tannhelsebygget som er under oppføring. Hvis alt går etter planen, kan de flytte inn allerede om et og et halvt år.

September 2005, nr. 11



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

13.–14. nov.	Asker	Norsk Endodontiforenings årsmøte på Quality Hotel Leangkollen. Henv: nina.wiencke.gerner@gmail.com
13.–14. nov.	Tromsø	Årsmøte i Troms Tannlegeforening på Clarion Hotel The Edge. Tema: Keramer. Info og påmelding: Elsa Sundsvold, ehi-sund@online.no
7.–9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, tiberge@online.no
18.–20. jan. '16	Oslo	NTFs januarkurs. Henv. www.tannlegeforeningen.no
28.–29. jan. '16	Oslo	Grunnkurs i klinisk bruk av hypnose. Arrangør: Norsk forening for klinisk evidensbasert hypnose (NFKEH). Henv. www.hypnoseforeningen.no
5.–6. febr. '16	Oslo	Norsk forening for odontofobi. Februarseminaret. Thon Hotel Opera, Oslo. Henv. Pål Ellingsen, paa-elli@online.no eller se under spesialforeninger på www.tannlegeforeningen.no
14.–15. mars '16	Oslo	Holmenkollsymposiet. Tema: Diagnostikk - klinikk og radiologi for allmennpraktikeren. Se NTFs kurspåmelding, www.tannlegeforeningen.no
21.–22. april '16	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.–28. mai '16	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
1.–3. juni '16	Bergen	TMD-symposium. Multidisciplinary approach to TMD. Se www.tmdsymposium.no
16.–17. juni '16	Tromsø	Midnattssolsymposiet. Tema: Periodonti. Se www.tannlegeforeningen.no
3.–5. nov. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
9.–10. juni '17	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
25.–26. mai '18	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
24.–25. mai '19	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net

UTLANDET

12.–14. nov.	Gøteborg	Riksstämman och SveDental. Se www.tandlakarforbundet.se
27. nov.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meetiting. www.gnydm.com
28.–30. april '16	København	Årskursus, Bella Center. Se www.tandlaegeforeningen.dk
4.–8. mai '16	Bologna, Italia	NTFs utenlandskurs. Behandlingsplanlegging. Muligheter og umuligheter, hva er nødvendig og forsvarlig? Hverdagsodontologi for allmenntannlegen. Se www.tannlegeforeningen.no
26.–29. mai '16	Olsztyn, Polen	International orthodontic conference. Se www.polkard.pl
7.–10. sept. '16	Poznan, Polen	FDI. Se www.fdiworlddental.org
29. aug.–1. sept. '17	Madrid, Spania	FDI. Se www.fdiworlddental.org

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

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

Kurs i hypnose

Norsk forening for klinisk evidensbasert hypnose (NFKEH) har laget et nytt grunnkurs for klinisk bruk av hypnose.

Kursinnhold

Hypnose som behandlingsmetode, teori og praktisk bruk.

Behandling og mestring av stress og smerter.

Bruk av hypnose innenfor odontologi og medisin. Prosedyrer for behandling og undersøkelse.

Indikasjoner og kontraindikasjoner for hypnose.

Tid

28.–29. januar 2016

Sted

Oslo

Målgruppe

Tannleger som trenger en innføring eller oppdatering av metoden.

Kontaktperson

Gunnar Rosén, kursansvarlig og koordinator.

E-post: Gunnar@hypnoseforeningen.no. Tlf. 900 39 441.

Informasjon

For mer informasjon, program og påmelding, se www.hypnoseforeningen.no

Har du lastet ned appen?

Tannlegetidende er utviklet for både Android og iOS og for lesing av Tidende på både nettbrett og telefon. Appen Tannlegetidende finner du i App Store og Google Play. Last ned og logg inn med medlemsnummer i NTF og med samme passord som på NTFs nettsted.

Mottok Karl Evangs pris for innsats for barn

Klinikkjef ved Universitetet i Oslo, Anne Rønneberg, ble tildelt Karl Evang-prisen for å sette omsorgssvikt og overgrep mot barn på agendaen.

– Rønneberg har blant annet satt overgrep på kartet i riktig kontekst og bidratt til å skape åpenhet blant tannhelsepersonell om en tabubelagt og vanskelig sak, begrunnet helsedirektør Bjørn Guldvog tildelingen med.

Rønneberg mottok prisen på kr 50 000 på den årlige Folkehelsekonferansen 27. oktober.

– Dette er overveldende på alle måter. Det er en stor ære og det er med stor ydmykhet jeg tar imot denne prisen, sa hun i sin takktale. Hun understreket også at prisen anerkjenner betydningen av at tannhelsepersonell virkelig kan gjøre en forskjell, og at de er viktige helsearbeidere med et stort, lovpålagt ansvar for å melde sin bekymring for et barn.

Økt bevissthet blant tannhelsepersonell

Karl Evang-prisen deles hvert år ut til en person eller organisasjon som har gjort en særlig innsats for å fremme folkehelse og sosiale forhold som er viktige for denne, rettssikkerhet og trygghet i barnevernet, helse- og/eller sosialtjenesten, og opplysningsarbeid og medvirkning i samfunnsdebatten



Anne Rønneberg tok imot Karl Evangs pris foran bilde av et lykkelig barn. – Bildet bak meg viser et barns spontane glede, jeg føler det slik i dag. Jeg er så glad og utrolig takknemlig, sa Rønneberg i sin takktale. Foto: Helsedirektoratet.



Helsedirektør Bjørn Guldvog (t.v.) overrakte prisen til Anne Rønneberg (midten) på Radisson Blu Scandinavia Hotell på Holdbergs Plass i Oslo. Til høyre: Marie Rein Bore, medlem av komitéen og journalist i Stavanger Aftenblad. Foto: Helsedirektoratet.

om viktige barnevern-, helse- eller sosialpolitiske spørsmål.

Anne Rønneberg har i en rekke år lagt vekt på temaet «Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling og overgrep», både i sin undervisning ved tannlegeutdanningen i Oslo og på seminarer for tannhelsetjenester over hele landet.

– Vi må tro det for å se det, forklarer hun, med henvisning til historier om omsorgssvikt som har kommet fram.

– Vi er de eneste som ser barna og de unge jevnlig. Derfor er det viktig å øke bevisstheten blant tannhelsepersonell om den rollen de har i å avdekke slike forhold.

Helsedirektøren forklarte videre, i sin begrunnelse, at Rønneberg har «satt i system undersøkelser av barn som avdekker omsorgssvikt. Hun har arbeidet for å høyne bevisstheten hos landets tannhelsepersonell når det gjelder å avdekke omsorgssvikt og overgrep mot barn».

Gjelder ikke bare barn

Barnetannlegen takket sine pasienter, som fikk henne selv til å åpne øynene, og sa:

– Det er viktig å huske på at det er jo ikke bare hos barn dette er viktig! Det var en pasient på over 70 år som først fikk meg til å forstå den rollen vi kan spille for både barn og voksne. Vedkommende fortalte en historie som aldri før hadde blitt fortalt. Så dette er et nødvendig perspektiv også i behandlingen av voksne pasienter.

Rønneberg er overrasket og takknemlig for å bli tildelt prisen. Og hun mener det er viktig for det videre arbeidet i tannhelse- og helsetjenesten generelt: – Vi må aldri tie, vi må bare fortsette å snakke sammen. Tildelingen viser at tannhelsetjenesten er en viktig helsetjeneste, den minner om betydningen av at tannhelse sees i sammenheng med mer generell helse. Munnhelsen er i aller høyeste grad en del av kroppen.



Dødsfall

Torunn Husom Haukland,
f. 09.01.1922, tannlegeeksamen 1947,
d. 20.10.2015.

Fødselsdager

80 år

Petter Arentz, Eiksmarka, 4. desember

75 år

Gunn Glad, Tønsberg, 25. november
Björg Figenschou, Røros, 27. november
Tryggve Bie, Vangsvik, 5. desember
Erling Tidemann, Lommedalen, 6. desember
Torgeir Christensen, Tomter, 13. desember
Jostein Walsø, Sunndalsøra, 16. desember
Torgeir Syrtveit, Kristiansand, 18. desember

70 år

Håkon Giving, Rasta, 4. desember
Svein Tangen, Skotselv, 17. desember

60 år

Vibeke Kolling, Jar, 24. november
Lisbet Liabø, Vøyenenga, 5. desember
Dagfinn Snipsøyr, Hareid, 7. desember

50 år

Trieu Hong Lam, Øvre Ervik, 26. november
Dolores Carbonilla Budde, Oslo, 10. desember
Anne Cathrine Siljan, Bekkestua, 15. desember
Ingeborg Bihaug, Ås, 19. desember

40 år

Jarle Svalestad, Bergen, 30. november
Dag Arthur Lunde Songe, Risør, 3. desember
Y. Andreas Gibsztein, Oslo, 6. desember
Asta T. Danzinger, Bodø, 14. desember
Berit Offerdal, Oslo, 14. desember
Magnhild Lerstøl, Oslo, 15. desember
Kjersti Anfinnsen, Oslo, 16. desember
Asgeir Grotle-Sætervoll, Fjellhamar, 18. desember

30 år

Nikola Azanjac, Tromsø, 23. november
Harald Andreas Iversen, Tromsdalen, 23. november
Guro Sandmo, Steinkjer, 24. november
Navjit Dhaliwal, Hamar, 27. november
Thomas Konrad Poloczek, Harstad, 28. november
Sonam Softa, Drøbak, 28. november
Karoline Stølen, Ålesund, 5. desember

Ove Trana, Ottestad, 10. desember
Simen Willy Johnsen, Oslo, 13. desember
Kjetil Høye Rotneim, Trondheim, 13. desember
Mariann Christiansen, Stavanger, 15. desember
Tine Kjærgaard, Oslo, 18. desember

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.

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

Reservasjonen blir registrert i medlemsregisteret, og navnet vil ikke komme med i fødselsdagslistene i fremtiden. Du kan når som helst gi beskjed om at reservasjonen skal oppheves igjen.

Har du lastet ned appen?
Finnes i App Store og Google Play.
Navnet er Tannlegetidende

Dorthe Holst



En nestor innenfor samfunnsodontologi, professor Dorthe Holst døde 7. oktober etter lang tids sykdom.

Dorthe ble født i Danmark den 31. august i 1945, og fikk sin tannlegeutdannelse fra Universitetet København i 1968. Men det var i Norge hun skulle få sitt hjem og virke, og i 1982 fullførte hun doktorgraden ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Dette markerte starten for et rikt og aktivt forskningsliv for Dorthe.

Ved Det odontologiske fakultetet i Oslo har hun hatt mange viktige roller. Hun har vært instruktørtannlege, sentral i utformingen av tannpleierutdanningen og av videreutdanningen i samfunnsodontologi, og ikke minst en fremragende forsker og veileder. Hun var også sterkt engasjert i fakultets- og universitetspolitikk, i tillegg til at hun tidlig på 1980-tallet var sentral i etableringen av Samfunnsodontologisk forum.

Det var spesielt innenfor fagfeltet epidemiologi at hun hadde sin force. Hun organiserte og gjennomførte mange store og krevende kliniske befolkningsundersøkelser innenfor tannhelsetjenesten. Når det blir snakket om «Trøndelagsundersøkelsene», så er det for mange synonymt med Dorthe. Disse er blitt gjennomført over en 30-årsperiode, og det er vanskelig å tenke seg hvordan disse skulle blitt gjennomført om ikke Dorthe hadde vært drivkraften her.

Dorthe hadde et brennende samfunnsengasjement. Hun var svært opptatt av at den nordiske velferdsmodellen måtte virke utjevne på sosiale ulikheter. Nettopp derfor var komparative analyser av offentlige tannhelsetjenester viktig innenfor Dorthes forskning. Hun var opptatt av forskningens anvendbarhet, og dens relevans for tannhelsetjenesten og befolkningen.

Selv om Dorthe primært brukte tall og statistikk i sin forskning, glemte hun aldri at det var mennesker hun forsket på. Klinisk nærhet var en sentral verdi i alt Dorthe foretok seg.

Professor Dorthe Holst var en av våre mest siterte forskere innenfor samfunnsodontologien, og hennes betydelige arbeid ble internasjonalt anerkjent da hun i 2006 ble tildelt IADR-prisen (International Association for Dental Research).

Vi takker professor Dorthe Holst for den sentrale og viktige rollen hun har hatt i oppbyggingen av samfunnsodontologien. Våre tanker går til Per og den nærmeste familien.

Prof. Pål Barkvoll, dekan ved Det odontologiske fakultet
Prof. Jan Eirik Ellingsen, Instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi
Prof. Jostein Grytten, fagleder, Seksjon for samfunnsodontologi

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Professor, dr.odont. Dorthe Juul Holst (1945 – 2015)

Dorthe kom til Oslo som relativt nyutdannet tannlege fra Københavns Tandlægehøyskole for å delta som student i det første videreutdanningskullet i samfunnsodontologi høsten 1970. Dorthe stormet inn i vårt lokale fagmiljø som et fargerikt fellesskap, samlet i én kraftfull person med rødglans i håret, springstep i beina og strålende smil om munn. Dette var i samfunnsodontologiens «Sturm und Drang»-periode som falt sammen med 68ernes glansperiode. Dorthe var et barn av sin tid, tok ikke alt for god fisk, kunne være opposisjonell, men evnet å snu på femøringen når argumentene overbeviste. Slik ble hun en venn, ikke en som lefler med, men en som tør si fra når det trengs. Som 25-åring hadde hun mot til å stå opp mot oss som den gang nærmet oss 40, med påberopt lokal innsikt og erfaring. Ikke slik å forstå at Dorthe alltid hadde rett, eller fikk rett. Men ofte, og oftere enn snusfornuftige norske 40-åringer hadde ventet eller likte, gikk Dorthe seirende ut av de vedvarende debattene om hva faget sam-

funnsodontologi bør inneholde, og hva som skulle til for å bedre tannhelsen i befolkningen.

Dorthe ble en av gründerne av norsk og nordisk samfunnsodontologi – sammen med Per Bærum – den gang lederen for videreutdanningen og senere hennes ektemann. Etter hvert sluttet flere seg til den lille kretsen. De første årene på 1970-tallet var politisk radikale år. Mange entusiaster ville omskape tannlegefaget og undervisningen i sitt bilde. Det var mye skjegg, lilla skjerf og prat om tannterapeuter på den tiden. Noen hellet til venstre, andre til høyre – så pass at de nesten mistet balansen. Dorthe var radikaler, men sto likevel støtt. I likhet med de fleste av oss andre, forsto hun godt sammenhengene mellom fag og politikk, men evnet i forskning og gjerning å skille mellom snørr og bart. Hun var ikke blant dem som tilbragte tiden med å dosere at løsningen på faglige problemer er å finne i den riktige politiske ideologi. Likevel underslo hun aldri betydningen av de

politiske vinder som til enhver tid fyker forbi.

Dorthe og jeg, sammen med Ola Haugejorden og Jostein Rise, hadde gode arbeidsår i lag på Institutt for samfunnsodontologi. Våre innfallsvinkler til faget var forskjellig. Det ble det bredde av, følte i hvert fall jeg. Nye folk kom til, noen ble, andre forsvant til andre læresteder eller ut i praksis. Dorthe sto på post praktisk talt livet ut. Hun ble en kjendis i forskningsråd, i nordisk og internasjonalt forsknings-samarbeid. Hennes innsats er i dag lagret i hundretalls publikasjoner, men aller mest i sinn og holdninger hos de tallrike studenter og stipendiater hun har undervist og veiledet. Vi er mange som bestandig vil minnes Dorthe – alltid på farten, full rulle, smilende, til tider en smule streng: ingen unnaslunt-ring, takk. «Men neste dag sto hun like fornøyet» – og talte norsk med en dansk aksent. For meg blir Dorthe aldri borte. Fred over minnet.

Leif Arne Heløe

Tidendes nye app finnes i App Store og Google Play.
Navnet er Tannlegetidende



Tellende timer

Annerledes

Nyskapende

Kostnadseffektivt

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



Inga Marte Thorkildsen
Du ser det ikke før du tror det
Et kampskrift for barns rettigheter.



Denne boka er ingen lærebok, men kan i høyeste grad ses på som en aktuell fagbok, som omhandler barn som opplever vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep. Boka er rettet

mot alle som jobber med barn og unge, enten innen helsevesenet eller skolesystemet, men den er relevant for alle. Forfatterens intensjon er å sette fokus på barn som opplever de mest grufulle ting, hva som skjer med dem etter disse hendelsene og deres rettigheter, eller rettere sagt manglende rettigheter i mange tilfeller. Forfatteren ønsker å ta et oppgjør med det hun kaller diagnosensamfunnet og tabukulturen som eksisterer rundt det å snakke om vold og seksuelle overgrep mot barn. Hun

ønsker å skape debatt og få fokus frem på dette viktige området, og hun ønsker å gi fagfolk som jobber med barn og unge kunnskap og mot til å se og handle.

Boka tar for seg de viktigste konsekvensene av vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep mot barn. Forfatteren bygger sine kunnskaper på en rekke fagpersoner og ressurspersoner, eller ildsjeler hun har møtt og snakket med. Men de viktigste erfaringene hun har gjort seg er i møtet med barn og unge. Forfatteren gjenforteller en rekke av disse historiene der barn har opplevd de mest krenkede ting, og det er det som gjør boken særdeles gripende.

Boka er til tider svært kritisk mot en rekke temaer som blant annet ADHD-diagnostisering og «atferdsfokuset» til skolen, noe som har blitt debattert i media etter at boken kom ut. Men kanskje forfatteren har rett? Vi må tørre

å se og innrømme at kanskje er årsaken til problemet og atferden man ser hos barnet er at barnet blir utsatt for noe det ikke har godt av. Som tittelen sier: «Du ser det ikke før du tror det».

Selv om boka til tider er noe politisk, vil jeg gi all honnør til Inga Marte Thorkildsen for at hun velger å skrive denne boka. Å tørre å ta opp et så viktig, men ømfintlig tema, krever mot.

Vold og seksuelle overgrep mot barn skjer i stort omfang, oftere enn man tror. Boka til Thorkildsen tar opp en rekke temaer som belyser dette og den gir god innsikt i hva som skjer med barn som blir traumatisert. Boka bør være obligatorisk for alle som jobber med barn og unge, også tannleger.

Thea Granvoll Bie

*Bergen: Vigmostad EtBjørke; 2015.
 290 sider. ISBN: 978 - 82 - 419 - 1151 - 4.*

■ 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.

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/ anestesisykepleiere.

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:

- Fiksturnnsetting – enkelttann/delkjeve/helkjeve/for magnetfester/kulefester
- Guided computerbasert fiksturnnsetting – 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 visdomstener/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 anestesisykepleiere.

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

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2015

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
10	9. oktober	14. oktober	12. november
11	6. november	11. november	10. desember

Frister og utgivelsesplan 2016

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '15	8. desember '15	14. januar
2	15. januar	19. januar	18. februar
3	12. februar	17. februar	17. mars
4	26. mars	3. mars	14 april
5	8. april	14. april	12. mai
6	2. mai	13. mai	16. juni
7	10. juni	16. juni	18. august
8	11. august	17. august	15. september
9	9. september	14. september	13. oktober
10	12. oktober	17. oktober	17. november
11	10. november	16. november	15. desember

SUNSTAR



SOFT-PICKS®
Advanced

NYHET!

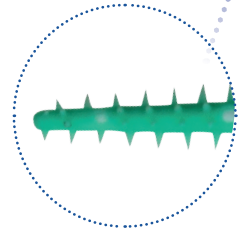
AVANSERT rengjøring mellom **ALLE** tennene!

ELASTOMER

Konisk rengjøringsdel av Elastomer for **MAKSIMAL PLAKKFJERNING**.
Latexfri.

FLEKSIBLE GUMMITIPPER

Fleksible gummitippen som tilpasser seg interdental mellomrom for **MAKSIMAL RENGJØRING**. Masserer tannkjøttet, øker blodsirkulasjonen og gir ett **SUNNERE TANNKJØTT**.



ERGONOMISK FORM

Tilpasset kjevens naturlige form for **LETTERE TILGANG** i de bakre proximale mellomrom.

FAST GREP

Langt skaft med fast grep for **ENKLERE TILGANG** og **BEDRE TEKNIKK**.



Våre samarbeidspartnere:

Vare nr:
650M30

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



**NTFs
TIDENDE**

125 ÅR

1890 – 2015

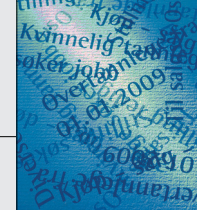
VISSTE DU AT BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSÅKEN TIL AT BARN FÅR I SEG FOR MYE SUKKER?

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**



■ STILLING LEDIG

Nord Trøndelag: 100 % Tannlege i Levanger

Tannlegene Bjørnaas & Brenne Lundh AS søker tannlege til 100 % stilling ved vår klinikk i Levanger. Klinikken består av tre tannleger, tannpleier samt fire assistenter. Vi har et bra arbeidsmiljø og høyt faglig nivå. Moderne og velutstyrt klinikk med godt pasientgrunnlag. Oppstart tidligst 01.02.2016. Søknad med CV sendes på epost til adabrenne@gmail.com. Ta gjerne kontakt på telefon 740 84 340/971 00 732 for mer informasjon. Søknadsfrist 12.12.2015

Sør-Spania

Positiv kollega søkes til skandinavisk tannlegeklinikk i Sør-Spania
Kontakt oss på telefon 0045 82136383 eller helst på mail: info@clinicidental.eu

Lillehammer

MaksiDent er en moderne allmennpraksis midt i Lillehammer sentrum med 4 personer (tannlege, tannpleier, sekretær og resepsjonist). Vi søker en tannlege som skal samarbeide med oss i deltidstilling, med mulighet for utvidelse til full stilling på kort sikt. Arbeidserfaring og gode norskkunnskaper er ønskelig. Hvis du er flink, fleksibel og positiv, send søknad og CV til post@maksident.no

Sandvika

Søker kollega, helst med erfaring, som vil jobbe i moderne klinikk. I første omgang deltid - ettermiddag/kveld er og mulig - 2-3 dager i uken.

Også mulig for en som vil bygge seg opp/ ev har egne pasienter.

Fleksible ordninger for samarbeid.

Kontakt

sandvikatannlege@outlook.com.

Assistenttannlege søkes til trivelig praksis i Indre Østfold.

Omgjengelig, kvalitetsbevisst og serviceinnstilt tannlege søkes til assistenttannlegestilling på Mysen fra januar 2016. 40-60 % stilling med gode muligheter til utvidelse. Langvarig samarbeid er ønskelig for rett person. God pasienttilgang, og muligheter for faglige utfordringer i alle fagdisipliner. Ønskelig med noe erfaring. Norsk autorisasjon er en forutsetning. Moderne, og godt utstyrt tannlegepraksis. Drives i kontorfellesskap med annen tannlegepraksis. Trivelig og godt faglig miljø. Er du interessert i flere opplysninger, ta kontakt på ggdann@online.no



TROMS fylkeskommune
ROMSSA fylkkasuohtkan

Informasjon om
Troms fylkeskommune
på: www.tromsfylke.no

TkNN

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN) er samlokalisert med Institutt for klinisk odontologi (IKO), Universitetet i Tromsø.

TANNLEGE, KLINISK LEDER

Tannlege, klinisk leder for spesialistutdanning i «Klinisk odontologi»

Helsemyndighetene ga i 2010 Institutt for klinisk odontologi (IKO), Universitetet i Tromsø og TkNN i oppdrag å starte utdanning av spesialister i «allmennodontologi», «Klinisk odontologi». Dette er en prøveordning som nå har pågått i 6 år og som vil bli forlenget med ytterligere 3 år. Spesialiteten fokuserer på fagområdene endodonti, periodonti, protetik, men inkluderer også andre områder som for eksempel gerodontologi og dentoalveolær kirurgi. Det holistiske pasientperspektivet er en viktig del av utdanningen og den teoretiske og kliniske utdanningen er tilrettelagt for tannleger som etter endt utdanning også vil jobbe som sykehustannleger.

Utdanningen er en desentralisert utdanning hvor deler av pasientbehandlingen skjer på kandidatens «hjemmeklinikk». Fjernundervisning i form av telemedisin og videokonferanser brukes i undervisningen med kandidater på deres hjemmeklinikk. Prøveordningen vil nå forlenges med ytterligere et kull kandidater i en 3-årig studiegang med opptak høsten 2016.

Da den nåværende kliniske lederen for prøveordningen slutter, søker vi en erfaren tannlege som skal organisere og lede den kliniske utdanningen. Det er en forutsetning at den kliniske lederen har en allsidig klinisk bakgrunn fra allmenn praksis på voksne pasienter. Klinisk spesialitet vil være en fordel men er ikke obligatorisk. Det vil også være en fordel med erfaring fra undervisning og administrativ virksomhet. Erfaring fra forskning og utviklingsarbeid er ingen forutsetning, men vil telle positivt.

Den kliniske lederen har en viktig rolle som miljøskaper og det vil bli lagt vekt på personlige egenskaper. Videre vil den som ansettes få det daglige ansvaret for tilrettelegging av den kliniske tjenesten til kandidatene og skal samhandle med andre kliniske lærere som bidrar i undervisningen. Planlegging av undervisningen skjer i samråd med prosjektleder på IKO og fagspesialister som engasjeres.

Det inngår klinisk virksomhet i stillingen. Arbeidsbelastningen knyttet til arbeidsoppgavene i stillingen som klinisk leder for spesialistutdanningen vil variere. Det vil da først og fremst være ytterligere klinisk aktivitet som er aktuelt, men det kan også vurderes mulighet for å delta i forskning, eller andre prosjekter ved TkNN. Lønn etter avtale.

Pensjonsinnkudd trekkes med 2 %. Flyttekostnader dekkes etter bestemte retningslinjer for tilståelse av flyttegodtgjørelse i Troms fylkeskommune. Hvis mulig er vi behjelpelig med å finne bolig. Ytterligere opplysninger fås ved henvendelse til leder Elisabeth Camling 77 78 90 00/ 474 89 495, e-post: elisabeth.camling@tromsfylke.no. Besøk gjerne www.tknn.no for mer informasjon.

For tilsetting i tannhelsetjenesten kreves politiattest. Opplysninger om søker kan bli offentliggjort selv om det er bedt om unntak fra offentlighet. Jfr. Off. loven Søknaden sendes fortrinnsvis elektronisk via link på www.jobbnorge.no eller www.tromsfylke.no, ID 117605. Adresse: TkNN, Postboks 2406, 9271 Tromsø

Søknadsfrist: 26. november 2015

Vi søker

Sakkyndig tannlege (deltid)



Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har 162 ansatte og en stab på over 80 sakkyndige spesialister som til sammen representerer 30 spesialiteter. Våre sakkyndige spesialister er tilknyttet på deltid gjennom rammeavtaler. Avtalene inngås etter anbud i tråd med Statens regler for kjøp av varer og tjenester.

Vi kunngjør nå avtale om sakkyndigtjenester for:

Spesialist i kjeveortopedi

Mer informasjon finner du på www.npe.no. Fullstendig kunngjøring er publisert på Database for offentlige innkjøp (www.doffin.no). Anbudsdokumentene kan også rekvireres via e-post til anskaffelser@npe.no

Tilbudsfrist er torsdag **10. desember 2015 kl. 13.00**

Spørsmål kan rettes til:

Seksjon for sakkyndig utredning v/ avdelingsdirektør (medisinsk fagsjef)
Mads Morten Nøjd (mmn@npe.no), telefon 22994448.

Administrasjonsavdelingen v/ seniorrådgiver Snorre Hagen
(sha@npe.no), telefon 22994442.



Kjeveortopedier
søkes til Oslo og
omegn i hel eller
deltidsstillinger

For ytterligere informasjon og
søknad med CV sendes til e-post:
ortodontist@oslo-tannregulering.no



Østfold fylkeskommune

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

 **TANNHELSE**
MELHUS

TANNLEGE 100% STILLING

PÅ MELHUS FRA 1. MAI 2016

**Vi søker tannlege i 100% stilling til travel og
veletablert privat praksis på Melhus, 20 km fra
Trondheim sentrum.**

Vi er i dag en privat klinikk med

- 4 allmennpraktikere
- Spesialist i periodonti
- Tannpleier

Vi har sju behandlingsrom (ett kirurgirom) OPG, CBCT,
Kodak/Sidexis rtg, Cerec. Opus journalsystem. Klinikken
er bygd i 2010 og fremstår som meget velutstyrt og
moderne. Det gjøres mye kirurgi ved klinikken, og vi
har periodontist i 50 % stilling samt to tannleger som er
godkjent for implantatprotetikk.

Da en av våre tannleger går av med pensjon, og har drevet
praksisen siden 1982, vil du som blir tilbudt stillingen gå
inn i full timebok fra første dag.

Søknadsfrist: 20. desember 2015.

Søknad sendes på e-post: post@tannhelsemelhus.nhn.no

For ytterligere opplysninger, ta kontakt med
Bjørn G. Benjaminsen 90 65 19 70, eller
Kai Åge Årseth 91 13 88 36.

Varna Tannlegesenter

Vi ønsker en erfaren tannlege -
helst med lokal forankring - for
arbeidsmengden venter på deg.
Vi har mange recallpasienter som
trenger din nennsomme hånd og
blikk for detaljer - for vi vil at
pasientene våre skal få den beste
behandlingen også av deg.

Stillingen vil være knyttet opp
mot almenntannbehandling, med
behandling etter erfaring og
kunnskapsnivå - du vil kunne

jobbe tett opp mot spesialister
innen oral medisin og kirurgi,
samt oral protetikk, og om tre år
også en periodontist. Nettopp på
grunn av etterutdanning av en
allmenntannlege til periodontist
vil din arbeidsbelastning være
nær 100% fra dag én, da denne

tannlegen alene har håndtert en
recallliste på 1800 pasienter.

Klinikken har to oral kirurger
samt en protetiker tilknyttet pr
idag.

Tentativ oppstart våren 2016.

Send søknad elektronisk pr epost
til lars@varna-tannlegesenter.no
Varna Tannlegesenter AS

Lillestrøm

Lillestrøm tannklinikk og tannlegevakt A/
S søker tannlege til klinikken i Lillestrøm.
Klinikken består av to tannleger og to
assistenter og vi holder til i moderne og
trivelige lokaler i sentrum av byen.

Vi ønsker nå å utvide ytterligere og vi
søker en kvalitetsbevisst og ambisiøs
tannlege - helst med noe erfaring. Vi har
åpent på kveldstid og i helgene, så vi
ønsker at du er fleksibel hva arbeidstid
angår. Oppstart og stillingsgrad etter
avtale.

Søknad med CV og referanser sendes til
h.g@hotmail.no

Sandefjord

Assistenttannlege søkes til hyggelig
tomannspraksis i Sandefjord. 80 til 100 %
stilling. Vi holder til i lyse trivelige lokaler
på torvet. Alt utstyr er nytt og vi buker
CAD/CAM og PlanMill. Gode inntektsmu-
ligheter. Søknad kan sendes til
kast-t@online.no

Tannhelsetjenesten i Nord-Trøndelag

LEDIGE TANNLEGESTILLINGER

Ledige vikariat i tannlegestillinger i Steinkjer, Levanger og Stjørdal.

Fullstendig utlysningstekst og søknadsskjema på www.ntfk.no og nav.no

- et ansvar for **FYLKESTINGET**
i Nord-Trøndelag 

www.ntfk.no

frantz.no

ledige stillingar i

tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Les om våre ledige stillingar og finn søknadsskjema her:
www.mrfylke.no/job/tannhelse



Eurodent Tannklinikk Bergen søker tannlege

Vi søker en erfaren kollega med gode kommunikasjons- og samarbeidsevner til vår veletablerte tannklinikk i Bergen sentrum.

Stillingen innebærer samarbeid i felles kontorlandskap med kirurg, allmenntannleger, en spes. kjeveortoped, m.m.

Vi tilbyr godt rustet og moderne lokaler med OPG rtg, mulighet for CBCT og en stor pasientdatabase. Erfaring med større protetisk arbeid er ønskelig, inkl. implantat protetik.

Send søknad med CV og referanser til oxana@eurodentbergen.nhn.no. Full stillingsbeskrivelse kan lese på <http://www.eurodent.no/ledige-stillinger/>

Strømmen

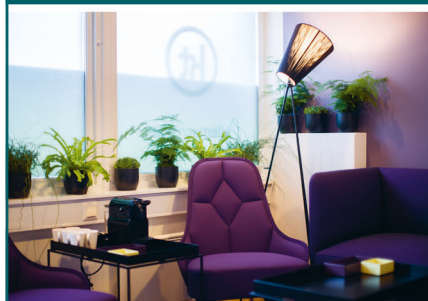
En erfaren og hyggelig kollega søkes til travel privatpraksis på Strømmen.

Det passer for deg som kan starte med 1-2 dager i uka. Overdragelse kan diskuteres etter hvert for rette person. Kontoret har 2 behandlingsrom og relativt nytt utstyr.

For mer informasjon, søknad: elin.m.nygaard@gmail.com



kilentannlegen



Vi søker en engasjert og dyktig tannpleier

Du vil få spennende arbeidsoppgaver og et supert arbeidsmiljø i en utrolig fin klinikk.

Send CV og søknad til:

Kilentannlegen, Hegnasletta 5,
3217 Sandefjord eller
post@kilentannlegen.no

Vi gir deg smilet du har drømt om!

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

■ STILLING SØKES

Endodontist

utdannet i Norge ønsker å etablere seg i pendleravstand fra Oslo. Ønsket er å komme inn i et hyggelig og oppdatert faglig miljø der det er behov for endodontist 2-3 dager i uken. Partnerskap eller overtakelse på sikt er også interessant. Kan kontaktes på endodontisten@gmail.com

KVALITETSBEVISST TANNLEGE

med lang erfaring fra privat praksis i Nord -Norge søker 100 % stilling. Godkjent for implantatprotetikk med støtte fra HELFO. Arbeider selvstendig og har stor arbeidskapasitet. Jeg er spesielt interessert i implantatkirurgi og generell oral kirurgi, protetikk og kosmetisk behandling. Jeg er vant med å bruke mikroskop i arbeidet.

Henvendelse på mail til:
janmariumartinsen@gmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

FÅVANG – KVITFJELL

35 min nord for Lillehammer.

Nyoppusset privatpraksis selges. Tilrettelagt for utvidelse til 2 behandlingsrom. God pasienttilgang. Rikt utstyrt. Ny HECA unit, nytt Siemens røntgen, Digora, Opus.

Kontakt: Tannlege Grete Øfsteng, tlf. 90850398, mail: greteofsteng@yahoo.no

Tannlegepraksis for salg sentralt på Jæren

Pris kr. 4.500.000,-

Omsetning ca. 5.000.000,-
Overskudd ca. 2.000.000,- + eiers lønn.
3 behandlingsrom
3 ansatte tannleger

Lav husleie

Stort nedslagsfelt i område med sterk utvikling.

Kontakt Klinik Børsen på post@klinikkborsen.no
Telefon megler: 918 99 999

KB
KLINIKK
BØRSEN

Klinikk til salgs

Lønnsom klinikk til salgs i Oppland fylke.

En veldrevet og lønnsom praksis, med godt pasient grunnlag og vinst i overkant av 2mill, utover god lønn. For rett kandidat finnes hjelp med finansiering. Kontakt på e-post: tannlegeklinikk@gmail.com

Veldrevet tannlegepraksis selges

Veletablert og veldrevet tannlegepraksis på indre Østlandet selges etter 40 år, grunnet pensjonering. Praksisen har svært god pasienttilgang, herunder et betydelig antall recall-pasienter. Mulighet for påvirkning av nye lokaler.

B.mrk. 1-10/15

Tannlegepraksis i Vestfold

Andel av tannlegepraksis i veldrevet klinikk selges. Klinikk med seks uniter holder til i moderne og lyse lokaler. Høy standard på inventar, tannlegeutstyr og data. God plassering i Horten. Du kommer til dekket bord.

Henvendelse
bittennasammen@gmail.com.

FREDRIKSTAD – PRAKSIS/ PORTEFØLJE SELGES

Mindre praksis/portefølje i Fredrikstad selges grunnet pensjonering.

Se også www.tannlegeportalen.no
Henvendelse til Saga Consult AS
Tlf: 32 17 91 73 / 93 00 82 80 eller
e-post: post@sagaconsult.no

Erfaren tannlege ønsker å kjøpe praksis

Vurderer du å trappe ned? Har du tanker om å selge praksisen din? Eller ønsker du/ dere en seriøs og samvittighetsfull partner?

Ta kontakt for en uforpliktende samtale dersom du driver i Oslo/ Akershus - området.

tannlegepraksisen@gmail.com

■ DIVERSE

XO unit i god stand selges gunstig

7 år gammel. Meget god unit. Fulgt opp bra med servicer og vedlikehold. Påmontert original LCD skjerm for fremvisning av rtg. og annet. Micromotor, turbin, EMS og herdelampe på pisker. Ikke rtg.

Kontakt:
fetsundtannklinikk@gmail.com

Unit

Meget pent brukt planmeca unit selges til kjemperimelig pris, grunnet kjøp av ny unit. Prisen er 33000 ved en rask avgjørelse. Uniten er i bruk i Oslo.

Bilder sendes på forespørsel, vennligst kontakt: 91604456 eller sirusin@hotmail.com.

OBS! ADRESSEENDRING – ZINA KRISTIANSSEN

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin
Zina Kristiansen har flyttet. Nye kontaktopplysninger er: Homansbyen
Tannlegesenter Oscarsgt. 20, 0352
OSLO. Telefon: 23 32 66 60

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

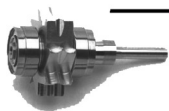
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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!



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**

PEOPLE HAVE PRIORITY



NÅ LANSERES NYE LISA!



NYHET



YTELSE ✓

Program fra 13 minutter – Eco dry teknikken tilpasser tørketiden etter lasten!



FULL SPORBARHET ✓

USB, Wi-Fi, Ethernet, serielt? App til mobil eller brett? Lisa har alle mulighetene – kom til oss for en demonstrasjon, det er utrolig enkelt.



BRUKERVENNLIG ✓

Stort lettlest display med videoguide direkte på skjermen.



ERGONOMI ✓

Nytt smart design – uten håndtak og spaker.



ØKONOMI ✓

Forebyggende service først etter 4000 sykluser. Her er det penger å spare!

Kontakt Dental Sør AS eller W&H Nordic for ytterligere informasjon: Dental Sør AS, t: 38 27 88 88, e: post@dentalnet.no, www.dentalnet.no. W&H Nordic, t: 32853380, e: office@whnordic.no, www.wh.com

lisa