

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 125. ÅRGANG • NR. 9 OKTOBER 2015



1890.

No. 1.

I følg
st
samme
indenby
har der
medlemm
pris paa a
ninger staaen
referater var ikk
lidet arbeide for foren
bleven staaende ved den tidligere ordning.

fuld-
Den
ikke
Ofte
at selv
største
og beslut-
autograferede
ikke saa
indtil videre var
tidligere ordning.

Imidlertid hensov «Sk. tidsskrift for tandlæger» trods de

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!**

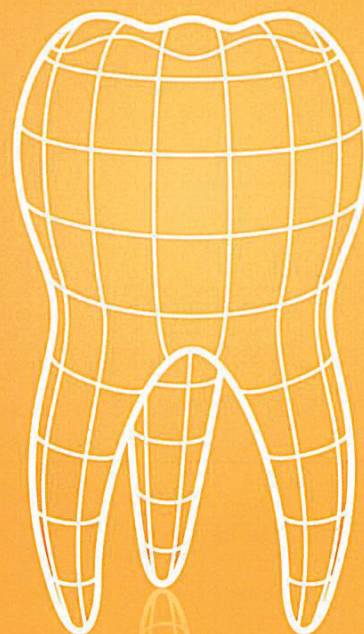
- Tirsdagsendinger returneres fra Oslo mandag 6 dager senere
- Onsdagsendinger returneres fra Oslo tirsdag 6 dager senere
- Torsdagsendinger returneres fra Oslo onsdag 6 dager senere
- Fredagsendinger returneres fra Oslo torsdag 6 dager senere



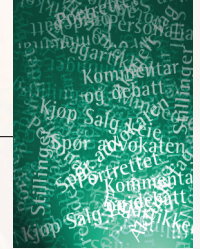
Avtalekunder får rabatt
på både forbruksvarer og
tanntekniske arbeider!

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



784



816



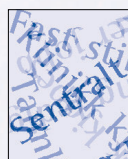
824



828

Rubrikk-annonser

860



778 **Siste nytt først**

■ **Leder**

781 125 år gammel – med helt nye apper

■ **Presidenten har ordet**

783 I usikre tider er det viktig å stå sammen!

■ **Vitenskapelige artikler**

784 Sadia Khan og Erik Saxegaard: Obstruktivt søvnapné syndrom – hvordan kan tannlegen bidra i behandlingen?

794 Sadia Khan, Irene Skau, Jostein Grytten og Erik Saxegaard: Obstruktivt søvnapné syndrom – kunnskap og klinisk erfaring blant et utvalg norske tannleger

■ **Kasuspresentsjon**

800 Bjarte Grung og Anne Christine Johannessen: Sentralt kjempecellegranulom i kjevene

■ **Aktuelt fag**

806 Hildur Søhoel og Sigrid I. Kvaal: Kvalifisering av tannleger fra land utenfor EØS – erfaringer fra 2004 – 2013

810 Henning Lygre: Kalsiumantagonister og periodontal sykdom

■ **Doktorgrad**

812 Ingun Lund Witsø: Quorum sensing interference controls bacterial virulence

■ **Aktuelt**

816 De fleste tannlegene har flyktet

820 Debatt på Praksiseierforeningen/SPAs årsmøte i Oslo 11. september: For mange tannleger

824 Barna lot seg rive med

826 Tidende-appene er her

■ **Tidende 125 år**

828 Fagmedienes tid

832 NTFs Tidende 125 år: Fra møtereferater til moderne fagtidsskrift

■ **Arbeidsliv og praksisdrift**

842 Juridisk rådgivning for medlemmer av NTF

844 Privat tjenstepensjon etter pensjonsreformen

846 Spør advokaten: Deling av pasientinformasjon – svært begrenset adgang

■ **Snakk om etikk**

849 Etikk på landsmøtet

■ **Notabene**

852 Tilbakeblikk

853 Kurskalender

857 Personaliala

Mister tidsskrifter



FOTO: YAY MICRO

Et av de siste ofrene for den økonomiske krisen i Hellas er studenter og forskere, skriver Forskerforum og siterer Greek Reporter.

Fra 1. juli i år har de mistet den elektroniske tilgangen til vitenskapelige artikler, som kan være avgjørende for deres arbeid. Årsaken er at internettportalen HEAL-Link som gir forskere tilgang, ikke har betalt abonnementene til 27 utgivere. Regjeringen har ikke kunnet overføre penger til å videreføre abonnementene, og de fleste universitetene har ikke råd til å betale selv.

Akademikere lever lenge



FOTO: YAY MICRO

I en ny rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) presenteres nye tall for levealder for ansatte i ulike typer yrker. Både kvinner og menn i typiske akademiker-yrker lever lenger enn dem i yrker uten spesielle krav til utdanning.

Tallene viser at det for menn er relativt små endringer i forskjellene mellom ulike grupper sammenliknet med tilsvarende tall fra 1980-tallet. Det vil si

at tidligere observerte forskjeller mellom ulike yrkesgrupper opprettholdes over tid. For kvinner ser det ut til at forskjellen i levealder mellom ulike yrkesgrupper har økt sammenliknet med tidligere.

Rapporten viser at menn i yrker som krever lang, høyere utdanning i gjennomsnitt lever hele fem år lengre enn menn i yrker uten spesielle krav til utdanning. Forskjellene er noe mindre for kvinner, men også her lever kvinner i typiske akademiker-yrker i gjennomsnitt 3,5 år lenger enn kvinner i yrker uten spesielle krav til utdanning.

I rapporten vises det også hva gjennomsnittlig levealder er for ulike yrkesgrupper.

For leger, psykologer, tannleger, farmasøyter og veterinærer oppgis levealder til 85,8 år for kvinner og 83,2 år for menn. For sivilingeniører er levealderen 86,7 år for kvinner og 82,8 år for menn, og for advokater, jurister og dommere er levealderen 85,4 år for kvinner og 82,2 år for menn. Tallene er observert levealder i perioden 2009–2013.

Flest kvinner tar doktorgrad



FOTO: YAY MICRO

I 2014 var det for første gang flere kvinner enn menn som avla doktorgrad i Norge. Kvinnene sto for 50,4 prosent av doktorgradene viser tall fra Indikatorrapporten som blir utgitt av Forskningsrådet, NIFU og SSB.

Indikatorrapporten blir lagt fram på et seminar i Forskningsrådet torsdag 24. september. Rapporten gir en oppdatert status over forskning og innovasjon i Norge.

Noen sentrale funn fra rapporten er: Norges totale forsknings- og utviklingsinnsats utgjorde 1,65 prosent av BNP. Innsatsen har vært stabil de siste 20 årene. Norge ligger dermed betydelig bak gjennomsnittet for Norden og OECD. Men når det gjelder kun offentlig FoU-innsats ligger Norge helt i toppen.

Andelen av befolkningen med høyere utdanning er høyere enn gjennomsnittet i OECD, EU og Norden. Norge har også en høy og stigende andel forskere.

Det har vært en betydelig vekst i forskningsbevilgningene de siste årene. Her er Norge i en særstilling; de aller fleste landene har strammet inn på forskningsbevilgningene.

I 2014 var det for første gang flere kvinner enn menn som avla doktorgrad. Det totale antallet avlagte doktorgrader ligger stabilt på omtrent 1500 i året. Kvinner er også i flertall blant stipendiatene.

Norsk forskning siteres mer, og det er en høy vekst i den vitenskapelige publiseringen i Norge.

Omtrent halvparten av norske foretak er innovative. Dette er fullt på høyde med våre nordiske naboer. Det er mest innovasjon i de store, internasjonale industriselskapene. Hovedgrunnen til at foretak ikke er innovative, er at de ikke ser behovet for det.

Det største tematiske forskningsområdet i Norge er relatert til helse og velferd, mens den største veksten finnes innen petroleumsforskningen.

Norsk miljø- og energiforskning er sterkt spesialisert og har høyt internasjonalt gjennomslag. Forskning og utvikling innen fornybar energi går ned, spesielt i næringslivet, hvor det er nesten halvert siden 2009.

Flere doktorgrader

Antall doktorgradsprosjekt i helseforetakene er mer enn doblet i perioden 2006–14. Universitetssykehusene står for et klart flertall av prosjektene, mens bidrag fra andre helseforetak har økt kraftig, skriver bladet Forskerforum og siterer en kronikk i Legetidsskriftet, der



NIFU-forsker Fredrik Niclas Piro skriver at 153 doktorgrader ble godkjent i 2006 mens antallet var 345 i 2013. I 2014 ble 328 doktorgrader godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeidsgiver vant



FOTO: YAY MICRO

Gulating lagmannsrett opprettholdt dommen fra Bergen tingrett da lagmannsrettens dom i en arbeidsrettssak mot Hordaland fylkeskommune ble kunngjort 16. september.

Saken mot fylkeskommunen gjaldt gyldighet av oppsigelse i prøveperioden og krav om oppreisningserstatning. En oppsagt medarbeider i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hordaland anket saken mot sin tidligere arbeidsgiver, etter at han tapte i tingretten i fjor høst.

Gulating lagmannsrett avviser anken, og kunngjør at dommen er enstemmig.

Hvem bet Chiellini?



FOTO: FOTOLIA

Det var en av de store snakkisene under fotball-VM i fjor, skriver Dagbladet. Luis Suárez bet Giorgio Chiellini da Uruguay slo Italia 1-0.

Chiellini falt først om i smerter. Så løp han rundt og viste skulderen sin med det angivelige merket etter Suárez' tenner. Men kanskje stammet ikke merket fra hendelsen likevel?

I alle fall hvis vi skal tro en historie som nå har dukket opp i Argentina. Ifølge Fernando Mitjans, som er visepresident i FIFAs klagenemd, skal Chiellini ikke ha fått merket i sammenstøtet med Suárez.

– Vet du hva Chiellini sa? «Det var et kyss kjæresten min ga meg. Jeg utnyttet det for å få ham (Suárez) utvist.»

Mitjans opplyser videre at dommeren – etter kampen – fortalte at han ikke hadde sett noe. Når Chiellini fikk spørsmål om hva som skjedde, svarte han angivelig: «Han (Suárez) gjorde ingenting.»

Suárez ble utestengt i fire måneder etter det som skjedde i VM. Samme sommer gikk han fra Liverpool til Barcelona, men debuten måtte utsettes til utpå høsten.

Fernando Mitjans innrømmer at straffen mot Suárez var for streng. Blant annet mener han det var feil å legge til grunn tidligere biteepisoder angriperen hadde vært involvert i.

I 2010 bet han Otman Bakkal som spiller i Ajax. Tre år seinere brukte han tennene til å «smake på» Chelseas Branislav Ivanovic.

Seier i Forsker grand prix



FOTO: NILS ROAR GJERDET

Cecilie Gjerde Gjengedal gikk til topps i finalen i Forsker grand prix i Trondheim lørdag 26. september, i skarp konkurranse med syv andre stipendiater fra universitetene i Bergen, Oslo, Stavanger og Trondheim.

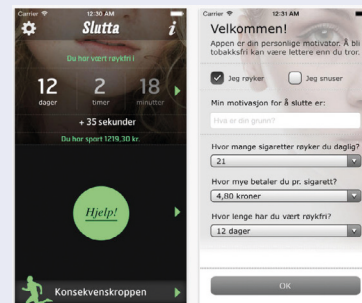
Gjengedal tar doktorgrad ved Institutt for klinisk odontologi ved UiB, og forsker på hvordan man kan lage nytt kjevebein ved hjelp av kroppens egne stamceller.

Forsker grand prix er en konkurranse i formidling av forskning for stipendia-

ter, i regi av Forskningsrådet. Gjengedal er den første odontologen som har vunnet i denne forskerkonkurransen.

På nett

Internasjonalt gull til «Slutta»



Helsedirektoratet vant førsteprisen for beste app på Digital Communication Awards i Berlin i september. Slutta-appen konkurrerte mot blant annet apper fra Microsoft og Audi. Helsedirektør Bjørn Guldvog sier i Helsedirektoratets nyhetsbrev at de er stolte av å hevde seg i toppen når det gjelder utvikling av digitale verktøy.

– Aller mest stolt er jeg på vegne av alle som har brukt appen til å klare å slutte med røyk eller snus. Når man slutter å snuse eller røyke blir man raskt veldig sugen, og det skal noe til å holde motivasjonen oppe over tid. En av grunnene til at appen er så populær er at den bidrar til å motivere. Hver dag kan du følge med hvor lenge du har holdt ut, du får noen gode råd, og ikke minst får du vite hvor mye du har spart, sier Guldvog.

Appen er lastet ned mer enn 360 000 ganger per september 2015. Rundt 50 000 av de som har lastet ned svarte på en brukerundersøkelse, og 60 prosent svarte at de brukte appen til å slutte å snuse. Av de som svarte at de brukte snus daglig når de lastet ned appen, svarte 78 prosent at de ikke lenger bruker snus. Av de som svarte at de røykte daglig på tidspunktet de lastet ned appen, svarte 82 prosent at de ikke røyker lenger.

ENDELIG kan du få LED lys til dine lupebriller UTEN ledning. FIREFLY er det første og eneste LED lyset som er LEDNINGSFRITT og det passer til ALLE typer lupebriller.



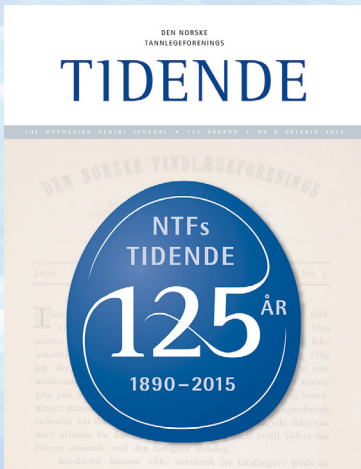
På NORDENTAL vil vi presentere produkter innen OPTIKK som er helt UNIKE.

Besøk oss på stand B02-24 og B01-11 i samarbeid med Dental Digital



GLOBAL mikroskop -

den nye A-serien setter en ny STANDARD innen DENTAL mikroskop.



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: 6 700. 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

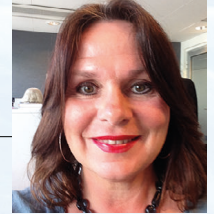


Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT



LEDER

125 år gammel – med helt nye apper



Denne utgaven av Tidende kommer ut 15. oktober 2015 – på dagen 125 år etter at Den norske tannlegeforenings Tidende kom ut første gang, 15. oktober 1890.

Det feirer vi, blant annet med en omfattende jubileumsartikkel som beskriver hvordan både selve bladet og innholdet, utgivers formål med tidsskriftet, og redaksjonens størrelse og sammensetning har forandret og utviklet seg, siden begynnelsen i 1890. Og med noe helt nytt.

Mye har skjedd med Den norske tannlegeforenings Tidende, og mye av utviklingen har funnet sted i takt med endringene som har funnet sted i norske fagmedier for øvrig.

Tidende er medlem av foreningen Fagpressen. Det gir oss først og fremst et godt og lærerikt faglig fellesskap med medarbeidere fra cirka 210 andre fagmedier som også har eiere som har valgt å være utgivere av redaksjonelt uavhengige publikasjoner, i likhet med NTF. Medlemskapet i Fagpressen gir oss også den verdifulle opplagskontrollen, som gir Tidendes annonsører trygghet for at opplagstallene stemmer, og som er med på å sikre foreningen de gode annonseinntektene.

Gjennomsnittsbladet i Fagpressen kommer ut ni ganger i året og har 5,7 medarbeidere. Tidende kommer ut elleve ganger i året og har 3,4 medarbeidere. Det vekker faktisk oppsikt mange steder, at vi som er så få produserer så mye.

Det var selvsagt. Vi koster på oss det, på en dag som dette. Samtidig som vi takker alle som bidrar, med odontologisk fagstoff og innhold til faste spalter – forskere og andre tannleger, ansatte i NTFs sekretariat. Det hadde ikke blitt noe blad uten dere.

Og siden vi er godt i gang med å snakke om oss selv: Vi har intervjuet foreningen Fagpressens administrerende direktør, Elin Floberghagen, for å høre

hennes tanker om norske fagmediers rolle i dagens mediemangfold. Tallenes tale er i hvert fall klar og tydelig; fagmedienes opplagstall vokser, mens aviser og ukepresse regelrett stuper. Tolkningen er at folk trenger og vil ha fordypping, og at det får de gjennom fagmediene.

Det siste jeg skal si om oss selv er at samtidig med 125-årsdagen kommer vi med et nytt tilbud til NTFs medlemmer: Tidende-applikasjonene, for lesing av bladet på nettbrett og telefon, er klare og kan lastes ned i Appstore eller Google Play. Appene heter Tannlegetidende. Ved hjelp medlemsnummer i NTF og samme passord som for innlogging på NTFs nettsted kan dere logge dere inn og lese Tidende i de nye appene, som er utviklet både for Android og iOS. Jeg håper dere blir fornøyde med også denne måten å få Tidende på. Vi hører gjerne fra dere om hva dere synes.

Og så over til noe annet, og langt viktigere. Den enkeltsaken som preger nyhetsbildet og samfunnsdebatten mest for tiden er borgerkrigen i Syria, og skjebnen til alle dem som flykter og har flyktet fra den vanskelige situasjonen i landet. Noen av flyktningene fra Syria er kommet til Norge. En av dem er tannlegen Mazen Almaanee, og hans kone og tre barn, som kom hit i 2013. Kona har også tannlegestudier fra Syria. Almaanee jobber ikke som tannlege nå, fordi han ikke har fått godkjent utdanningen sin. Håpet og drømmen er imidlertid å få jobbe og utvikle seg som tannlege i Norge. Mazen Almaanee er intervjuet av en av Tidendes frilansere, og hans historie er å lese i denne utgaven av Tidende.

I tillegg er det godt med fagstoff i dette jubileumsnummeret, og alt det faste som vi alltid har i Tidende.

Jeg håper dere finner noe som interesserer.

Ellen Beate Dyvi

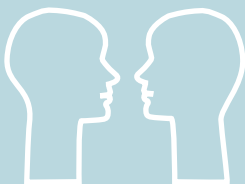
Besøk oss på
stand B01-15

Velkommen til vår
stand på Nordental.
Ta gjerne med deg et
pasientkasus, så kan
vi diskutere løsninger
og gi deg et godt tilbud.



FREMSTILLING

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



RÅDGIVNING

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



FORMIDLING

Vi 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



I usikre tider er det viktig å stå sammen!

Det er usikre og ustabile tider. Vi står midt i en flyktningekatastrofe som verden ikke har sett maken til på veldig mange år. Samtidig er det betydelige økonomiske utfordringer i mange land. Her hjemme er spesielt oljebransjen rammet.

Tidene er tøffere i vår bransje også. Det er mange tannleger på markedet. Flere norske ungdommer utdanner seg i utlandet, og samtidig ser vi at det kommer tannleger til Norge fra andre land, særlig i Europa. Vi ser etableringer av enkelte såkalte «billigklinikker», og flere aktører tilbyr tannbehandling i utlandet. Konkurransen er derfor sterkere enn på lenge.

I tillegg skaper Stortingets vedtak om flytting av tannhelsetjenesten til kommunen usikkerhet rundt hele tannhelsetjenestens fremtid. I første omgang er det naturlig nok offentlig sektor som kjenner dette mest på kroppen, selv om en gjennomføring av stortingsvedtaket også vil kunne få konsekvenser for privat sektor. I NTF arbeider vi intenst med denne saken.

NTF vil ha en sterk offentlig tannhelsetjeneste som samarbeider med en vel fungerende privat sektor. Dette er besluttet av NTFs representantskap og det står fast! Vi følger prosessen omkring kommunereformen tett, og det er viktig for oss å gjenta budskapet vårt, nemlig at dagens organisering er velfungerende, i alle møter vi har med politiske beslutningstakere. I tillegg må vi søke å påvirke der vi kan i det videre arbeidet som nå pågår. I Helse- og omsorgsdepartementet jobbes det allerede med å forberede lovendringer. Vi kan ikke sette oss selv på sidelinjen i dette arbeidet.

Tannhelsetjenesten er omtalt flere steder i Stortingsmelding nr. 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og

helhet». Alt som står der, bygger på premisset om at tannhelsetjenesten flyttes til kommunene. NTF skal delta i høringen på Stortinget for å fremføre vårt budskap.

Det er ikke vanskelig å forstå at mange medlemmer særlig i offentlig sektor er bekymret. Situasjonen er uoversiktlig og lite eller ingenting er avklart. Spørsmålene er mange: Hva skjer med arbeidsplassen min? Hvordan vil dette påvirke tjenesten og tilbudet til pasientene? Hva skjer med fagmiljøene? Hvordan blir det med finansiering av tjenesten? Noen ser muligheter for bedre samhandling med den øvrige helse-tjenesten og mulighet for et bedre tilbud til de pasientene med størst behov. Medlemmer i privat sektor tenker kanskje at dette ikke vil få noen betydning for dem på kort sikt. Flere er imidlertid bekymret for negative konsekvenser for privat sektor, da de ser at vedtaket åpner for konkurranseutsetting som på sikt vil kunne bety mer offentlig styring av sektoren og tap av rettigheter og friheter de har nå. Medlemmer i spesialistforeningene diskuterer hva som bør gjøres med spesialisttannhelsetjenestene. Hvor hører de hjemme? Hvilken rolle skal kompetansesentrene spille fremover?

Saken er av meget stor betydning for foreningen vår. Og en ting er sikkert: Dette er ikke en sak hvor offentlig og privat sektor står mot hverandre, eller som bare vil påvirke offentlig sektor. Dette er en sak som vil kunne få store konsekvenser for hele tannhelsetjenesten. Derfor har begge sektorer felles interesser! Ulike ståsteder til tross; det er nå viktigere enn noen gang å stå samlet som en sterk forening. Det er nå ekstra viktig at dere deltar aktivt i foreningens arbeid slik at deres meninger blir hørt. Situasjonen krever gode interne prosesser og samarbeid på tvers

av sektorene. Sentralt forhandlingsutvalg, Sentralt næringsutvalg, lokal- og spesialistforeningene involveres i arbeidet og vil gi innspill til hovedstyret. Vi vil også samarbeide med andre aktører.

Gjennom hele prosessen må vi som forening stå samlet med et felles budskap utad. Det vil bidra til å gi oss en sterk og seriøs stemme i vårt videre arbeid med å påvirke ulike beslutningstakerne.

Denne saken blir tema på NTFs informasjonsmøte på årets landsmøte om bare et par uker. Her blir det mulighet til å komme med innspill til foreningens videre arbeid. Saken kommer også til å bli diskutert på høstens representantskapsmøte, som en selvfølgelig del av arbeidsprogrammet for kommende toårsperiode.

Landsmøtet byr for øvrig nok en gang på et spennende og omfattende fagprogram og flere sosiale arrangementer. Åpningen byr som vanlig på politikk, fag og kultur, og på NTFs torg kan du få deg en god kopp kaffe og en prat med tillitsvalgte eller de ansatte i sekretariatet. Spesialistene våre er på plass, det samme er Etisk råd. Nytt av året er at du kan bestille tid hos en av NTFs rådgivere for individuell juridisk veiledning. Velkommen!

Det blir en innholdsrik høst. Jeg lover at både hovedstyret, øvrige sentrale tillitsvalgte og sekretariatet skal stå på og arbeide hardt. Til gjengjeld håper jeg at dere vil engasjere dere og komme med innspill til oss, enten på medlemsforumet på nettstedet, på informasjonsøtet på landsmøtet eller på andre måter! Felleskap gir styrke. Det skal vi utnytte for alt det er verdt.

Camilla Hanser Stenum

Sadia Khan og Erik Saxegaard

Obstruktivt søvnapné syndrom – hvordan kan tannlegen bidra i behandlingen?

Behandling av pasienter med obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS) hos tannlege har i de senere år blitt stadig mer utbredt også i Norge. Fra søvnmedisinsk hold anerkjennes protrusjon av mandibelen ved hjelp av spesialtilpasset skinne som et effektivt tiltak mot snoring og obstruktivt betinget pustestopp under søvn. Fremdeles er likevel kunnskapen om denne behandlingsformen relativt beskjeden både blant leger og tannleger. Behandling er viktig for å redusere forekomst av komorbide tilstander som for eksempel en rekke kardiovaskulære sykdommer. Forutsatt søvnutredning og diagnostisering av sykdom hos ansvarlig behandlende lege, kan tannlege fremstille aktuell skinne. Nært samarbeid og god kommunikasjon mellom lege og tannlege er viktig for optimalt behandlingsresultat. Søvnlegens overordnede behandlingsansvar understrekes. Klare retningslinjer for hvordan et slikt samarbeid best kan foregå, savnes og utvikling av fagprosedyrer på feltet synes overlatt til fagmiljøet selv. Tannlegen må i tillegg til å beherske den tekniske fremstillingsprosedyren for søvnapnéskinner, herunder bestemmelse av mandibelens protrusjonsgrad, ha god kunnskap om respirasjonsrelaterte søvnforstyrrelers patofysiologi.

Så lenge undervisning i dental søvnmedisin ikke blir gitt under den generelle grunnutdanningen ved norske læresteder, etterlyses et kvalifiserende autorisasjonsprogram.

Fra og med 2012 er det etablert refusjonsordninger via de regionale helseforetakenes behandlingshjelpemiddelenheter for økonomisk bidrag til den enkelte pasient.

Forfattere

Sadia Khan, spesialist i oral protetik. Avdeling for protetik og bittfunksjon, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Erik Saxegaard, førsteamanuensis, dr.odont. Avdeling for protetik og bittfunksjon, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Tannlegers interesse for behandling av søvnforstyrrelser som snoring og pustestopp under søvn har tiltatt markant i løpet av de senere år. Behandling med oralt tilpasset apparatur for bedring av søvnkvalitet ble introdusert på 1980-tallet og behandlingseffekt etter hvert dokumentert i årene som fulgte (1). I løpet av drøye to desennier er det publisert en lang rekke artikler om emnet, inkludert randomiserte kliniske studier (2–4) og omfattende oversiktsartikler (5) der effekten av mandibulære protrusjonsskinner er sammenlignet med andre behandlingsalternativer som for eksempel kirurgiske inngrep og CPAP, eller der forskjellige skinnetyper er vurdert mot hverandre.

I en artikkel i Tidende i 2007 omtalte Johansson og Fonden (6) prinsippene ved skinnebehandling ved OSAS. Det ble der referert til tallmateriale fra en systematisk litteraturoversikt om OSAS fra Kunnskapssentrene i Norden (7) som viste at behandling med søvnapnéskinne til da var en svært lite benyttet behandlingsform i Norge sammenlignet med de øvrige nordiske landene. I løpet av de siste 7–8 årene har imidlertid antall fremstilte skinner økt betydelig også i Norge, mye takket være en til tider meget intensiv informasjons- og kursaktivitet fra enkelte store skinneproducenter. Fremdeles er imidlertid kunnskapsnivå og klinisk erfaring blant norske

Hovedbudskap

- Udiagnostisert og ubehandlet obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS) kan medføre en rekke systemiske komplikasjoner
- Tannleger kan spille en viktig rolle ved å identifisere og videre henvise pasienter til legespesialist for diagnostisering, samt å behandle OSAS-pasienter med søvnapnéskinne
- Tverrfaglig samarbeid mellom leger og tannleger er viktig for å sikre optimal behandling av pasienter med OSAS
- Tannleger som tilbyr behandling med søvnapnéskinne, bør ha grunnleggende kunnskap om søvnmedisin
- Et kvalifiserende autorisasjonsprogram etterlyses i Norge

tannleger relativt beskjedent (8) og hensikten med denne artikkelen er derfor å gi oppdatert informasjon om hvordan tannleger kan bidra i behandlingen av pasienter med OSAS i samarbeid med søvnmedisinere, samt å belyse virkningsmekanismen ved bruk av søvnapnéskinne.

Definisjon og patofysiologi

Obstruktiv søvnapné (OSA) er en respirasjonsrelatert søvnforstyrrelse ofte med symptomer som snorking og total eller delvis pustestopp av flere sekunders varighet. I ekstremtilfeller kan luftstrømshindringen vare i flere minutter. OSA skyldes kollaps i de øvre luftveiene som fører til totalt opphør (apné) eller betydelig reduksjon (hypopné) av luftstrømmen, til tross for fortsatt respirasjonsanstrengelse. Tilstanden medfører intermitterende reduksjon av oksygenmetningen i blodet. Som en konsekvens utløses vekkerrespons hos den sovende pasienten med mikro-oppvåkninger og varierende grad av søvnforstyrrelse, ofte med redusert mengde dyp søvn og REM-søvn.

I en større norsk studie fant Hrubos-Strøm og medarbeidere (9) en forekomst av OSA i aldersgruppen 30–65 år på 16 % når OSA ble definert som fem eller flere pustestopp av minimum 10 sekunders varighet per time. Blant menn over 50 år ble det registrert 23 % OSA etter de samme kriterier.

Det er en økt risiko for utvikling av komorbide tilstander som hjerte-kar-sykdom, diabetes mellitus type 2, fedme og kognitiv funksjonssvikt, dersom søvnforstyrrelsen vedvarer. Funn i en amerikansk undersøkelse om komorbide lidelser viser at prevalensen av atrieflimmer, urinsyregikt, hjertesvikt og diabetes type 2 er høyere blant pasienter med OSA enn i befolkningen generelt (10). I tillegg til helsemessige konsekvenser for den enkelte pasient vil uttalt snorking dessuten kunne være en plage for medsovende partner og representere en belastning i parforholdet (11).

Når det hos pasienter med OSA forekommer andre symptomer enn snorking og pustestopp, er det etter gitte kriterier vanlig å betegne sykdomstilstanden som obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS) (12).

Typisk og mest fremtredende symptom i syndromet er uttalt søvnighet på dagtid. Morgenhodepine og konsentrasjonssvikt er vanlig forekommende. Av andre symptomer sees ikke sjelden hyppig trang til urinering på nattetid, nedsatt libido og av og til også depressive tilstander.

Det har lenge vært kjent at OSAS i befolkningen utgjør et stort folkehelseproblem. Tidlige studier har oppgitt prevalens av OSAS blant middelaldrende kvinner og menn til henholdsvis 2 % og 4 % (13). Disse tallene er senere bekreftet i flere andre studier der det også dokumenteres at prevalenstallene for begge kjønn er jevnt stigende med økende alder, men med en avflating etter ca. 65 års alder (14, 15).

Diagnostisering og behandling

Diagnose og sykdommens alvorlighetsgrad bestemmes optimalt ved klinisk utredning og en polysomnografisk undersøkelse (PSG). Full polysomnografi er relativt ressurskrevende og forutsetter normalt innleggelse i sykehus, men kan i prinsippet også

utføres ambulant (det vil si mens pasienten sover hjemme i sin egen seng). For hjemmeregistrering blir imidlertid en noe enklere polygrafiundersøkelse (PG) ansett å være tilfredsstillende for å verifisere diagnose når forhåndsundersøkelse indikerer sykdom (16).

Ved den poly(somno)grafiske undersøkelsen registreres blant annet antall totale og delvise pustestopp som varer i 10 sekunder eller lenger, per time under søvn, og klassifiseres ved Apné-Hypopné-Indeks (AHI), som uttrykker alvorlighetsgrad ved summen av apnéer og hypopnéer pr. søvntime, etter følgende norm:

5 ≤ Mild < 15 ≤ Moderat < 30 ≤ Alvorlig

Diagnosen OSAS stilles normalt ubetinget når AHI ≥ 15, men kan også stilles allerede fra AHI ≥ 5 hvis pasienten samtidig oppviser karakteristiske dagtrettthetssymptomer (12).

Sykdommens alvorlighetsgrad er avgjørende for valg av behandling. Kontinuerlig luftveisovertrykk (CPAP) er normalt førstevalgsbehandling ved alvorlig grad av søvnapné. Mer spesialiserte maskeventilasjonsapparater er utviklet for behandling av pasienter med spesielle respirasjonsforstyrrelser (eksempelvis BiPAP – ved hypoventilasjonstilstander og overlappssyndromer, som for eksempel KOLS, og ASV – ved behandling av pasienter med hovedsakelig sentrale apnéer, som for eksempel ved Cheyne Stokes respirasjon).

Kirurgisk korleksjon av den bløte gane og oropharynx (UPPP) og tonsillektomi kan være aktuelt ved behov for modifisering av anatomiske forhold. Omfanget av kirurgisk behandling ved OSAS er imidlertid kraftig redusert i de senere år på grunn av lav grad av vellykkethet (17).

Selv om velfungerende CPAP er dokumentert å være mer effektiv enn søvnapnéskinne ved alvorlig OSAS (18), tyder flere sammenlignende studier på at et flertall pasienter foretrekker å bruke skinne fremfor CPAP (19–21). Gitt bedre etterlevelse ved skinnebruk enn CPAP fordi skinne brukes gjennomgående flere timer per natt enn CPAP – så kan det stilles spørsmål ved om ikke behandlingseffekt totalt sett kan likestilles mellom de to behandlingsformene (21). Behandling med søvnapnéskinne er uansett et godt alternativ til CPAP-behandling ved mild til moderat OSAS, og kan også være aktuell for pasienter som er alvorlig rammet,

Forkortelser benyttet i artikkelen

ASV	Adaptiv servoventilasjon
BiPAP	Bilevel positive airway pressure
CPAP	Continuous positive airway pressure
OSA	Obstruktiv søvnapné
OSAS	Obstruktivt søvnapné syndrom
KOLS	Kronisk obstruktiv lungesykdom
UPPP	Uvulopalatopharyngoplastikk

Tabell 1. Epworth Sleepiness Scale (15) – norsk oversettelse

Hvor sannsynlig er det at du døser av eller sovner i følgende situasjoner, i motsetning til kun å føle deg trett? Bruk følgende skala for å velge det mest passende tallet for hver situasjon.	
Ville aldri døse/sovne	0
Liten sjanse for å døse/sovne	1
Moderat sjanse for å døse/sovne	2
Stor sjanse for å døse/sovne	3
Sitte og lese	
Se på TV	
Sitte, inaktivt på offentlig sted (f.eks på teater eller et møte)	
Som passasjer på en 1-times biltur uten pause	
Legge deg for å hvile om ettermiddagen hvis omstendighetene tillater det	
Sitte og snakke med noen	
Sitte stille etter lunsj (uten å ha inntatt alkohol)	
I en bil, som har stoppet noen få minutter i trafikken	
SUM	

men som ikke responderer på, eller som av en eller annen grunn ikke tolererer eller vil bruke CPAP (22).

Videre kan kombinasjonbehandling med både skinne og CPAP være indisert i tilfeller der det av ulike grunner er nødvendig å senke CPAP-trykket (23).

Dersom pasienten er overvektig, er innledende informasjon og oppmuntring til vektreduksjon viktig. Endring av sovestilling fra ryggleie til sideleie kan også ha betydning. Uavhengig av behandlingstype tilstrebes opphør av kliniske symptomer og reduksjon av AHI. Det er vanlig å anse behandling som helt vellykket om AHI reduseres til <5, eller også som relativt vellykket om AHI reduseres med mer enn 50 % fra baseline (24).

Ved rutineundersøkelse for ordinær tannbehandling kan tannlegen som førstelinjehelsepersonell bidra til å oppdage tegn og symptomer på OSAS. Lang bløt gane, smal mandibel og stor tunge er vesentlige anatomiske risikofaktorer. Ved mistanke om OSAS bør tannlegen kunne spørre pasienten om snorking, dag-tretthet, høyt blodtrykk og for eksempel om hyppighet av nattlig urinerings. Epworth søvnhetskala (ESS) kan være et nyttig verktøy også for tannleger (25). Testen er enkel og består i at pasienten skriftlig besvarer spørsmål om egen tendens til å døse av eller sovne i åtte spesifikke hverdagsituasjoner med en tallverdi fra 0–3 (tabell 1). Om pasienten til sammen scorer 10 eller mer på ESS-testen, og en eller flere av forannevnte symptomer eller anatomiske varianter foreligger, bør pasientens fastlege kontaktes for videre henvisning til en søvnspesialist- vanligvis en øre-nese-hals-spesialist, nevrolog eller lungespesialist. Validi-

Tabell 2. Vanlig forekommende betegnelser på søvnapnéskinner

SAS	=	Søvnapnéskinne
AAS	=	Antiapnéskinne
OA	=	Oral Appliance
MAS	=	Mandibular Avancement Splint
MAD	=	Mandibular Advancement Device
MRA	=	Mandibular Repositioning Appliance
MRD	=	Mandibular Repositioning Device
TRD	=	Tongue Repositioning Device
TSD	=	Tongue Stabilizing Device

tet og reliabilitet ved ESS-testen mot forekomst av OSAS er funnet å være tilfredsstillende i flere studier (26, 27).

Tannleger kan bidra i behandling av pasienter med diagnostisert OSAS ved tilpasning av søvnapnéskinne. Aktuelle skinnetyper omtales i faglitteratur og reklamebrosjyrer med ulike betegnelser (tabell 2).

I norsk medisinsk omtale har betegnelsen «bittskinne» beklageligvis fått et visst innpass. Det er en uheldig betegnelse fordi «bittskinne» i norsk odontologisk begrepsverden har et helt annet terapeutisk anvendelsesområde. Den folkelige betegnelsen «snorkeskinne» er heller ikke helt heldig, og bør unngås fordi snorking per se som oftest bare er et delsymptom i et mer komplekst sykdomsbilde.

Skinnesdesign og virkningsmekanisme

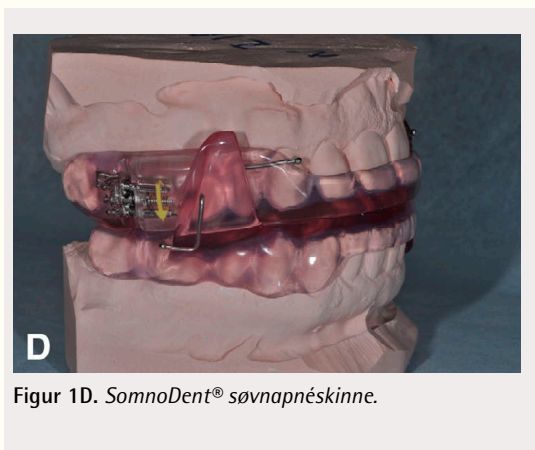
En søvnapnéskinne fungerer ved at mandibelen forskyves fremover og samtidig trekker med seg tungen til en relativt stabil protrudert posisjon. Derved økes volumet i de øvre luftveiene særlig ved lateral utvidelse i velopharynx (28). Skinnens konstruksjon forhindrer underkjeven i å sige bakover når pasienten sover, spesielt i ryggleie, og på den måten holdes de øvre luftvei-



Figur 1A. Velbrukt monobloc søvnapnéskinne.



Figur 1B–C. Narval CC® søvnapnéskinne.



Figur 1D. SomnoDent® søvnapnéskinne.



Figur 1E. SomnoDent EDENT® søvnapnéskinne for tannløs overkjeve.

Monobloc-skinnene var de første som kom til anvendelse, men fremstilles nå i langt mindre utstrekning. En monobloc-skinne består av kun én sammenhengende over- og underkjevedel (figur 1A). Ved behov for justering av protrusjonsgraden må over- og underkjevedelene separeres og settes sammen på nytt hos tanntekniker.

Bibloc-skinnene består av to deler, en mandibulær og en maksillær, som retteres til pasientens tenner. En fordel med disse skinnene er at de som regel har en innebygd mulighet for endring av

mandibulas posisjon og dermed protrusjonsgraden, enten knyttet til utskiftbare forbindelseelementer mellom de to skinnedelene (figur 1 B–C) eller i form av en innebygd, justerbar protrusjonsmekanisme (figur 1 D–E).

Søvnapnéskinner tilpasses individuelt enten indirekte etter avtrykk og fremstil-

ene åpne gjennom natten. Man skal imidlertid være klar over at ikke alle pasienter responderer like effektivt.

Det finnes et rikt utvalg av forskjellige skinnevarianter på markedet (figur 1A–E). Materialet skinnene er laget av, skinnkonstruksjon, protrusjonsmekanisme, grad av vertikal åpning og lateral bevegelsesfrihet er blant de faktorer som varierer. Studier har vist at design kan påvirke behandlingseffekt og pasienttoleranse (29, 30). De to viktigste hovedgrupper av søvnapnéskinner er henholdsvis mono- og bibloc-skinner.

ling i tannteknisk laboratorium eller direkte i pasientens munn basert på prefabrikerte standardsjablonger – såkalte «boil and bite»-skinner. Tannteknikerfremstilte skinner har vist seg langt mer effektive og med vesentlig bedre holdbarhet. Når disse også tillater vertikal åpning og frie laterale bevegelser av mandibelen, gir de mindre risiko for bivirkninger og aksepteres lettere av de fleste pasienter (31).

Normalt forutsettes god betanning i begge kjever og sunn tannhelse for at skinnebehandling skal være aktuell. Som en tommelfingerregel bør pasienten ha minst 8–10 friske tenner tilnærmet likt fordelt på hver side av midtlinjen i hver kjeve. For pasienter med total tannløshet i overkjeven og rimelig god betanning i underkjeven finnes riktignok på markedet et bibloc-alternativ (figur 1 E), mens helt tannløse pasienter til en viss grad kan hjelpes med en tungeholder (figur 2) som fungerer ved at tungen «suges» inn og holdes i en anterior posisjon og dermed forhindres fra å falle bakover og blokkere luftveiene. En slik tungeholder er imidlertid nokså ubehagelig å bruke og etterlevelsen er da også funnet å være relativt dårlig (32).



Figur 2. AveoTSD® tungeholder mot søvnapné ved total tannløshet.

Hvor mye bør underkjeven protruderes?

Graden av mandibulær protrusjon er av stor betydning for effekt ved behandling med søvnapnéskinne. For å oppnå ønsket effekt, anbefales at pasienten kan protrudere underkjeven minst 5 mm. Behandlingseffekt er rapportert proporsjonal med mandibulær



Figur 3. Protrusjonsregistrering ved hjelp av George Gauge™.

protrusjon, det vil si jo større den mandibulære protrusjonen er, alltid målt i forhold til pasientens maksimale protrusjonsevne, desto mer vil AHI-indeks reduseres og normaliseres (33).

Det finnes ingen konsensus med anbefaling om ideell protrusjonsgrad. Antatt positiv doserelatert effekt er noe omdiskutert. Aarab og medarbeidere sammenlignet effekt hos skinnbehandlede pasienter med henholdsvis 0 %, 25 %, 50 % og 75 % protrusjonsgrad ved konstant vertikal dimensjon, og fant signifikant bedring og normalisering av AHI med økende protrusjon (34). Et annet funn i samme undersøkelse var imidlertid at antall bivirkninger tiltok ved protrusjon over 50 %. Walker-Engstrøm og medarbeidere rapporterte lik behandlingseffekt ved 50 % som ved 75 % mandibulær protrusjon hos pasienter med mild til moderat OSA (35). Allment akseptert klinisk erfaring tilsier at terapeutisk protrusjon bør ligge et sted i området 50–75 % forutsatt at pasienten tolererer dette. Terapeutisk effekt av mandibelfremførende skinnbehandling er påvist i flere kort- og langtidsstudier (2–4, 18, 36, 37).

På markedet finnes flere enkle instrumenter for individuell bestemmelse av protrusjonsgrad; George Gauge™ (figur 3) er ett eksempel.

Vertikal åpning (VO) er også en vesentlig parameter for behandlingseffekten. Ca. 5 mm gapehøyde er gjerne anbefalt som utgangspunkt. I en randomisert kontrollstudie ble to pasientgrupper sammenlignet på forskjellig VO, henholdsvis 4 mm og 14 mm, når samme protrusjonsgrad ble benyttet. I gruppen med 4 mm åpning fikk 74 % av pasientene hel eller delvis behandlingseffekt mens 61 % i gruppen med 14 mm økning oppnådde samme resultat. Delvis behandlingseffekt var da definert som 50 % reduksjon i AHI sammenlignet med behandlingsstart, og fullstendig respons som $AHI \leq 5$. Det ble konkludert at vertikal åpning ikke er av signifikant betydning for behandlingseffekt, men at den har betydning for pasientkomfort. Pasientene foretrakk skinne med 4 mm åpning (30). I en annen studie demonstreres dessuten at pharynxverrsnittet ved tungebasis vil kunne minske hos de fleste pasienter dersom VO økes for mye, med andre ord vil resultere i redusert luftpassasje og ditto effekt av

skinnebehandlingen (38). Økning av den vertikale dimensjon alene uten mandibulær protrusjon kan ellers gi symptomforverring fordi mandibelen og tungebænet da forflyttes posteriort og dermed kan bidra til kollaps av øvre luftveier (39).

Tannlegens plass i behandlingsteamet

Tannleger som tilbyr behandling med søvnapnéskinne, bør ha god kunnskap om søvnmedisin, skinnens virkningsmekanisme og mulige bivirkninger. Kunnskap om søvninduserte fysiologiske endringer i det nevrologiske system, muskel-hjerte- og respiratoriske system i tillegg til kunnskap om symptomer assosiert med respirasjonsrelaterte søvnforstyrrelser er viktig. Videre bør tannlegen forstå ulike diagnostiske tester som utføres av den medisinske søvnspesialisten. Et nært samarbeid mellom tannlege og søvnspesialist er nødvendig for å kunne tilby trygg og effektiv behandling (40, 41).

Fra andre land foreligger beskrevne anbefalinger for slikt samarbeid mellom profesjonene (42, 43). I den grad norske tannleger involveres i behandling av OSAS, synes det å eksistere ulik praksis for hvordan pasienter diagnostiseres og behandles. Per dags dato foreligger ingen formelle retningslinjer for hvilken rolle norske tannleger best og riktigst bør ha i et tverrfaglig behandlingsteam rundt OSAS-pasienten. Følgelig anes en viss bekymring med hensyn til pasientsikkerhet så lenge det er vanskelig å sikre at tjenesten blir levert av kompetente behandlere. Det synes å være behov for at tannleger orienteres bedre om søvnapnébehandling, og det ville være ønskelig om helsemyndighetene involverer seg i problematikken. Forfatterne er kjent med at NTF tidligere har anmodet Helsedirektoratet om at det utarbeides nasjonale faglige retningslinjer på feltet, men så langt har man fra helsepolitisk hold ikke kunnet garantere at dette vil prioriteres. Per i dag synes dermed utvikling av fagprosedyrer på feltet overlatt til fagmiljøet selv.

Søvnmedisin er en tverrfaglig disiplin som involverer fagområdene nevrologi og nevrofysiologi, psykologi og psykiatri, lungemedisin, kardiologi, pediatri, øre-nese-hals og odontologi. Betegnelsen «dental søvnmedisin» har etter hvert vunnet innpass på odontologisk hold.

Det er viktig at tannleger som fatter interesse for å behandle «snorkepasienter» er seg bevisst at pusteforstyrrelser under søvn (eng: Sleep related breathing disorders – SRBD) omfatter mer enn OSAS. Pasientene kan ofte ha flere søvnforstyrrelser samtidig, for eksempel insomni og OSAS, eller også såkalt «overlap syndrome», det vil si kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) samtidig med OSAS. Dette understreker viktigheten og nødvendigheten av at det overordnede ansvar for utredning og diagnostisering må ligge hos behandlende søvnlegespesialist. Når søvnlegen etter utredning finner at pasienten vil være tjent med en søvnapnéskinne, er henvisning til tannlege med spesialkompetanse neste skritt.

Rent praktisk vil nok en samlokalisering av behandlende søvnleger og -tannleger i større, spesialiserte sykehusenheter representere den behandlingmessig gunstigste samarbeidsorganise-

ring. Pasienten kan da raskere og enklere utredes, behandles og etterkontrolleres på ett og samme sted (44).

Oppfølging og etterkontroll

Tannlegen som fremstiller skinnen, skal etterkontrollere pasienten. Skinnen justeres til subjektive symptomer opphører. Det anbefales 2–4 ukers kontroller innledningsvis. Når optimalt protrusjonsleie er funnet og optimal skineffekt oppnås, bør tannlegen deretter kalle inn pasienten hver 6. måned det første året, og videre til årlige kontroller (33). Hensikten med etterkontrollene er å evaluere skinnens fortsatte effekt samt å kartlegge pasientens tilfredshet og symptombilde. I tillegg kontrolleres okklusjon, bløtvevsstrukturer og pasientens egenoppfølging, herunder vedlikehold av skinnen. Optimalt renhold av skinnen viser seg ofte å være utfordrende for mange pasienter som gjerne kan presentere seg med skinne full av belegg og misfarging etter lang tids bruk (figur 1 A). Det er selvsagt også tannlegens oppgave å kontrollere for eventuelle materialtekniske komplikasjoner ved den enkelte skinnen og, hvis nødvendig, utbedre disse.

Selve søvnbehandlingen er søvnlegens ansvar, og pasienter som behandles med søvnapnéskinner hos tannlege, bør minst én gang tilbake til søvnlegen for en objektiv søvntest og vurdering av skinnens effekt. Ved disse kontrollene vurderes pasientens OSAS-symptomer, og ny søvnregistrering bør utføres dersom pasienten rapporterer symptomforverring eller liten eller ingen forandring i symptombildet. For å sikre tilfredsstillende terapeutisk nytte av skinnen, utføres revurdering av søvnparametre med skinnen på plass i munnen. Spesielt er dette viktig hos pasienter med moderat til alvorlig OSAS. I denne gruppen kan noen pasienter oppleve en viss symptomforbedring uten adekvat AHI-reduksjon (45).

Ved suboptimal AHI bør pasienten ideelt sett henvises tilbake til samarbeidende tannlege for ytterligere justeringer av skinnen og deretter ny søvntest. Dette krever et godt og tett samarbeid mellom tannlege og søvnspesialist. Dette er opplagt ressurskrevende og kan være vanskelig å gjennomføre av kapasitetsgrunner.

Studier har vist at kun 55 % av pasienter som subjektivt sett er fornøyd med skinnebehandling, faktisk får full terapeutisk effekt (4, 46). 27–32 % får først optimal effekt etter ny somnografi og titrering. Den subjektive bedringen er muligens forårsaket av placebo. Alle pasienter bør derfor evalueres objektivt (9).

Bivirkninger

Søvnapnéskinner protruderer mandibelen og utsetter dermed tenner og kjever for resiproke krefter. Innledningsvis kan pasienten oppleve ømhet i tenner, sårt tannkjøtt, økt salivasjon eller xerostomi (4, 19). Smerte i tyggemuskulatur og kjeveledd er også vanlig i den initiale fasen (47). Mange pasienter opplever dessuten en forbigående bittforandring når skinnen fjernes om morgenen (48). Mer sjeldent kan skinnebehandling utløse brekningsrefleks, forårsake fraktur av fyllinger og tenner, og medføre periodontal skade (47, 49). Bivirkningsinsidensen varierer signifikant mellom forskjellige studier.

Noe smerter i kjevemuskulatur og -ledd er relativt vanlig den første tiden etter påbegynt skinnebruk, men er i de aller fleste tilfeller forbigående og representerer sjelden noe stort problem (50).

Det har lenge blitt antatt at pasienter med på forhånd eksisterende TMD-problemer vil kunne oppleve en forverring av tilstanden ved bruk av mandibelprotruderende skinne, og derfor bør avstå fra slik behandling inntil TMD-symptomene er tilfredsstillende behandlet på konvensjonelt vis. Men flere studier er nylig publisert der TMD symptomer til tross for svak initial økning allikevel synes å avta etter en tids bruk av søvnapnéskinne (20, 51, 52). Økt tendens til bruksisme er påvist, men er en sjelden bivirkning (20).

Permanente bittendringer er ofte rapportert (53). Det er vist at vertikale og horisontale overbitt kan reduseres, og hos pasienter som ved behandlingsstart har store horisontale eller vertikale overbitt, kan en dermed av og til se bittendring i gunstig retning, dvs reduksjon av bittanomaliene (54), men også erfare kryssbittutvikling og nedgang i antall okklusale kontaktpunkter (55) samt uønsket lateral åpning av bittet (52). Bittforandringer kan for øvrig også forekomme ved behandling med CPAP (56). Økning av ansiktshøyden og pasientens gapeevne samt endring i fronttenenes inklinasjon kan forekomme (47, 49). Disse endringene har sammenheng med hvor lenge skinnen har vært i bruk (54, 57). Behandling med skinne bør likevel fortsette selv ved observerte bittendringer fordi de medisinske konsekvensene ved ubehandlet OSAS ansees å være langt mer alvorlige (57).

I en evidensbasert oversiktsartikkel oppsummeres bivirkninger og komplikasjoner ved skinnebehandling fra 38 publiserte studier (totalt over 1700 pasienter) der det konkluderes med at mindre alvorlige bivirkninger er svært vanlig og at mer alvorlige bivirkninger forekommer langt sjeldnere (33).

Refusjonsordninger

Et vesentlig moment i tillegg til det rent medisinske er at Helse- og sosialdepartementet f.o.m. 2012 har slått fast at alle utgifter forbundet med skinnebehandling av søvnapné syndrom i spesialisthelsetjenesten, skal dekkes av spesialisthelsetjenesten (lov om spesialisthelsetjenester, § 2–1a). Det vil i praksis si at pasienten kan få dekket alle kostnader i forbindelse med skinnebehandling hos tannlegen forutsatt positivt vedtak om dekning fra Behandlingshjelpemiddel-enheten ved det aktuelle regionale helseforetak. De enkelte helseforetakene kan selv velge praksis med hensyn til saksgang og gjennomføring, men det er normalt et krav at søknad om økonomisk støtte skal være underskrevet av den legespesialisten som har utredet pasienten. Legespesialisten må dessuten enten være ansatt i et av de offentlige helseforetakene eller i privat sykehus eller spesialistpraksis som har avtale med et regionalt helseforetak om utredning/behandling av pasienter med søvnforstyrrelser. Hvorvidt pasienter med beskjeden søvnforstyrrelse (det vil si har relativt lav AHI og/eller kun et «sosialt» snorkeproblem) bør få innvilget støtte, er et politisk/økonomisk spørsmål. Det kan også diskuteres om pasienter med velfungerende CPAP skal få innvilget søvnapnéskinne i tillegg. Praksis til

nå har nok vært at de to sistnevnte pasientkategorier ikke har fått støtte.

Det må tillegges at gjeldende refusjonspraksis ikke åpner for støtte til eventuell nødvendig dental forbehandling som derfor må bekostes av pasienten selv. Videre vil det alltid måtte være opp til tannlegen å avgjøre om pasientens tannstatus er egnet for behandling med søvnapnéskinne eller ikke.

Bemerk at ansvaret for å vurdere tannlegens kompetanse på dette området for tiden ligger hos legespesialisten, og dette kan representere en utfordring ettersom det ikke gis formell utdanning i dental søvnmedisin i Norge. Til nå har den begrensede informasjonstilgangen hovedsakelig kommet via enkelte store skinneprodusenters egne tilrettelagte kursopplegg for tannleger. Utover dette har en del interesserte kolleger via internasjonale sårorganisasjoner som for eksempel American Academy of Dental Sleep Medicine (AADSM) og European Academy of Dental Sleep Medicine (EADSM) kunnet fremstille seg til akkrediterings-eksamen, og slik oppnådd disse organisasjonenes sertifisering. Det er åpenbart et behov for klarere kvalifikasjonskriterier innenfor fagfeltet dental søvnmedisin i Norge.

Konklusjon

Tannleger bør kunne identifisere de vanligste symptomene ved OSAS, og ved mistanke henvise til fastlege for søvnmedisinsk utredning. Tverrfaglig samarbeid mellom leger og tannleger er viktig for å sikre optimal behandling av pasienter med obstruktiv søvnapné syndrom. Leger og tannleger bør informeres om at søvnapnéskinne er et evidensbasert og effektivt hjelpemiddel. Tannleger som tilbyr behandling til OSAS-pasienter, bør ha grunnleggende kunnskap om søvnmedisin i tillegg til rent tekniske fremstillingsferdigheter.

English summary

Khan S, Saxegaard E.

Obstructive sleep apnea syndrome – how can the dentist contribute to the treatment?

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 784–92

Over the past decades the interest among dental professionals world wide to treat patients with sleep related breathing disorders, in particular obstructive sleep apnea syndrome, has increased markedly. The total number of mandibular advancement splints fitted to patients has indeed increased even in Norway during the past 7–8 years. The clinical experience and level of knowledge among Norwegian dentists is, however, in general still modest. The purpose of this review was to provide an update on the issue of OSAS in general for Norwegian dentists, including pathophysiology, diagnosis, alternative treatment modalities, recommended treatment protocol, oral appliance design, mode of action and possible side effects. Thereby also providing an understanding of how the dentist can participate in the treatment of the OSAS-patient in close collaboration with specialist sleep physicians. Established routines for available financial support

for patients in the Norwegian health system as of today are also outlined.

Referanser

1. Ferguson KA, Love LL, Ryan CF. Effect of mandibular and tongue protrusion on upper airway size during wakefulness. *Am J Respir Crit Care Med.* 1997; 155(5): 1748–54.
2. Aarab G, Lobbezoo F, Heymans MW, Hamburger HL, Naeije M. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of oral appliance therapy in obstructive sleep apnea. *Respiration.* 2011; 82(2): 162–8.
3. Gotsopoulos H, Chen C, Qian J, Cistulli PA. Oral appliance therapy improves symptoms in obstructive sleep apnea: a randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 166(5): 743–8.
4. Mehta A, Qian J, Petocz P, Darendeliler MA, Cistulli PA. A randomized, controlled study of a mandibular advancement splint for obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001; 163(6): 1457–61.
5. Lim J, Lasserson TJ, Fleetham J, Wright J. Oral appliances for obstructive sleep apnoea. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2006(1): Cd004435.
6. Johansson A, Fondenes O. Snarkskena vid obstruktiv søvnapné og snarkning. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2007; 117(10): 604–7.
7. The Swedish Council on Technology assessment in Health Care (SBU). *Obstructive Sleep Apnea Syndrome: A systematic literature review.* 2007.
8. Kahn S, Skau I, Grytten J, Saxegaard E. Obstruktiv søvnapné syndrom – kunnskap og klinisk erfaring blant et utvalg norske tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 794–8.
9. Hrubos-Strom H, Randby A, Namtvedt SK, Kristiansen HA, Einvik G, Benth J, et al. A Norwegian population-based study on the risk and prevalence of obstructive sleep apnea. *The Akershus Sleep Apnea Project (ASAP).* *J Sleep Res.* 2011; 20(1 Pt 2): 162–70.
10. Cartwright RD, Diaz F, Lloyd S. The effects of sleep posture and sleep stage on apnea frequency. *Sleep.* 1991; 14(4): 351–3.
11. Gislason T, Almqvist M, Eriksson G, Taube A, Boman G. Prevalence of sleep apnea syndrome among Swedish men – an epidemiological study. *J Clin Epidemiol.* 1988; 41(6): 571–6.
12. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual.* 2nd ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
13. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med.* 1993; 328(17): 1230–5.
14. Bixler EO, Vgontzas AN, Ten Have T, Tyson K, Kales A. Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998; 157(1): 144–8.
15. Duran J, Esnaola S, Rubio R, Iztueta A. Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001; 163(3 Pt 1): 685–9.
16. Chesson AL, Jr., Berry RB, Pack A. Practice parameters for the use of portable monitoring devices in the investigation of suspected obstructive sleep apnea in adults. *Sleep.* 2003; 26(7): 907–13.
17. Franklin KA, Anttila H, Axelsson S, Gislason T, Maasilta P, Myhre KI, et al. Effects and side-effects of surgery for snoring and obstructive sleep apnea – a systematic review. *Sleep.* 2009; 32(1): 27–36.
18. Barnes M, McEvoy RD, Banks S, Tarquinio N, Murray CG, Vowles N, et al. Efficacy of positive airway pressure and oral appliance in mild to moderate obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004; 170(6): 656–64.
19. Ferguson KA, Ono T, Lowe AA, Keenan SP, Fleetham JA. A randomized crossover study of an oral appliance vs nasal-continuous

- positive airway pressure in the treatment of mild-moderate obstructive sleep apnea. *Chest*. 1996; 109(5): 1269–75.
20. Hoekema A, Stegenga B, De Bont LG. Efficacy and co-morbidity of oral appliances in the treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea: a systematic review. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2004; 15(3): 137–55.
 21. Phillips CL, Grunstein RR, Darendeliler MA, Mihailidou AS, Srinivasan VK, Yee BJ, et al. Health outcomes of continuous positive airway pressure versus oral appliance treatment for obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013; 187(8): 879–87.
 22. Gagnadoux F, Fleury B, Vielle B, Petelle B, Meslier N, N'Guyen XL, et al. Titrated mandibular advancement versus positive airway pressure for sleep apnoea. *Eur Respir J*. 2009; 34(4): 914–20.
 23. Borel JC, Gakwaya S, Masse JF, Melo-Silva CA, Series F. Impact of CPAP interface and mandibular advancement device on upper airway mechanical properties assessed with phrenic nerve stimulation in sleep apnea patients. *Respir Physiol Neurobiol*. 2012; 183(2): 170–6.
 24. Dieltjens M, Braem MJ, Van de Heyning PH, Wouters K, Vanderveken OM. Prevalence and clinical significance of supine-dependent obstructive sleep apnea in patients using oral appliance therapy. *J Clin Sleep Med*. 2014; 10(9): 959–64.
 25. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991; 14(6): 540–5.
 26. Banhiran W, Assanasen P, Nopmaneejumruslers C, Methetrairut C. Epworth sleepiness scale in obstructive sleep disordered breathing: the reliability and validity of the Thai version. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2011; 15(3): 571–7.
 27. Beiske KK, Kjelsberg FN, Ruud EA, Stavem K. Reliability and validity of a Norwegian version of the Epworth sleepiness scale. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2009; 13(1): 65–72.
 28. Chan AS, Sutherland K, Schwab RJ, Zeng B, Petocz P, Lee RW, et al. The effect of mandibular advancement on upper airway structure in obstructive sleep apnoea. *Thorax*. 2010; 65(8): 726–32.
 29. Gauthier L, Laberge L, Beaudry M, Laforte M, Rompre PH, Lavigne GJ. Efficacy of two mandibular advancement appliances in the management of snoring and mild-moderate sleep apnea: a cross-over randomized study. *Sleep Med*. 2009; 10(3): 329–36.
 30. Pitsis AJ, Darendeliler MA, Gotsopoulos H, Petocz P, Cistulli PA. Effect of vertical dimension on efficacy of oral appliance therapy in obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002; 166(6): 860–4.
 31. Vanderveken OM, Devolder A, Marklund M, Boudewyns AN, Braem MJ, Okkerse W, et al. Comparison of a custom-made and a thermoplastic oral appliance for the treatment of mild sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008; 178(2): 197–202.
 32. Deane SA, Cistulli PA, Ng AT, Zeng B, Petocz P, Darendeliler MA. Comparison of mandibular advancement splint and tongue stabilizing device in obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *Sleep*. 2009; 32(5): 648–53.
 33. Ferguson KA, Cartwright R, Rogers R, Schmidt-Nowara W. Oral appliances for snoring and obstructive sleep apnea: a review. *Sleep*. 2006; 29(2): 244–62.
 34. Aarab G, Lobbezoo F, Hamburger HL, Naeije M. Effects of an oral appliance with different mandibular protrusion positions at a constant vertical dimension on obstructive sleep apnea. *Clin Oral Investig*. 2010; 14(3): 339–45.
 35. Walker-Engstrom ML, Ringqvist I, Vestling O, Wilhelmsson B, Tegelberg A. A prospective randomized study comparing two different degrees of mandibular advancement with a dental appliance in treatment of severe obstructive sleep apnea. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2003; 7(3): 119–30.
 36. Blanco J, Zamarron C, Abeleira Pazos MT, Lamela C, Suarez Quintanilla D. Prospective evaluation of an oral appliance in the treatment of obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2005; 9(1): 20–5.
 37. Johnston CD, Gleadhill IC, Cinnamond MJ, Gabbey J, Burden DJ. Mandibular advancement appliances and obstructive sleep apnoea: a randomized clinical trial. *Eur J Orthod*. 2002; 24(3): 251–62.
 38. Vroegop AV, Vanderveken OM, Van de Heyning PH, Braem MJ. Effects of vertical opening on pharyngeal dimensions in patients with obstructive sleep apnoea. *Sleep Med*. 2012; 13(3): 314–6.
 39. Meurice JC, Marc I, Carrier G, Series F. Effects of mouth opening on upper airway collapsibility in normal sleeping subjects. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996; 153(1): 255–9.
 40. Barsh LI. Dentistry's role in the recognition and treatment of sleep-breathing disorders: the need for cooperation with the medical community. *J Calif Dent Assoc*. 1998; 26(8): 591–8.
 41. Barsh LI, Schmidt-Nowara W. Collaborative Care. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2000; 4(2): 51–2.
 42. Gauthier L, Almeida F, Arcache JP, Ashton-McGregor C, Cote D, Driver HS, et al. Position paper by Canadian dental sleep medicine professionals on the role of different health care professionals in managing obstructive sleep apnea and snoring with oral appliances. *Can Respir J*. 2012; 19(5): 307–9.
 43. Schwarting S, Huebers U, Heise M, Schlieper J, Hauschild A. Position paper on the use of mandibular advancement devices in adults with sleep-related breathing disorders. A position paper of the German Society of Dental Sleep Medicine (Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin, DGZS). *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2007; 11(2): 125–6.
 44. Johansson A, Gjerde K, Lehmann S, Bjorvatn B, Al-azawy K, Gulati S, et al. Skinnebehandling mot søvnapne. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2014; 134: 1030–1.
 45. Schmidt-Nowara W, Lowe A, Wiegand L, Cartwright R, Perez-Guerra F, Menn S. Oral appliances for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea: a review. *Sleep*. 1995; 18(6): 501–10.
 46. Krishnan V, Collop NA, Scherr SC. An evaluation of a titration strategy for prescription of oral appliances for obstructive sleep apnea. *Chest*. 2008; 133(5): 1135–41.
 47. Pantin CC, Hillman DR, Tennant M. Dental side effects of an oral device to treat snoring and obstructive sleep apnea. *Sleep*. 1999; 22(2): 237–40.
 48. Lindman R, Bondemark L. A review of oral devices in the treatment of habitual snoring and obstructive sleep apnoea. *Swed Dent J*. 2001; 25(1): 39–51.
 49. Rose E, Staats R, Virchow C, Jonas IE. A comparative study of two mandibular advancement appliances for the treatment of obstructive sleep apnoea. *Eur J Orthod*. 2002; 24(2): 191–8.
 50. Doff MH, Veldhuis SK, Hoekema A, Slater JJ, Wijkstra PJ, de Bont LG, et al. Long-term oral appliance therapy in obstructive sleep apnea syndrome: a controlled study on temporomandibular side effects. *Clin Oral Investig*. 2012; 16(3): 689–97.
 51. Giannasi LC, Almeida FR, Magini M, Costa MS, de Oliveira CS, de Oliveira JC, et al. Systematic assessment of the impact of oral appliance therapy on the temporomandibular joint during treatment of obstructive sleep apnea: long-term evaluation. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2009; 13(4): 375–81.
 52. Perez CV, de Leeuw R, Okeson JP, Carlson CR, Li HF, Bush HM, et al. The incidence and prevalence of temporomandibular disorders and posterior open bite in patients receiving mandibular advancement device therapy for obstructive sleep apnea. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*. 2013; 17(1): 323–32.
 53. Rose EC, Schnegelsberg C, Staats R, Jonas IE. Occlusal side effects caused by a mandibular advancement appliance in patients with obstructive sleep apnea. *Angle Orthod*. 2001; 71(6): 452–60.
 54. Almeida FR, Lowe AA, Sung JO, Tsuiji S, Otsuka R. Long-term sequelae of oral appliance therapy in obstructive sleep apnea pati-

ents: Part 1. Cephalometric analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006; 129(2): 195–204.

55. Doff MH, Finnema KJ, Hoekema A, Wijkstra PJ, de Bont LG, Stegenga B. Long-term oral appliance therapy in obstructive sleep apnea syndrome: a controlled study on dental side effects. Clin Oral Investig. 2013; 17(2): 475–82.

56. Tsuda H, Almeida FR, Tsuda T, Moritsuchi Y, Lowe AA. Craniofacial changes after 2 years of nasal continuous positive airway pressure use in patients with obstructive sleep apnea. Chest. 2010; 138(4): 870–4.

57. Almeida FR, Lowe AA, Otsuka R, Fastlicht S, Farbood M, Tsuiki S. Long-term sequellae of oral appliance therapy in obstructive sleep

apnea patients: Part 2. Study-model analysis. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006; 129(2): 205–13.

Adresse: Erik Saxegaard, Avdeling for protetikk og bittfunksjon, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: erik.saxegaard@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Khan S, Saxegaard E. Obstruktivt søvnapné syndrom – hvordan kan tannlegen bidra i behandlingen? Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 784–92.

Vi hjälper dig att hålla fokus på din yrkesroll

Välkommen till våra kurser.

www.tandlakarforbundet.se



Sveriges Tandläkarförbund

XO DENTAL DIALOGUE

Besøk oss på Nordental og delta på XO DENTAL DIALOG.

Opplev hvordan vi gjør det mulig å utføre de beste behandlingene på rolige pasienter, samtidig som du passer på din egen helse og økonomi.

Delta i dialogen og hjelp oss med å forbedre våre løsninger ytterligere.

Møt oss på Stand B03-12 - eller besøk den nye hjemmesiden: www.xo-care.com



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

Sadia Khan, Irene Skau, Jostein Grytten og Erik Saxegaard

Obstruktivt søvnapné syndrom – kunnskap og klinisk erfaring blant et utvalg norske tannleger

I en spørreundersøkelse blant et utvalg tannleger i Oslo og Tromsø ble deltakernes kunnskapsnivå og erfaring med behandling av pasienter med obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS) belyst. Totalt 167 spørreskjemaer ble besvart. Undersøkelsen viste at 74 % av deltakerne kjente til OSAS som en potensielt livstruende tilstand. 18 % kjente ikke til at søvnapné skinne er et godt behandlingsalternativ for enkelte OSAS-pasienter, mens hele 80 % aldri hadde konsultert lege ved mistanke om sykdom hos sine pasienter, og omtrent like mange hadde heller aldri laget søvnapné skinne til noen pasient. 12 % av deltakerne hadde fremstilt søvnapné skinne uten samarbeid med lege. Kun 1 % av deltakerne hadde deltatt i mer enn 10 forelesninger/seminarer om OSAS, mens 61 % aldri hadde deltatt i en forelesning eller et seminar om emnet. Resultatene viser at det er behov for mer undervisning i dental søvnmedisin og økt behov for tverrfaglig samarbeid mellom tannleger, fastleger og legespesialister i behandling av pasienter med OSAS.

Obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS) er betegnelsen på en sykdomstilstand der pasienten i tillegg til søvnforstyrrende respirasjon med snoring og pustestopp også oppviser karakteristiske symptomer som uttalt dagtrøtthet, morgenhodepine, konsentrasjonssvikt mm. Vi har tidligere beskrevet kriterier for diagnostisering og omtalt sykdommens patofysiologi og behandlingsmuligheter mer utfyllende

Forfattere

Sadia Khan, spesialist i oral protetikk. Avdeling for protetikk og bittfunksjon, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Irene Skau, forsker, cand.polit. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Jostein Grytten, professor, dr.philos. Seksjon for samfunnsodontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Erik Saxegaard, førsteamanuensis, dr.odont. Avdeling for protetikk og bittfunksjon, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

(1). Forekomsten av OSAS i befolkningen har lenge vært kjent som et betydelig folkehelseproblem (2, 3).

Det er blitt utført flere studier i andre land for å kartlegge både legers og tannlegers kunnskapsnivå og holdninger til behandling av pasienter med OSAS (4, 5). Resultater fra disse studiene viser at både medisin- og odontologistudentene får lite eller ingen undervisning om søvnrelaterte pustelidelser og mangler kunnskap om emnet (6–8). Lignende undersøkelser er ikke utført i Norge. Det gis i dag ingen formell utdanning i dental søvnmedisin ved de odontologiske lærestedene i Norge. I grunnutdanningen blir symptomer og behandlingsalternativer knapt berørt, mens behandling med søvnapné skinne er tatt inn i curriculum som en obligatorisk del av behandlingsarsenalet ved spesialistutdanningen i oral protetikk ved fakultetene i Oslo og Bergen.

Det synes klart at tannleger i svært varierende grad tar del i behandling av pasienter med OSAS. Ulik praksis kan muligens forklares med lite undervisning og forskjellig kunnskapsnivå både blant leger og tannleger. Formålet med denne spørreundersøkelsen var å belyse norske tannlegers kunnskapsnivå og eventuelle erfaringer med behandling av pasienter med OSAS. Vi ville også avklare om kunnskapsnivået varierte med hvorvidt tannlegene selv hadde utført aktiv behandling av slike pasienter. I tillegg ville vi forvente at kunnskapsnivået er høyere hos tannleger som i sin praksis har

Hovedbudskap

- Relativt få norske tannleger har tilstrekkelig kunnskap om søvnrelaterte pusteforstyrrelser
- Mange av de tannlegene som tilbyr behandling til denne pasientgruppen, gjør det uten anbefalt samarbeid med søvnlegespesialist
- Mer kunnskap om dental søvnmedisin blant norske tannleger synes påkrevd
- Flere norske tannleger bør kunne engasjere seg i behandling av pasienter med obstruktivt søvnapné syndrom

tilpasset søvnapnéskinner sammenlignet med de som ikke har laget slike skinner.

Materiale og metode

Utvalg

En spørreundersøkelse ble utarbeidet i samarbeid med Seksjon for samfunnsodontologi ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Skjemaet ble utdelt under et medlemsmøte i Oslo Tannlegeforening og ved Troms Tannlegeforenings årsmøte høsten 2013. Deltakere ble oppfordret til å besvare skjemaet som ble samlet inn ved møtets slutt. Totalt 167 skjemaer ble innsamlet; 125 ved medlemsmøtet i Oslo og 42 ved årsmøtet i Tromsø.

Variabler

Det ble innhentet opplysninger om følgende forhold ved tannlegene:

- Bakgrunnskjennetegn som kjønn, alder, utdanningssted og hvorvidt tannlegene var spesialister eller ikke
 - Tannlegenes kunnskap om og holdninger til behandling av obstruktiv søvnapné
 - Deltakerne ble bedt om å ta stilling til utsagn om hvorvidt de:
 - vurderer OSAS som en potensielt livstruende tilstand
 - vurderer søvnapnéskinne som et godt behandlingsalternativ
 - anser medisinsk bistand ved behandling av OSA-pasienter som nødvendig
 - mener at tannlegen selv kan screene, diagnostisere og behandle OSAS
- Svaralternativene for hvert av utsagnene var: enig, uenig og vet ikke.

Tannlegenes kunnskapsnivå om hvilke symptomer som kjenner tegn obstruktivt søvnapné syndrom

Følgende symptomer ble listet opp: Snorking, søvnighet på dagtid, høyt blodtrykk, humørsvingninger, nedsatt libido, nocturi og reflux.

Det skulle krysses av for de symptomene man mente var eller ikke var karakteristiske for pasienter med OSAS.

Tannlegenes kliniske bakgrunn i behandling av OSAS-pasienter

Det ble spurt om:

- tannlegen hadde konsultert lege ved behandling av disse pasientene, eller om lege hadde henvist slike pasienter til tannlegen
- behandlingens volumet av søvnapnéskinner, nærmere bestemt hvor mange skinner tannlegen selv hadde fremstilt totalt i sin praksis
- hvor mange forelesninger/seminarer med tema «OSAS» de hadde deltatt i

For alle disse spørsmålene var svaralternativene: 0, 1–5, 6–10 og flere enn 10.

I analysene ble verdiene gruppert slik: 0, 1–10 og flere enn 10.

Analyser

Dataene er fremstilt med univariate frekvensfordelinger. Testingen mellom grupper ble gjort ved chi-kvadrat test, der et 5 % signifikansnivå ble valgt. Dataene ble analysert ved hjelp av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, ver. 21.0.0.0).

Godkjenninger

Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble kontaktet med spørsmål om behov for godkjenning. Spørreundersøkelsen kommer ikke under helseforskningslovens virkeområde fordi hensikten ikke var å få ny kunnskap om diagnose og behandling av sykdom. I tillegg var opplysningene i skjemaet ikke personidentifiserende.

Resultater

Utvalget hadde en relativt jevn kjønnsfordeling med 51 % kvinner og 49 % menn. 86 % deltakere hadde tannlegeutdanning fra ett av de norske lærestedene mens de resterende 14 % hadde utenlandsk odontologisk embetseksamen. 12 av deltakerne hadde spesialistutdanning.

I tabell 1 vises fordelingen av respondentene i vårt utvalg sammenlignet med populasjonen av alle tannleger i Oslo og Troms hentet fra Den norske tannlegeforenings medlemsregister. Det er en svak tendens til at menn, yngre tannleger og tannleger fra Troms er noe overrepresentert i vårt utvalg.

Tannlegenes kunnskap om og holdninger til behandling av obstruktivt søvnapné syndrom

74 % av deltakerne identifiserte OSAS som en potensielt livstruende tilstand og 82 % var enige i at behandling med søvnapné-

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget og representativitet.

Andeler i prosent	Utvalget (n=167)	Tannleger i Oslo og Troms ¹⁾ (n=1606)
Kjønn		
Kvinner	51	57
Menn	49	43
Alder		
< 35 år	32	24
35–49 år	32	35
50–59 år	19	22
≥ 60 år	17	20
Lokalforening		
Oslo	75	85
Troms	25	15

¹⁾ Kilde: Den norske tannlegeforenings medlemsregister. Medlemmer i Oslo og Troms tannlegeforeninger ≤ 70 år

skinne er et godt behandlingsalternativ (figur 1). Tre firedeler av tannlegene var enige i at de må samarbeide med søvnleger i behandlingen av OSAS-pasienter. Halvparten av tannlegene mente også at selv om OSAS er en medisinsk tilstand, så kan tannleger screene, diagnostisere og behandle disse pasientene.

Tannlegenes kunnskapsnivå om hvilke symptomer som kjenner tegn obstruktivt søvnapné syndrom

Over 80 % av tannlegene hadde kjennskap til at snorking og søvnløshet på dagtid er vanlige symptomer ved OSAS (figur 2). Over halvparten av tannlegene visste også at høyt blodtrykk og hu-

mørsvingninger var karakteristiske symptomer. Kun et fåtall kjente til at nocturi og reflux også forekommer hyppig.

Det var en tydelig tendens til at tannleger som hadde laget en eller flere søvnapnéskinner lettere gjenkjente symptomene sammenlignet med de som ikke hadde laget slike skinner (tabell 2). For høyt blodtrykk var forskjellene statistisk signifikante på 5 % nivå.

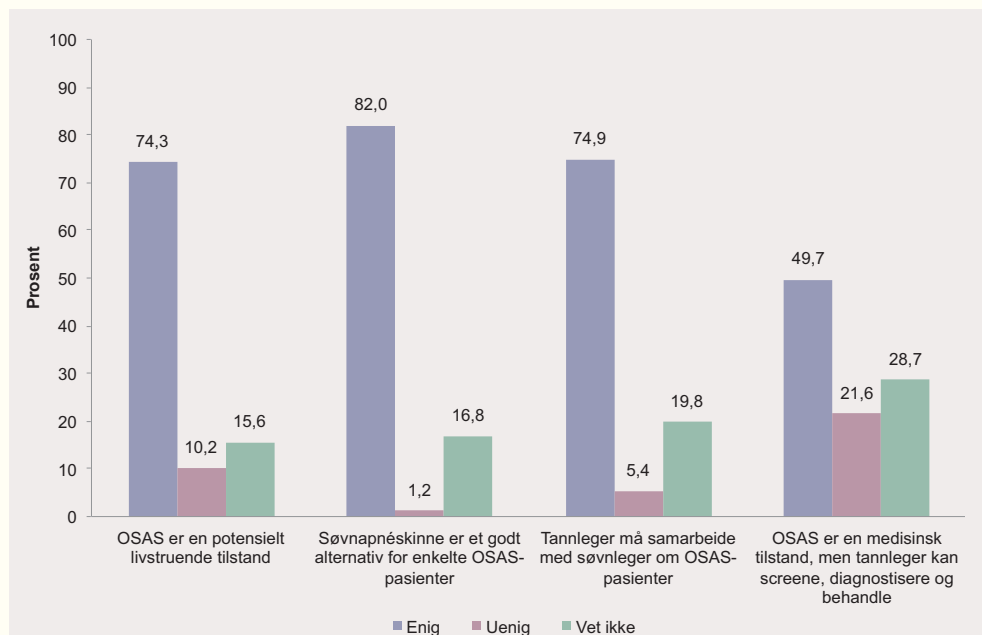
Tannlegenes kliniske bakgrunn i behandling av OSAS-pasienter

Nesten 80 % av tannlegene hadde aldri konsultert lege ved mistanke om OSAS hos pasient i sin privatpraksis, og 86 % hadde aldri mottatt henvisning fra søvnspesialist for fremstilling av søvnapnéskinne. 2 % hadde fremstilt flere enn 10 skinner, mens hele 78 % aldri hadde fremstilt noen skinne. 12 % av tannlegene hadde fremstilt skinne uten forutgående utredning hos søvnspesialist. Bare 1 % av tannlegene (= 2 deltakere) hadde deltatt i mer enn 10 forelesninger eller seminarer med tema OSAS, mens 61 % aldri hadde deltatt i en eneste forelesning om emnet (figur 3).

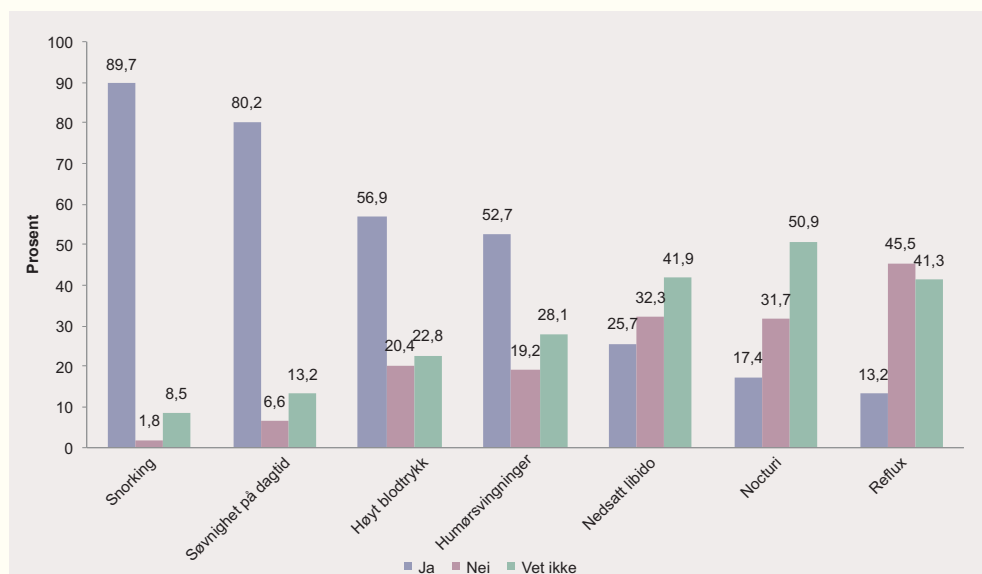
Diskusjon

Med denne undersøkelsen har vi forsøkt å kaste lys over norske tannlegers kunnskapsnivå og kliniske erfaring med behandling av pasienter med obstruktivt søvnapné syndrom. Det er stor sannsynlighet for at tannleger i sin daglige praksis vil kunne møte pasienter med udiagnostisert OSAS. Det er derfor viktig at tannleger har kjennskap til vanlige symptomer ved tilstanden og hvordan disse pasientene skal håndteres. Kjennskap til søvnmedisinske begreper, diagnoser, diagnostiske verktøy og parametere er også viktig for at tannlegen skal kunne kommunisere godt med medisinske søvnspesialister med hensyn til behandling og oppfølging.

Undersøkelsen vår viser at norske tannleger innehar visse basiskunnskaper om OSAS og at et flertall har rimelig god kjenn-



Figur 1. Tannlegers kunnskap om og holdninger til behandling av obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS). Andel respondenter i prosent (n=167).

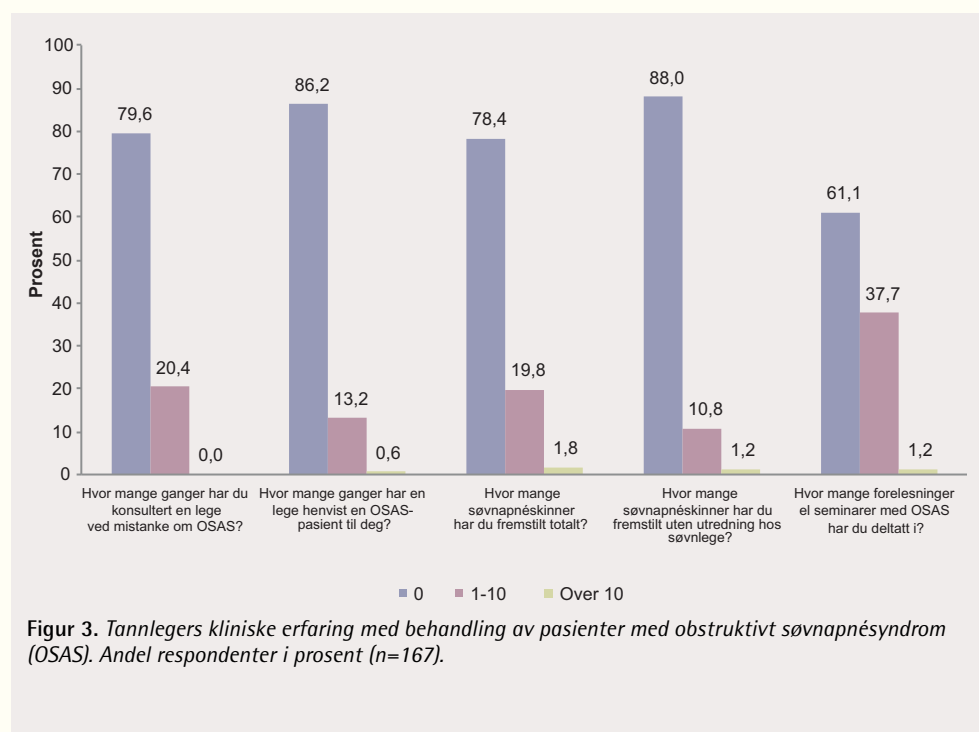


Figur 2. Tannlegers kunnskap om hvilke symptomer som kjenner tegn pasienter med obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS). Andel respondenter i prosent (n=167).

Tabell 2. Sammenhengen mellom gjenkjennelse av symptomer ved obstruktivt søvnapné syndrom og hvorvidt tannlegen har laget søvnapnéskinner eller ikke

Andel respondenter i prosent				
	Har ikke laget søvnapnéskinner (n= 131)	Har laget søvnapnéskinner (n=36)	Test ¹⁾	p
Snorking	87,7	97,1	4,308	0,116
Søvnhighet på dagtid	79,4	83,3	1,083	0,582
Høyt blodtrykk	51,9	75,0	6,655	0,036
Humørsvingninger	50,4	61,1	1,444	0,486
Nedsatt libido	22,9	36,1	2,578	0,276
Nocturi	13,7	30,3	5,593	0,061
Reflux	12,2	16,7	3,479	0,176

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



Figur 3. Tannlegers kliniske erfaring med behandling av pasienter med obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS). Andel respondenter i prosent (n=167).

skap til de vanligste symptomer ved sykdomstilstanden slik som høyt blodtrykk, snorking og søvnhighet på dagtid. De fleste er også klar over at tilstanden kan være livstruende og at søvnapnéskinner kan være et godt behandlingsalternativ ved denne lidelsen.

De har imidlertid mindre kjennskap til andre typer symptomer som for eksempel reflux og nocturi. Dette sammenfaller bra med at over halvparten av tannlegene aldri hadde deltatt på kurs eller seminar der OSAS var tema. Selv om det store flertallet av tannlegene mener det er viktig å samarbeide med leger ved behandling av OSAS-pasienter, er det bare et fåtall av dem som faktisk

gjør det. Dette kan igjen skyldes at de har utilstrekkelig kunnskap om sykdommen, herunder også hvordan et samarbeid med lege kan bidra til et vellykket behandlingsresultat. Samlet sett tyder derfor undersøkelsen på at det er potensial for å øke tannlegenes kunnskapsnivå i diagnostikk og behandling av denne type pasienter.

Mer undervisning i dental søvnmedisin både i den odontologiske og den medisinske grunnutdanningen kan være et godt virkemiddel for å øke basiskunnskapen hos helsepersonell.

Utfordringen vil ligge i å finne plass i et allerede sprengt curriculum. Forholdene ved norske læresteder avviker trolig ikke veldig fra dem man har funnet i andre land der det er avdekket at godt under halvparten av de forespurte odontologiske lærestedene i det hele tatt tilbyr didaktisk undervisning om søvnrelaterte pusteforstyrrelser, og enda færre tilbyr sine studenter praktisk klinisk trening i fremstilling av søvnapnéskinner (6).

De faglige problemstillingene er ikke helt ukjente i den klinisk-odontologiske hverdag, men mer kunnskap er utvilsomt ønskelig. Interesserte kolleger bør søke etterutdanning for å bygge videre på eksisterende kunnskap. I etterutdanningsammenheng vil det

spesielt være naturlig å fokusere på gevinsten av å etablere multidisiplinære behandlingsteam. I slike team kan søvnlege verifisere søvnapné og sykdommens alvorlighetsgrad, og deretter involvere tannlegen for fremstilling av skinne (9).

Dental søvnmedisin er et ungt fag i Norge, hovedsakelig med tradisjon for å fremstille søvnapnéskinner uten samarbeid med medisinske søvnspesialister og uten forutgående søvnundersøkelse. Hovedfokus har vært å hjelpe såkalte «snorke-pasienter». Våre resultater avdekker at det nå er behov for å ta denne fagdisiplinen et steg videre. Dette kan gjøres ved en sterkere akademisk forankring av denne tilstandens diagnostikk og behandling i undervisningen.

Konklusjon

Norske tannleger har relativt begrenset kunnskap om dental søvnmedisin selv om et flertall innehar visse basiskunnskaper om obstruktivt søvnapné syndrom (OSAS). En del tannleger som tilbyr behandling til pasienter med søvnrelaterte pusteforstyrrelser, gjør det uten å samarbeide med søvnlegespesialist. Flere norske tannleger bør tilegne seg nødvendig kunnskap om emnet og engasjere seg i behandling av pasienter med OSAS. Dental søvnmedisin bør gis innpass i den medisinske og odontologiske grunn- og etterutdanningen.

English summary

Khan S, Skau I, Grytten J, Saxegaard E.

Obstructive sleep apnea syndrome – knowledge and clinical experience among a selection of Norwegian dentists

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 794–8.

It is well known that obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) can cause a variety of systemic diseases and that comorbidities such as various cardiovascular diseases and diabetes occur more frequently in patients with OSAS compared with the general population. Dentists can play an important role both in identifying patients with OSAS and by referring them to a sleep specialist physician. The aim of this survey was to investigate the level of knowledge among Norwegian dentists on the subject of OSAS and to examine their experience in treating patients with OSAS. A total of 167 questionnaires were answered by dentists in Oslo and Tromsø. The results showed that 74 % of the respondents recognized OSAS as a potentially life-threatening condition. 18 % did not know that mandibular advancement splint is a good treatment option for some OSAS patients. Only 20 % of the participants had ever consulted a physician when suspecting OSAS in their patients and 12 % had fitted an oral appliance not collaborating with a sleep specialist. Only 1 % of the participants had participated in more than 10 lectures/seminars on OSAS, while 61 % had never attended a lecture or a seminar on the subject. Results show that there is a need for more education and training in dental sleep medicine and an increased need for interdisciplinary collaboration between dentists, general practitioners and sleep specialists in the treatment of patients with OSAS.

Referanser

1. Khan S, Saxegaard E. Obstruktivt søvnapné syndrom – hvordan kan tannlegen bidra i behandlingen? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 784–92.
2. Panossian L, Daley J. Sleep-disordered breathing. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2013; 19(1 Sleep Disorders): 86–103.
3. Phillipson EA. Sleep apnea – a major public health problem. *N Engl J Med.* 1993; 328(17): 1271–3.
4. BaHamman AS. Knowledge and attitude of primary health care physicians towards sleep disorders. *Saudi Med J.* 2000; 21(12): 1164–7.
5. Bian H, Smith CL. Development of a questionnaire to assess dentists' knowledge, opinion, education resources, physician cooperation, and clinical practice regarding obstructive sleep apnea (OSAQ-D). *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung.* 2006; 10(2): 76–82.
6. Ivanhoe JR, Frazier KB, Parr GR, Haywood VB. The teaching and treatment of upper airway sleep disorders in North American dental schools. *J Prosthet Dent.* 2003; 89(3): 292–6.
7. Ivanoff CS, Hottel TL, Pancratz F. Is there a place for teaching obstructive sleep apnea and snoring in the predoctoral dental curriculum? *J Dent Educ.* 2012; 76(12): 1639–45.
8. Luo M, Feng Y, Li T. Sleep medicine knowledge, attitudes, and practices among medical students in Guangzhou, China. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung.* 2013; 17(2): 687–93.
9. Johansson A, Gjerde K, Lehmann S, Bjorvatn B, Al-azawy K, Gulati S, et al. *Skinnebehandling mot søvnapne.* *Tidsskr Nor Legeforen.* 2014; 134: 1030–1.

Adresse: Erik Saxegaard, Avdeling for protetikk og bittfunksjon, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: erik.saxegaard@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Khan S, Skau I, Grytten J, Saxegaard E. Obstruktivt søvnapné syndrom – kunnskap og klinisk erfaring blant et utvalg norske tannleger. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 794–8.

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



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



Bjarte Grung og Anne Christine Johannessen

Sentralt kjempecellegranulom i kjevene

Sentralt kjempecellegranulom er en forholdsvis sjelden intraossøs godartet lesjon med ukjent årsak. Forekomsten er lav i kjevene, mens den er vanligere i lange rørknokler. Det er tre konkurrerende teorier om årsak: reaktiv lesjon, utviklingsmessig anomali eller benign neoplasme. Den er godartet, men har av og til aggressiv osteolytisk proliferasjon. I kjevene forekommer den oftere hos unge personer sammenlignet med forekomsten i de lange rørknokler. Det er en svak overvekt hos kvinner. Diagnosen blir som regel stilt ved histologisk undersøkelse av biopsi, men nylig er finnålsbiopsi funnet å være en sikker metode (1). Behandlingen har stort sett vært kirurgisk, men et alternativ til dette har vært injeksjon med korticosteroider eller bruk av kalsitonin (2).

Her presenteres fire tidligere upubliserte kasus av sentralt kjempecellegranulom, tre kvinner og én mann. Tre av dem var 30 år eller yngre, mens den fjerde var over 70 år. Diagnosen ble stilt histologisk, alle lesjonene ble fjernet kirurgisk og fulgt opp fra ett til fem år postoperativt, uten residiv.



Figur 1. Kasus 1: Sentralt kjempecellegranulom regio 32–35, preoperativt.

Forfattere

Bjarte Grung, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Drammen Oralkirurgi, Drammen

Anne Christine Johannessen, professor, dr.odont, cand.med. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Gades institutt, Haukeland universitetssykehus, Bergen



Figur 2. Kasus 1: Operert for sentralt kjempecellegranulom, 4 måneder postoperativt.

Kasus 1

En 30-årig kvinne ble henvist fra egen tannlege for cyste eller ameloblastom i underkjevens venstre side. Hun hadde selv

merket noen diffuse symptomer og nummenhetsfølelse lokalisert til området for nervus mentalis, og særlig til tennene 32 og 33, men hadde ikke hatt noen smerter eller hevelse. Det var normal sensibilitet av tennene 31 og 41, mens det var svakere, men positiv reaksjon ved 32 og 33, noe raskere reaksjon igjen ved 34, 35 og 36. På panoramaxrøntgen var det en radiolusens på 30 x 20 mm regio 31–35 (figur 1). Det var



Figur 3. Kasus 1: Operert for sentralt kjempecellegranulom, 16 måneder postoperativt, fremdeles noe radiolusens ved tidligere perforasjon av bukkale kortikalis.

skarp avgrensning til normalt ben, særlig mesialt. Preoperativ diagnose var traumatisk bencyste, men ved oppklapping var det en blålig farge på bukkale kortikalis og innenfor denne en blå kapsel hvor innholdet hadde preg av levret blod. Den histologiske undersøkelsen viste sentralt kjempecellegranulom.

Det ble gjort nytt kirurgisk inngrep hvor alt patologisk vev ble nøye utskrapt, og fordi apices ved 33 og 34 da var blottlagt, ble disse tennene rotbehandlet

i samme seanse med guttaperkapoints og IRM®-sement etter lateralkondenseringsmetoden. Både nervus mentalis og den fremre delen av nervus alveolaris inferior var blottlagt, men ikke synlig skadet. Ny histologisk undersøkelse bekreftet den første diagnosen.

Fire måneder postoperativt (figur 2) var det full følelse i underleppe og hake, mens anestesi av gingiva først ble normalisert etter 16 måneder. Da ble det også normalisering av sensibilitet av ikke-rotfylte tenner. Det ble funnet radiolusens der perforasjonen i bukkale kortikalis hadde vært (figur 3), mens det var normal periodontalspalte rundt de to rotbehandlete tennene 33 og 34 (figur 4). Ytterligere ett år senere var det full normalisering uten noen subjektive symptomer. Siste kontroll var med panoramærøntgen fem år postoperativt, uten tegn til residiv (figur 5).



Figur 4. Kasus 1: Operert for sentralt kjempecellegranulom, 16 måneder postoperativt, normal periodontalspalte rundt rotfylte tenner 33 og 34.



Figur 5. Kasus 1: Operert for sentralt kjempecellegranulom, 5 år postoperativt, med full normalisering.



Figur 6. Kasus 2: Sentralt kjempecellegranulom mellom tennene 22 og 23, med divergens av røttene.

gjort oppklapping, og mellom 22 og 23 ble det avdekket en rødbrun osteaktig masse som ble nøye utskrapt og sendt for histologisk undersøkelse med foreslått diagnose sentralt kjempecellegranulom. Det var perforasjon til palatinale slimhinne slik at man måtte forvente tilheling med arvevsdannelse. Den histologiske diagnosen bekreftet den kliniske diagnosen. Det ble foretatt kontroller i ett år (figur 7) og to år postoperativt (figur 8). Pasienten hadde ingen subjektive symptomer, og som ventet ble det arvevstilheling. To år postoperativt var det fortsatt en liten radiolusens, men med irregulær form.

Kasus 3

En 15 1/2 år gammel gutt ble henvist fra egen tannlege for fjerning av cyste mellom tann 45 og 46. Det var ingen subjektive symptomer, og klinisk var det heller ingen unormale funn. På intraoralt røntgen var det en 10–12 mm radiolusens mellom tennene 45 og 46, helt marginalt (figur 9). Det ble gjort oppklapping bukkalt, bukkale kortikalis ble perforert og det fremkom en tynn cysteaktig kapsel som ble fjernet under tentativ diagnose lateral periodontal cyste eller keratocystisk odontogen tumor. Den histologiske diagnosen var sentralt kjempecellegranulom. Kontroll ett år postoperativt viste full tilheling (figur 10).



Figur 7. Kasus 2: Operert for sentralt kjempecellegranulom, 1 år postoperativt.

Kasus 4

En 71-år gammel kvinne var henvist fra egen



Figur 8. Kasus 2: Operert for sentralt kjempegranulom, to år postoperativt..

tannlege for fjerning av en cyste regio 11. Pasienten hadde selv merket en liten hevelse de siste månedene. Hun hadde vært tannløs i overkjeven i flere år. Klinisk undersøkelse viste en bløt palpabel tumor regio 11 bukkalt, og røntgen viste en radiolusens på 10–13 mm (figur 11). Det ble gjort en oppklapping, og det ble avdekket et bløtvev som hadde preg av levret blod. Den tentative di-

agnosen ble derfor sentralt kjempecellegranulom, noe som ble bekreftet histologisk. Senere kontroller (figur 12) viste full tilheling.



Figur 9. Kasus 3: Sentralt kjempecellegranulom mellom tennene 45 og 46.

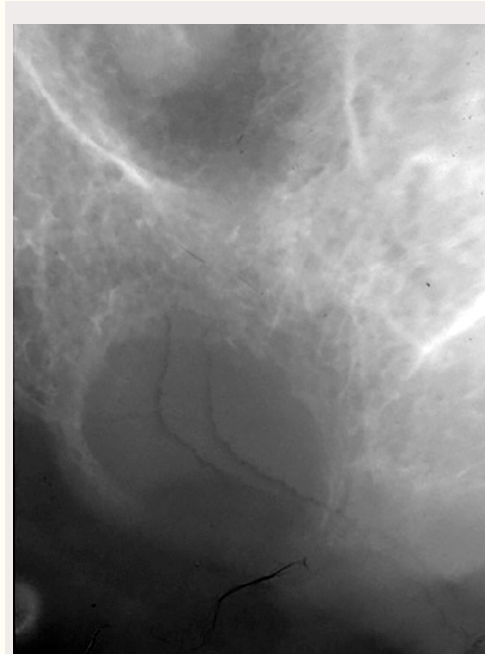


Figur 10. Kasus 3: Operert for sentralt kjempecellegranulom, ett år postoperativt, full tilheling.

Drøfting

Sentralt kjempecellegranuloma er en forholdsvis sjelden lesjon i det maxillofaciale området (1 %), men forekommer relativt hyppig i lange rørknokkler (3). Det er en lokalisert og godartet osteolytisk proliferasjon som består av spoleformete fibroblaster i et

relativt løst bindevev med rikelig med små blodkar, områder med blødning og hemosiderinavleiringer, samt reaktiv bennydannelse. I tillegg sees spredte flerkjernete kjempeceller av osteoklasttypen, og det er disse som har gitt forandringen sitt navn (4–6) (figur 13). Ettersom såkalt «brun» tumor ved hyperparathyroidisme ikke kan skilles histologisk fra sentralt kjempecellegranulom, bør pasienten alltid kontrolleres for parathyroideahormon (PTH), særlig eldre pasienter (3, 7, 8). Av de fire beskrevne kasus fantes brun-røde kliniske forandringer som hadde preg av levret blod i tre tilfeller, og her ble diagnosen sentralt kjempecellegranulom stilt klinisk, mens det fjerde tilfellet hadde preg av cyste og fikk tentativ diagnose lateral periodontal cyste eller keratocystisk odontogen tumor. Den

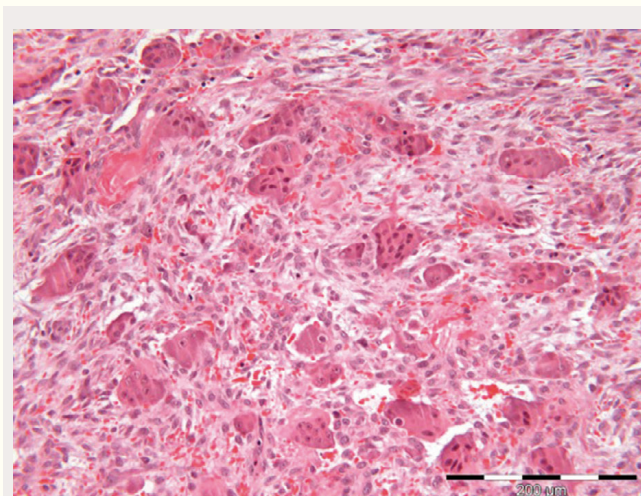


Figur 11. Kasus 4: sentralt kjempecellegranulom i tannløs overkjeve front.



Figur 12. Kasus 4: Operert for sentralt kjempecellegranulom, full tilheling 1 år postoperativt.

histologiske undersøkelsen er absolutt påkrevet ved intraosse forandringer som her beskrevet, og viste ved alle fire pasienter sentralt kjempecellegranulom. Klinisk finner man ofte en asymptomatisk hevelse med deviasjon av nabotenner



Figur 13. Histologisk bilde av sentralt kjempecellegranulom fra pasienten i kasus 1. Her ses rikt vaskularisert fibrøst bindevev med flerkjernete kjempeceller. Målestav: 200 μ m.

(9, 10). Ved de beskrevne kasus var det moderat hevelse i tre tilfeller, men bare i ett av tilfellene var der deviasjon av nabotenner.

Det skilles i flere studier mellom to typer av sentralt kjempecellegranulom, en aggressiv type og en ikke-aggressiv type. Forskjellen blir beskrevet som et uttrykk for klinisk forskjell hvor den ikke-aggressive typen betegnes som langsomtvoksende, mens den aggressive typen blir omtalt som smertefull og med lokal bendebrusjon, deviasjon av nabotenner og rotresorpsjoner (11). En annen studie skiller dem både klinisk og histologisk (12). Her fant man at av 30 tilfeller var 20 ikke-aggressive, mens 10 var aggressive, og den histologiske forskjellen gikk blant annet på antall kjempeceller og mitotisk aktivitet.

De beskrevne kasus ble behandlet utelukkende med kirurgi med kyretasje av alt patologisk vev, i tillegg ble to tenner endodontisk behandlet i ett kasus. Dette kunne la seg gjøre fordi lesjonene var forholdsvis små og ikke i noen estetisk sone. I noen tilfeller bruker man nå andre metoder for behandling som for eksempel injeksjon med korticosteroider og subkutan injeksjon med kalsitonin (1,13,14).

English summary

Grung B, Johannessen AC.

Central giant cell granuloma of the jaws. Case reports

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 800–3.

Central giant cell granuloma is a relatively rare intraosseous lesion with unknown etiology. Four new cases of central giant cell granuloma are presented, affecting three women and one man, three of them 30 years old or younger. There were two lesions in

the maxilla and two in the mandible. All four were surgically excised without recurrence after one to five years follow-up.

Referanser

1. Fonseca FP, Ribeiro AC, Santos-Silva AR, Vargas PA, Lopes MA. Fine needle aspiration cytology and intralesional steroid injection in a central giant cell granuloma affecting the gingiva: a new clinical approach. *Braz Dent J.* 2013; 24: 420.
2. Allon DM, Anavi Y, Calderon S. Central giant cell lesion of the jaw: nonsurgical treatment with calcitonin nasal spray. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 107: 811–8.
3. Guerrissi JO. Giant cells mandibular lesion: surgical treatment with preservation of the dentition. *J Craniofac Surg.* 2013; 24: 1394–6.
4. Jundt G, Bertoni F, Unni KK, Saito K, Dehner LP. Benign tumours of bone and cartilage. *World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics. Head and Neck Tumours.* Ed.: Barnes L, Everson JW, Sidransky D. IARC Press, Lyon 2005, 53–57.
5. Orhan E, Erol S, Deren O, Sevin A, Ekici O, Erdogan B. Idiopathic bilateral central giant cell reparative granuloma of jaws: a case report and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2010; 74: 547–52.
6. Nicolai G, Lorè B, Mariani G, Bollero P, De Marinis L, Calabrese L. Central giant cell granuloma of the jaws. *J Craniofac Surg.* 2010; 21: 383–6.
7. Gulati D, Bansal V, Dubey P, Pandey S, Agrawal A. Central giant cell granuloma of posterior maxilla: first expression of primary hyperparathyroidism. *Case Rep Endocrinol.* 2015; doi: 10.1155/2015/170412. Epub 2015 Jan 26.
8. Jafari-Pozve N, Ataie-Khorasgani M, Jafari-Pozve S, Ataie-Khorasgani M. Maxillofacial brown tumors in secondary hyperparathyroidism: A case report and literature review. *J Res Med Sci.* 2014; 11: 1099–102.
9. Daryani D, Gopakumar R. Central giant cell granuloma mimicking an adenomaoid odontogenic tumor. *Contemp Clin Dent.* 2011; 2: 249–52.
10. Sun ZJ, Zwahlen RA, Zheng YF, Wang SP, Zhao YF. Central giant cell granuloma of the jaws: clinical and radiological evaluation of 22 cases. *Skeletal Radiol.* 2009; 28: 903–9.
11. Tosco P, Tanteri G, Iaquinta C, Fasolis M, Rocca F, Berrone S, Garzino-Demo P. Surgical treatment and reconstruction for central giant cell granuloma of the jaws: a review of 18 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 2009; 37: 380–7.
12. Reddy V, Saxena S, Aggarwal P, Sharma P, Reddy M. Incidence of central giant cell granuloma of the jaws with clinical and histological confirmation: an archival study in Northern India. *Br J Maxillofacial Surg.* 2012; 50: 668–72.
13. de Lange J, van den Akker HP, van den Berg H. Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104: 603–15.
14. Triantafyllidou K, Venetis G, Karakinaris G, Iordanidis F. Central giant cell granuloma of the jaws: a clinical study of 17 cases and a review of the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2011; 120: 167–74.

Adresse: Bjarte Grung, Drammen Oralkirurgi, Torgeir Vraasplass 6, 3044 Drammen. E-post: bjagrung@online.no

NYHET!

FINN ALL INFORMASJON OM NTFs LANDSMØTE PÅ ETT STED!

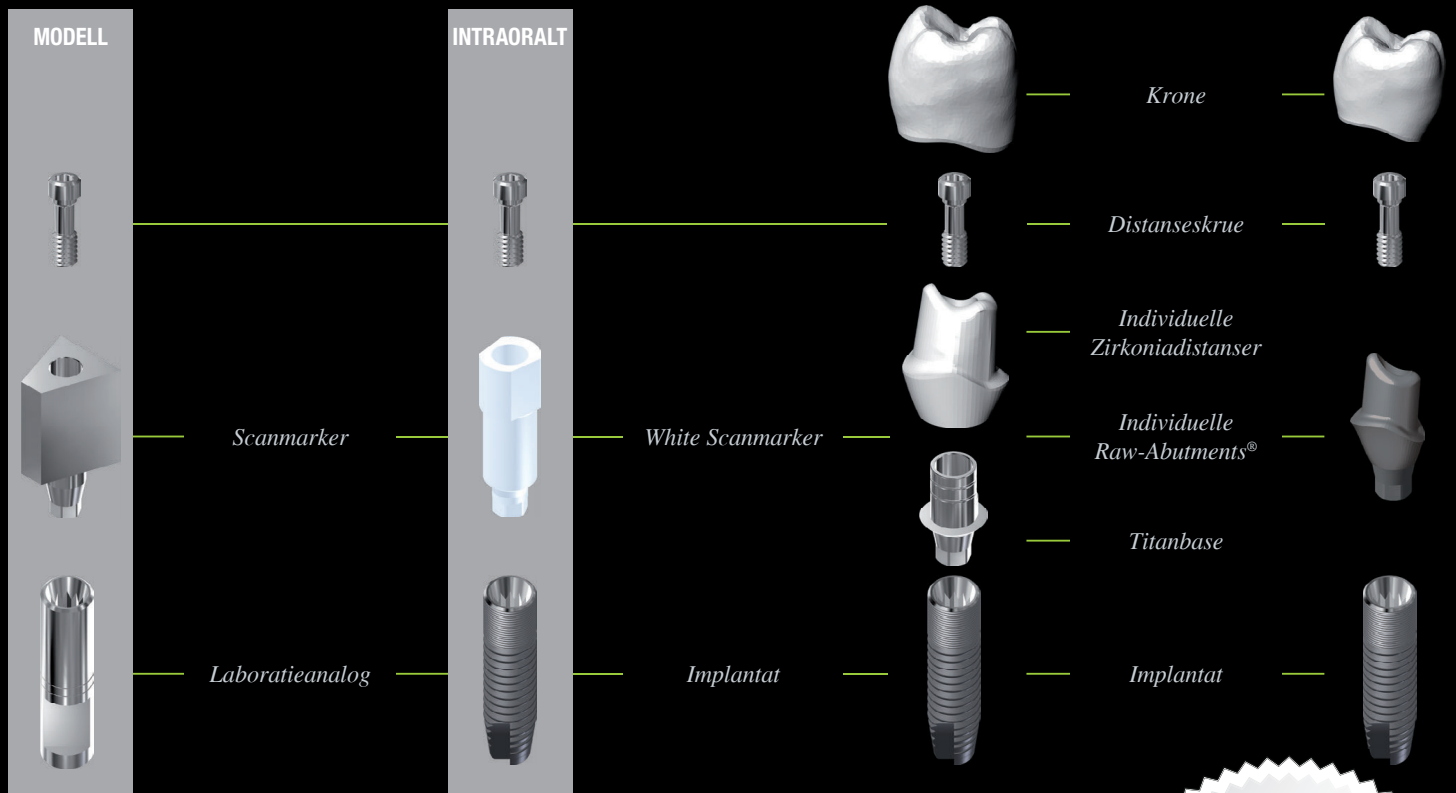


NY mobilweb med informasjon om bl.a.

- Din personlige agenda
- Årets forelesere
- Messeprogram
- Årets utstillere
- Praktisk informasjon
- Nyheter og aktiviteter

www.NTFsLM.no

Påmeldte deltakere får tilsendt personlig brukernavn og passord per e-post.



ALT FRA ETT STED

Mer enn 100 implantatsystemer tilgjengelige

**BESØK
OSS PÅ
NORDENTAL!**
29.-31. OKTOBER 2015
WWW.ZIRKONZAHN.COM

Zirkonzahn har fullført den digitale arbeidsflyten! Laboratorieanaloger, scanmarker, titanbaser – alle de ulike elementene som trengs for en kompleks tannrestaurering tilbys.

NYHET! Alle Zirkonzahn-komponentene er nå tilgjengelige for alle exocad® DentalCAD-programmer.



Hildur Søhoel og Sigrid I. Kvaal

Kvalifisering av tannleger fra land utenfor EØS –

I årene 2004–2013 ble det gjennomført opptaksprøver til kvalifiseringsprogrammene for tannleger med utdanning fra land utenfor EØS-området. Opptaksprøvene besto av en teoretisk del og en praktisk del i tillegg til et intervju med kandidaten. Gode kunnskaper i norsk har vist seg å være det eneste nyttige forkravet til opptaksprøvene i tillegg til avsluttet utdanning fra et odontologisk lærested. Gjennomføringstiden for å kvalifisere seg til norsk autorisasjon samsvarte med resultatene fra opptaksprøven.

Autorisasjon av tannleger som er utdannet i land utenfor EØS-området, er styrt av lov om helsepersonell (Helsepersonelloven) § 48 hvor jevnghed med norske kandidater og pasientsikkerhet er nedfelt som grunnleggende argumenter. Kvalifiseringsprogrammet ble etablert i 1999 etter vedtak i Stortinget. Bakgrunnen var tannlegemangel i Norge og behov for integrering av utenlandske tannleger som hadde kommet til Norge. Siden den gang har det vært gjennomført kliniske og teoretiske prøver og kurs for tannleger som kommer fra land utenfor EØS-området.

I løpet av denne tiden har det vært forsøkt forskjellige modeller for å vurdere om kandidatenes kunnskaper og ferdigheter er jevnghede med norsk utdanning. Det ble også vurdert hva kandidatene manglet for å kunne praktisere som tannleger i Norge og dermed kunne anbefales for norsk autorisasjon.

For å vurdere kandidatenes ferdigheter og kunnskaper og kunne tilrettelegge et påbyggingsløp, er det hvert år fra 2004 og til 2013, med unntak av 2012, gjennomført en opptaksprøve til kvalifiseringsprogrammet. Denne artikkelen tar sikte på å belyse hvor god opptaksprøven har vært med tanke på å kunne gi en god anbefaling av hvilket løp en kandidat bør få.

Om kvalifiseringsprogrammet

I de første årene etter 1999 ble opptaksprøven og utdanningsprogrammet kalt Lisensprogrammet ved Universitetet i Bergen (1–4). Kravene for å komme til opptaksprøve var opprinnelig en flervalgsprøve i pre- og parakliniske fag og bestått prøve i engelsk og norsk på høyere nivå.

Fra 2004 ble kravene for å komme til opptaksprøven justert, og det ble etablert en egen opptakskomité bestående av en representant for Universitetet i Bergen (UiB) og Universitetet i Oslo (UiO) og en fylkestannlege. Det ble samtidig bestemt at det skulle være et nasjonalt opptak til alle kvalifiseringsprogrammene som ble tilbudt på det tidspunktet. I 2004 ble det, som en prøveordning, tillatt at kun ett av de tidligere forkravene var tilstrekkelig for å komme til opptaksprøven. Erfaringen fra dette opptaket ble at det kun var kravet om å ha gode norskkunnskaper som samsvarte med å klare opptaksprøven tilfredsstillende, noe som også var vist tidligere (3,4), og norskkravet var det eneste forkravet som ble videreført.

I dagens ordning verifiserer Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

(SAK) om grunnutdanningen er reell, men SAK vurderer ikke om utdanningen er faglig jevnghed med norsk utdanning. UiB har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å være sekretariat for vurdering av søkerne. Søknader fra søkere som ikke vurderes som kvalifisert til opptak på kvalifiseringsprogrammet returneres SAK.

Forkrav og opptaksprøve

For å kunne stille til opptaksprøve er det noen forkrav som skal være oppfylt. Dette gjelder krav om norskkunnskaper for opptak til den kliniske delen av kvalifiseringsprogrammet. Kravet skal dokumenteres på én av tre følgende måter: a) Test i norsk for fremmedspråklige, høyere nivå («Bergenstesten»); b) Eksamen fra trinn 3 i norsk for utenlandske studenter ved universitetene med karakter C eller bedre eller c) Norsk alternativ fagplan fra videregående skole med karakteren 4 eller bedre i skriftlig og muntlig. Søknader om dispensasjon fra språkkravet i norsk ble vurdert individuelt. Engelsk ble ikke et formelt forkrav, men en stor del av faglitteraturen er engelskspråklig, og derfor er engelskkunnskaper relevant i en totalvurdering.

Det ble gjennomført et felles opptak til kvalifiseringsprogrammene ved de odontologiske læresteder og kvalifiseringsprogrammet med praksisperiode i Den offentlige tannhelsetjenesten. På bakgrunn av resultatene av opptaksprøvene ble det gitt en vurdering av hva den enkelte kandidat trengte for å kunne bli kalibrert til norske forhold.

Selve opptaksprøven besto av en skriftlig prøve (ca. 3 timer) i kliniske fag med noe innslag av pre- og parakliniske problemstillinger og prepareringstester på plasttenner i fantomhode samt et intervju (ca. 1 time) basert på kandidatens utdanning, erfaring og besvarelser. Opptaksprøvene ble gjen-

Forfattere

Hildur Søhoel, tannlege og seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Tidligere klinikkleder i Tannhelsetenestens kompetansesenter Vest – Hordaland og klinikkjef ved Universitetet i Bergen

Sigrid I. Kvaal, professor. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo



erfaringer fra 2004–2013



Figur 1. Eksempler på kroneprepareringer utført på den praktiske delen av opptaksprøven. Det viser ulike ferdigheter og erfaring.

nomført på norsk. Det er nå kun UiB som arrangerer kvalifiseringsprogram.

Den skriftlige opptaksprøven ble arrangert én gang i året og besto av spørsmål fra sentrale emner innen odontologi. De fleste oppgavene var fra klinisk odontologi og tilsvarte oppgaver man forventet å kunne besvare som ferdig utdannet tannlege.

Test av prepareringskunnskap og -ferdighet bestod av fire prepareringsoppgaver som varierte litt fra år til år. En av oppgavene var å preparere for en enkel fylling, en annen å preparere til en helkrone. En minimal preparering ble alltid inkludert, og ved noen opptak ble kandidatene også bedt om å rotfylle en tann. Dette kunne avdekke store forskjeller i prepareringsutforminger (figur 1). Intervjuet ga en utdypning av kandidatens utdanning, erfaring og besvarelser, og eventuelle uklarheter ble avklart.

Etter opptaksprøven ble kandidatene rangert i fem grupper:

1. Kandidater som fremla kunnskaper tilsvarende norske tannleger til avsluttende eksamen.

2. Kandidater som kunne klare seg med et intensivt kurs i radiologi og/eller et kortere kurs i «norske» standarder på prepareringsteknikker etterfulgt

av en periode i Den offentlige tannhelsetjenesten.

3. Kandidater som tilfredsstillte basiskunnskaper i fag og språkferdigheter til å kunne gjennomføre et kvalifiseringskurs ved UiB.

4. Kandidater som ikke behersket tilfredsstillende norsk språk og odontologisk terminologi, men gir inntrykk av å ha tilfredsstillende bakgrunnskunnskaper.

5. Kandidater som ikke har tilfredsstillende bakgrunnskunnskaper til noen av de overnevnte programmer.

I de årene som ordningen bestod, ble det hvert år gjort en vurdering av 15–30 kandidater. Opptakene resulterte i at det i 2004 var opptak av 8 kandidater til Det odontologiske fakultet i Oslo og 8 kandidater til fakultetet i Bergen. Det har også vært forsøkt å ta opp kan-

didater til grunnutdanningen i odontologi dersom det er plass ved de odontologiske lærestedene. Kandidatene i gruppe 4 blir anbefalt norsk arbeidstrening. Kandidater i gruppe 5 fikk tre forsøk til opptaksprøven før endelig avslag. I de siste årene har det bare vært opptak av kandidater i Bergen og i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Vurdering og diskusjon

Det viser seg at det er samsvar mellom resultatene fra opptaksprøven og gjennomføringsgraden og behov for ekstratid (tabell 1). Erfaringene fra 2004 til 2013 viste at det var svært stor variasjon i hvordan de enkelte kandidatene klarte opptaksprøven og dermed hadde mulighet for å kunne følge kursene som fører frem til autorisasjon. Opprinnelig lærested kunne spille større rolle

Tabell 1. Antall og andel i % som gjennomførte kvalifiseringsprogrammet på normert tid og gjennomsnittlig ekstratid sammenlignet med resultatet på opptaksprøven

Resultat på opptaksprøven	Antall ferdig på normert tid (%)	Gjennomsnittlig ekstratid
God	9 av 16 (56 %)	1,3 måned
Middels	5 av 22 (23 %)	3,4 måned
Svak	0 av 6 (0 %)	5,3 måned

enn nasjonalitet. Det var også en tydelig trend at nyere utdanning var mer lik norsk utdanning enn eldre utdanning. Forkravene til norsk viste seg å være et minimum for at kandidatene kunne gjennomføre opptaksprøven på en god måte. Svake norskkunnskaper medførte vansker i den daglige undervisningen på norsk og i kommunikasjon med pasienter.

Opptaksprøvene har vært gjennomført etter samme mønster i 10 år, med mindre endringer. En tredelt opptaksprøve har vist seg å gi god innsikt i kandidatenes kunnskaper og ferdigheter. Den skriftlige prøven ble ett år testet ut på nytilsatte tannleger ved UiB som besvarte lett alle spørsmål i prøven, noe som viser at nivået på prøven ikke er urimelig krevende.

Kandidatenes bakgrunn var svært variert, fra gruppen som gjorde perfekte prepareringer, men hadde lite teoretisk kunnskap, til gruppen som bare hadde teoretisk kunnskap. Den siste gruppen hadde ofte bare sett på demonstrasjoner av ulike behandlingsformer under sin grunnutdanning og hadde aldri selv behandlet en pasient. Dette gjenspeiler gjerne utdanningslandets økonomi, nasjonale helselover og kulturtradisjoner. Nesten alle kandidatene hadde svært liten erfaring med røntgen og

tolkning av røntgenbilder. I mange land er det vanlig at røntgenundersøkelser kun utføres på spesialklinikker. De fleste kandidatene hadde liten eller ingen erfaring med barnepasienter. Kulturforskjeller i hvordan barn skal håndteres kom også tydelig frem, særlig i den kliniske delen av kurset.

Et opptak på 8 kandidater per år til kvalifiseringsprogrammet ved UiB har vist seg å være tilpasset mengden av kvalifiserte søkere. Kun et fåtall har blitt vurdert kvalifisert til å gå direkte ut i veiledet praksisperiode i Den offentlige tannhelsetjenesten. Alle kandidatene som ble tatt opp på et program, måtte gjennomgå nasjonale fag som en integrert del av undervisningen. Halvparten av dem som ble testet, ble ikke funnet kvalifisert til noen av programmene, til dels med meget svake kunnskaper.

Opptaksprøven til i kvalifiseringsprogrammet synes å være en god måte å forutsi og teste den enkeltes kunnskaper. Det er svært viktig at opptaksprøven er både teoretisk og praktisk, da det ikke alltid er samsvar mellom teoretiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter. Gjennomføringsevnen har vist seg å være tydelig relatert til språkkunnskaper.

Takk

Takk til Unni Lange Buanes som har bistått ved opptaksprøvene.

Referanser

1. Birkeland JM, Molven O, Fristad I, Berge M, Hoff I, Walter K, Isaksen TS. Autorisasjon av tannleger med utdanning fra land utenfor EØS: erfaringer fra lisensprogrammet i Bergen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2003; 113: 210–7. <http://www.tannlegetidende.no/i/2003/5/dnt-57441>
2. Birkeland JM. Lisensprogrammet ved Det odontologiske fakultetet i Bergen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2003; 113: 840–1. <http://www.tannlegetidende.no/i/2003/16/dnt-78892>
3. Birkeland JM, Molven O, Fristad I, Berge M, Hoff I, Tuft P, Bøe OE. Kompetanse til tannleger fra land utenfor EØS før og etter lisensprogrammet i Bergen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2003; 113: 848–51. <http://www.tannlegetidende.no/i/2003/16/dnt-79607>
4. Birkeland JM, Molven O, Haugejorden O, Bøe OE. Prediksjon av gjennomføring av lisensprogrammet for tannleger fra land utenfor EØS på normert tid. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2003; 113: 342–6. <http://www.tannlegetidende.no/i/2003/16/dnt-78968>

Adresse: Hildur Søhoel, Helsedirektoratet, Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo. E-post: hildur.cecilie.sohoel@helsedir.no



NOOR[®]
SMYKKER SOM SKAPER MAGI*

SEND OSS DITT DENTALSKRAP
og kjøp smykker til spesialpriser !

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

Besøk

www.noorsmykker.no
for å se flere smykker



NORSK EDELMETALL a/s

Tlf: 64 91 44 00 Faks: 64 91 44 01

E-post: info@norskedelmetall.no

Boks 184, 1401 SKI

Henning Lygre:

Kalsiumantagonister og periodontal sykdom

På verdensbasis har en av tre personer høyt blodtrykk. Kalsiumantagonister, også kjent som kalsiumkanalblokkere eller kalsiumkanalhemmere, er vist å senke blodtrykket effektivt og er et alternativ ved oppstart og vedlikehold av hypertensjonsbehandling (1). Disse legemidlene kan også forskrives ved arytmier, migrene og spesielle demensformer. Forbruket av kalsiumantagonister stiger med alderen. I Norge forskrives kalsiumantagonister til 1/5 av befolkningen i aldersgruppen 70–79 år og til 1/4 av befolkningen i aldersgruppen 80–89 år (2). Ofte er det behov for mer enn ett legemiddel for å oppnå blodtrykksmålet (1).

Kalsiumantagonister virker ved at de binder til kalsiumkanaler og derved hindrer at kalsiumioner beveger seg inn i hjertemuskelceller og glatte muskelceller i perifere kar.

I likhet med legemidlene hydantoinderivater (mot epilepsi) og kalsinevrinhemmere (immunsuppressiva) trigges cellulære vevsspesifikke mekanismer i gingiva som endrer kalsiummetabolismen og resulterer i økt vevsdannelse, dominert av fibrose og inflammasjon (3). Gingival overvekst er derfor en meget vanlig forekommende oral bivirkning ved bruk av kalsiumantagonister (4).

En ny artikkel (4) har undersøkt om bruk av kalsiumantagonister vil være av betydning for omfanget av, kostnaden ved og utfallet av periodontalbehandling. I pasientmaterialet (n=103, snittalder 66 år) fra en spesialistpraksis i periodonti der pasientene ble fulgt opp over gjennomsnittlig 11 år (1–27 år). Det ble påvist gingival overvekst hos 86,4% av de som brukte kalsiu-

mantagonister. Mer enn 75% av pasientene trengte behandling for dette. De fleste pasientene fikk kirurgisk behandling for å fjerne eller redusere den gingivale overveksten. Knappt halvparten av pasientene hadde også behov for ekstra oppfølgende periodontalbehandling på grunn av den gingival overveksten. Dette resulterte i ekstra kostnader beregnet til vel kr 1600 per år (4). Det gjennomsnittlige tanntapet i dette pasientmaterialet, regnet per pasient per år (0,11) var tre ganger større enn det som ble registrert hos pasienter i samme praksis uten bruk av kalsiumantagonister (5). Kostnaden for det økte tanntapet ble ikke beregnet (4).

En nylig publisert kasuistikk med seponering av kalsiumantagonist, samt periodontal behandling med hygieneinstruksjon og depurasjon hos en 88 år gammel dement pasient viste meget godt resultat fem måneder etter behandlingen (6). Forfatterne understreker at det vil være vanskelig hos denne typen pasienter å oppnå forbedring av gingival overvekst kun basert på plakk-kontroll (6).

Det er ingen tvil om at det er effektiv terapi ved gingival overvekst å seponere kalsiumantagonister (4, 6), men mange forhold kan være til hinder for det (4). Både pasienten og legen kan være lite villig til å erstatte kalsiumantagonister med et annet hypertensiv (4). Da det i de senere årene også har blitt vanligere å kombinere ulike substanser i én tablett kan dette også vanskeliggjøre endringer i legemiddelinntak som vil kunne redusere pasientens etterlevelse av medikamentbruk (1).

Tannhelsepersonell må være oppmerksom på at legemiddelindusert gingival overvekst basert på kalsiumanta-

gonistbruk forekommer hyppig (4), og med orale konsekvenser (4, 6) og at man bruker oppdatert kunnskap for å minimalisere effekten av denne bivirkningen.

Referanser

1. Landmark K, Reikvam Å. Kalsiumantagonister ved høyt blodtrykk. Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129: 2488–9.
2. Lygre H. Legemiddelindusert gingival overvekst – forekomst, patologi og klinikk. Nor Tannlegeforen Tid. 2014; 124: 370–5.
3. Trackman PC, Kantarci A. Molecular and clinical aspects of drug-induced gingival overgrowth. J Dent Res. 2015; 94: 540–6.
4. Fardal Ø, Lygre H. Management of periodontal diseases in patients using calcium channel blockers – gingival overgrowth, prescribed medications, treatment responses and added treatment costs. J Clin Periodontol. 2015; 42:640–646 <http://www.scivce.tv/node/63820>
5. Fardal Ø, Johannesen A, Linden GJ. Tooth loss during maintenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. J Clin Periodontol 2004; 31: 550–555.
6. Kato T, Takiuchi H, Yamaguchi M, Naito T. Ca-channel blocker-induced gingival overgrowth that improved with non-surgical therapy during visiting care: a case report. Gerodontology. 2015 Jul 23. doi: 10.1111/ger.12203.

Artikkelen er presentert av Øystein Fardal i SciVee: <http://www.scivce.tv/node/63820>

Adresse: Henning Lygre, Farmakologi – farmasi, Klinisk institutt 2, Det medisinske odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. E-post: henning.lygre@uib.no

Tannteknisk laboratorium med spesialkompetanse i alle "ledd"



FAST
PROTETIKK



AVTAGBAR
PROTETIKK



IMPLANTAT-
RETINERT
PROTETIKK



KURS &
KOMPETANSE



CAD/CAM

«Vi har utvidet vårt digitale tilbud med det nyeste fra Zirkonzahn. Og vi kan motta digitale filer fra alle intraorale skannere i markedet. Vår produktportefølje, innen fast- og implantatretinert protetik, strekker seg nå fra egenfrest tannteknikk til nettverksprodusert tannteknikk fra alle de anerkjente industrielle fresesentrene i Europa.»



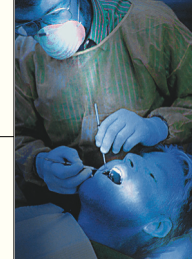
“ Tanntekniker Toril Mørch Knutzen



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.



Quorum sensing interference controls bacterial virulence

Bakterier kommuniserer med hverandre ved å skille ut og fange opp ulike signalmolekyler. Bakterier utnytter disse signalmolekylene til å kontrollere aktivering av gener som er viktige i en koloniseringsprosess. Mange av disse genene koder for egenskaper som vi oppfatter som virulensfaktorer, egenskaper hos bakteriene som er involvert i sykdomsfremkallende prosesser. Et godt eksempel på en virulensfaktor som ofte er aktivert av kommunikasjon, er biofilmdannelse.

Bakterier i en biofilm er mye mer tolerante mot antibiotika, desinfeksjonsmidler og immunforsvaret. Dette gjør behandling av infeksjoner som er forårsaket av bakterier som danner biofilm svært utfordrende, og det kan medføre alvorlige konsekvenser for pasienten.

Siden bakteriekommunikasjon ofte er assosiert med virulens, er blokkering av kommunikasjonen ansett som en ny strategi i bekjempelsen av patogene og farlige bakterier. Ideen bak Witsøs prosjekt er at dersom man blokkerer denne kommunikasjonen, med andre ord gjør bakteriene blinde og døve, vil mange av de egenskapene som normalt er aktivert av kommunikasjon, ikke bli aktivert. Dermed vil også bakteriene ha redusert evne til å gjøre skade.

I naturen har det blitt oppdaget flere kjemiske forbindelser med evnen til å forstyrre bakteriekommunikasjon. Et eksempel på slike forbindelser er furanon. Furanon er et kjemisk stoff som syntetiseres av en alge som lever ved



FOTO: PRIVAT

Personalia

Ingun Lund Witsø har mastergrad i molekylær biologi fra Københavns Universitet. Hun disputerte 2. september 2015 med avhandlingen «Quorum sensing interference controls bacterial virulence». Prosjektet ble utført ved Institutt for Oral Biologi, Det Odontologiske Fakultet, Universitetet i Oslo, under veiledning av professor Anne Aamdal Scheie og Jessica Lönn-Stensrud.

kysten av Australia. Med furanon som utgangspunkt har forskere ved Institutt for Oral Biologi sammen med samarbeidspartnere ved Kjemisk Institutt, Universitetet i Oslo syntetisert nye varianter av furanon, og en svovelanalog, tiofenon.

Ved å bruke *Escherichia coli* som en modellorganisme har Witsø funnet at både furanon F202 og tiofenon TF101 hemmer bakterienes evne til å danne biofilm, med tiofenon som den mest effektive kjemiske forbindelsen. Videre har Witsø vist at motiliet og adhesjon, egenskaper som er medvirkende i biofilmdannelse, også er svekket av tiofenon. I tillegg har Witsø studert hva mekanismene til tiofenon kan være. Ved å bruke transkripsjonsanalyser og reseptorbindingsanalyser har hun funnet ut at en mulig virkningsmekanisme for tiofenon er å forstyrre effekten til signalmolekylet autoinduer-2 (AI-2). AI-2 er et signalmolekyl som mange

ulike bakterier kommuniserer med, inkludert *E. coli*, og har blitt vist å regulere flere viktige virulensfaktorer. Ved å hindre at bakterien responderer på AI-2, vil også de egenskapene som normalt er aktivert av AI-2 bli deaktivert. Witsø viser for første gang at tiofenon nedregulerer uttrykk av gener som er direkte aktivert av AI-2. Resultatene fra dette studiet viser også at det kan tenkes at tiofenon binder seg til samme reseptor som AI-2 og fungerer som en antagonist.

Verden i dag møter en økende utfordring med antibiotikaresistente bakterier og tidligere «uskyldige» infeksjoner kan ikke lenger behandles. Behovet for å utvikle alternative metoder for å bekjempe farlige bakterier er derfor stort. Forskning på kjemiske forbindelser som hemmer kommunikasjon og hindrer utvikling av virulensfaktorer hos bakterien er et viktig bidrag i kampen mot patogene bakterier.

SUNSTAR



SOFT-PICKS®
Advanced

NYHET!

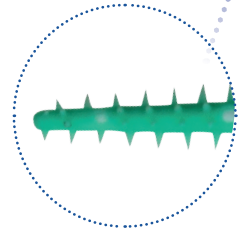
AVANSERT rengjøring mellom **ALLE** tennene!

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**.



**KOM OG PRØV DEN
PÅ VÅR STAND B03:22
PÅ NORDENTAL**

Våre samarbeidspartnere:

Vare nr:
650M30

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



NTF INVITERER TIL

MESSETRUFF

30. OKTOBER

NORGES VAREMESSE, LILLESTRØM

Musikk: "Hæla i taket"

*- odontologistudenter av
god, gammel årgang*

NYTT AV ÅRET!
SOSIALT TREFF FREDAG
UNDER LANDSMØTET!

FOR MER INFO SE
LANDSMØTEKATALOGEN ELLER
WWW.TANNLEGEFORENINGEN.NO



MEDARRANGØRER
DENTAL SØR & DENTAL DIRECT



Ha en fin samarbeidsdag!

Med Mobilt Sentralbord får kundene dine alltid svar!

Mobilt Sentralbord er en web-basert tjeneste som dere har tilgang til selv om dere ikke er på kontoret. Det eneste man trenger er en PC og internettilgang. Ved behov er det også mulig å betjene sentralbordet ved å logge seg på telefonisk fra mobiltelefonen. Med Mobilt Sentralbord kan dere også få Kjø og Svargupper samt Tidsstyrt Vekomstmeny.

Den Norske Tannlegeforening og Telenor Norge AS har inngått en Bransjeavtale som gir Den Norske Tannlegeforening og deres medlemsbedrifter og deres ansatte, gode rabatter og betingelser med bedriftsabonnement hos Telenor.

For mer informasjon eller bestilling ring **09000** eller ta kontakt med Maria Vestli på telefon 917 16 821 eller e-post: maria.vestli@telenor.com.



De fleste tannlegene har flyktet

Den syriske tannlegen Mazen Almaanee kom til Norge som flyktning i 2013. Nå studerer han tannteknikk ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) i påvente av studieplass ved universitetet.

Almaanee er født og oppvokst i Damaskus, hvor han studerte til tannlege fra 1994 til 1999. Etterpå fulgte to års spesialisering innen protetikk. Universitetet han gikk på står fremdeles, men de fleste profesorene har flyktet. I 37 år levde han og familien i denne byen før krigen gjorde forholdene uutholdelige. I 12 av disse årene jobbet han som tannlege.

– Halvparten av Damaskus er i dag helt ødelagt, forteller Almaanee.

– Vi var flere tannleger som ikke ville forlate byen, og som forsøkte å hjelpe pasientene så godt vi kunne. Hver dag gikk jeg til og fra tannhelsestasjonen hvor jeg jobbet, det tok meg til sammen fem timer. Det største problemet var at vi ikke hadde elektrisitet. Det var håpløst å gi god tannbehandling, men vi hadde fremdeles medisiner, og hjalp til på sykehusene som legeassistenter. Når rakettene slår ned blir kanskje 10 mennesker drept, mens antallet skadede er mye høyere. Mange kom hjem til oss for å få hjelp. Dessverre bomber begge sider i konflikten sykehusene. Situasjonen ble stadig verre, så etter to år flyktet vi til Libanon. I den delen av Damaskus hvor vi bodde er det bare ruiner igjen.

Almaanee tok seg fra Libanon til Tyrkia og videre opp gjennom Europa til Norge. Hit kom han i juli 2013 og søkte om familiegjenforening. I desember samme år kom kona og de tre barna etter, og familien har slått seg ned i Kongsberg. Etter to år i Norge, behersker Almaanee det norske språket godt.

– Det er viktig å kunne språket for å forstå alt pasientene sier. Feil diag-

nose gir feil behandling. Allerede den andre dagen på asylmottaket, begynte jeg å lære meg norsk på YouTube. Jeg var også heldig å få hjelp av en pensjonert lærer som ofte kom til mottaket for å undervise meg, sier Almaanee.

Mangler Kjemi 2

Det var ikke tilfeldig at han valgte Norge. Først og fremst var det fordi Norge er et fredelig land. Men familien likte også engasjementet Norge har vist i Midtøsten.

– Min far og bestefar kommer fra Palestina, og vi er glade for Oslo-avtalen. Vi visste også at Norge ligger langt fremme med når det gjelder odontologi. Det passet oss perfekt; også kona mi studerte til tannlege i Syria, sier Almaanee.

Han håper å kunne jobbe og utvikle seg som tannlege i Norge. Almaanee sendte papirene sine til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK). De vurderte søknaden med utgangspunkt i grunnutdanningen hans, men tok ikke hensyn til hverken spesialiseringen eller mastergraden i folketannhelse fra University College i London, der han studerte fra 2007 til 2008.

– SAK anbefalte meg å søke på tannlegeutdanningen gjennom samordnet opptak. Jeg fikk avslag i Oslo, Bergen og Tromsø fordi jeg mangler Kjemi 2, dette til tross for at jeg har studert kjemi både på videregående skole i Syria og 100 timer under spesialiseringen. Nå studerer jeg tannteknikk ved HiOA, og tar Kjemi 1 og 2 ved en privatskole i Drammen. Til neste år skal jeg søke tannlegeutdanningen på nytt. Universitetet avgjør om jeg må ta hele studiet om igjen eller ikke, sier Almaanee.

Han mener at den største forskjellen på utdanningen i Norge og Syria, er mengden av teknisk utstyr og vektleggingen av etikk i den norske fagplanen.

– I Syria bruker vi lærebøker fra USA, så teknikkene og kunnskapen er



Tannlegen fra Syria, Mazen Almaanee, håper å kunne jobbe og utvikle seg som tannlege i Norge.

den samme. Men det tekniske utstyret og materialene i Norge er av bedre kvalitet. Jeg har sett operasjoner og ekstraksjoner hos tannleger i Norge. De norske pasientene er heldige. I Norge er etikk et hovedfag, og det legges vekt på kommunikasjon med pasientene. Da jeg studerte i London ble det lagt stor vekt på statistikk og tall. Her i Norge jobber dere med pasientenes rettigheter, taushetsplikt og slike ting. Dette vil jeg gjerne overføre til mitt hjemland, sier Almaanee.

Han forteller at den generelle tannhelsen i Syria er dårlig.

– I Syria bruker vi mye sukker i maten, mye søte kaker og desserter. Det sies at tannhelsen bedre seg under krig fordi det er mindre sukker i kosten, men jeg frykter at den vil bli verre i Syria, spesielt blant barn. De fleste tannlegene har flyktet, og de som er igjen har nesten ingenting å tilby av behandling, sier han.



Vil undervise i Damaskus

Til sammen er 10 av Almaanees familiemedlemmer drept, fem av regjerings-soldater og fem av opprørere.

– Det sivile samfunnet har brutt sammen. Man har valget mellom å ta opp våpen og kjempe for en av sidene. Svogeren min ble drept av regjerings-soldater fordi han hjalp folk med mat og medisiner. Det er farlig å hjelpe andre. En annen slektning ble drept på vei hjem med sin 10 år gamle sønn i bilen. Han jobbet som frisør, og var et tilfeldig offer. Faren min er 71 år gammel. Han har hele tiden sagt at han ikke vil forlate Syria, men nå er han i Tyrkia. De hadde ikke lenger elektrisitet og heller ikke rent vann, sier han.

– Har du håp om en dag å vende tilbake til Syria?

– Ja, jeg håper å komme tilbake til Syria med mer kunnskap. Målet mitt er å undervise på universitetet. Det er veldig viktig for meg. Jeg ønsker også å gjøre noe for tannhelsen til de seks millioner syriske flyktingene som befinner seg i Jordan, Libanon og Tyrkia. Hvis Norge gir støtte til en mobil tannklinik, kunne frivillige tannleger reise ned og hjelpe. Det vil jeg være med på, sier Almaanee.

Inntil videre trives familien veldig godt i Kongsberg. To av barna går på skole mens minstemann er i barnehage.

– Folk er veldig hjelpsomme, og vi er blitt kjent med mange. I ett år var jeg ved Vestsiden Tannlegekontor i språk-

praksis. De har hjulpet meg masse. I fjor ble jeg invitert på julebord. Først snakket alle seriøst, men så ble det livlig etter hvert. Det var en veldig hyggelig kveld, ler Almaanee.

Han ligger langt fremme

Tannlege Petter Ebbell Hestnes ved Vestsiden Tannklinik i Kongsberg var veileder for Mazen Almaanee det året han hadde språkpraksis. Han er ikke i tvil om at Almaanee vil bli en utmerket tannlege etter norske standarder.

– Jeg kan i utgangspunktet uttale meg om de teoretiske kunnskapene hans. På dette området ligger han veldig langt fremme, både med hensyn til materiallære og behandlingstilvalg. For meg ble han etter hvert også en sparringpartner, takket være sin brede bakgrunn som tannlege, sier Hestnes.

Han mener det vil være helt borkastet hvis Almaanee nå må ta hele tannlegestudiet om igjen.

– Løsningen må være at han enten går det kvalifikasjonskurset som finnes, eller å søke seg inn på femte og sjette semester. Det forundrer meg ikke hvis Almaanee går videre og spesialiserer seg. Han er vitebegjærlig og interessert, og jeg har foret han med Tidende og faglitteratur på norsk siden han begynte her. Jeg håper inderlig at veien frem ikke blir alt for kronglete, sier Hestnes.

Få søknader fra Syria

Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) opplyser at de så langt har mottatt svært få søknader fra syrisk helsepersonell.

– Hva vet SAK om tannlegeutdanningen i Syria?

– Svært lite. Vi har mottatt få søknader derfra, og har derfor ikke opparbeidet oss tilstrekkelig med erfaring og kunnskap på dette området. Skulle vi motta søknad fra en tannlege utdannet i Syria, vil vi sørge for at tilstrekkelig dokumentasjon er på plass, for eksempel fagplan, og at disse dokumentene blir verifisert før vi oversender søknadsdokumentasjonen til Universitetet i Oslo (UiO) for innhenting av faglig råd, sier avdelingsdirektør i SAK, Cathrine Lien Jensen.

UiO sammenlikner dokumentasjonen med fagplanen og læringsmålene for den norske modellen, og tar høyde for hvordan de forskjellige yrkene er rettet mot arbeid i et annet land og kultur. Nesten uten unntak, påpeker UiO mangler i utdannelsen. SAK vurderer om dette kan rettes opp ved praksis, eller om avvikene er så store at de må gi avslag med beskjed om å ta opp enkeltemner. For tannleger er dette enklere enn for andre yrkesgrupper, da UiO har åpnet opp for å ta enkeltemner innen odontologi.

– Før en autorisasjon kan innvilges, må søkers utdanning vurderes som jevn god opp mot dagens norske, eller



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktsskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

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

så må tannlegen på annet vis godgjøre å ha den nødvendige kyndighet, jfr. Helsepersonelloven § 48 a. 1. ledd bokstav c) og d), sier Jensen.

Prisgitt ildsjeler

Da Norge per i dag ikke har egne tilbud med komplementerende utdanning på plass for helsepersonell med utdanning utenfor Norge, må disse, om det blir påvist store mangler i utdanningen, søke opptak til norsk utdanningsinstitusjon og deretter eventuelt søke om fritak for

enkelte fag. Likevel finnes det noen studieretninger som kan tilby opptak til enkelt emner, men dette varierer mellom de ulike utdanningsinstitusjonene

– I en slik situasjon er den som søker prisgitt ildsjeler rundt om på studiekontorene som eventuelt kan gi fritak eller tilby enkeltemner, sier Jensen.

En ny godkjenningsordning av helsepersonell fra utenfor EØS vil sannsynligvis tre i kraft fra neste år. I forslaget ligger det også hva man skal gjøre med helsepersonell som kommer

til Norge som flykninger uten tilstrekkelig dokumentasjon, samt forslag til komplementerende utdanning. I forslaget ligger det ikke inne at det skal lages ordninger for flykninger uten tilstrekkelig dokumentasjon, men det arbeides med ordninger for dette, ved siden av innføringen av den nye godkjenningsordningen.

Tekst og foto: Tone Elise Eng Galåen

saga regnskap

TOVE BERGLIND TLF. 32 17 91 70

saga BHT

MARIT HOLLERUD TLF. 32 10 97 39

saga consult

SVEND HOLUM TLF. 48 17 40 04

MØT OSS PÅ NOR DENTAL

DU FINNER OSS PÅ
STAND B04-16

2015

FÅ EN PRAT OM:

SALG AV PRAKSIS • AVTALER • HMS-OPPFØLGING • PERSONAL • SELSKAPSFORM
REGNSKAP • LØNNSOMHET • BEDRIFTSELSETJENESTE • DRIFT • SKATT

Møt oss på
NORDENTAL
29.–31. oktober



INGENTING ER **UERSTATTELIG**

God tannteknikk er som den fineste musikk. Det kreves profesjonalitet og presisjon på høyeste nivå. Dentalforum leverer egenprodusert og importert tannteknikk av topp kvalitet til avtalt tid og avtalt pris. Prøv oss gjerne på dine mest krevende utfordringer!

OSLO: Telefon: +47 22 19 93 96 | e-post: postoslo@dentalforum.no
KRISTIANSAND: Telefon: +47 40 00 10 56 | e-post: post@dentalforumkrs.no

DENTAL FORUM
TANNTÉKNISK LABORATORIUM | WWW.DENTALFORUM.NO

Debatt på Praksiseierforeningen/SPAs årsmøte i Oslo 11. september:

For mange tannleger

Praksiseierforeningen/SPA hadde invitert en trendforsker til å innlede om hva som kan ventes av forbrukeratferd i nærmeste fremtid. Deretter fulgte debatten som konkluderte med at det fort kan være for mange tannleger i Norge, hvis det ikke er slik allerede.

Arsmøtet startet med at foreningens leder, Kari Odland, ønsket 58 årsmøtedeltakere fra et univers på 187 medlemspraksiser, velkommen til årsmøtet over to dager.

I velkomsttalen slo Odland fast at oljeprisene er halvert i løpet av relativt kort tid, og hun spurte om hvilke konsekvenser dette kan ha for tannlegene. Er vi konjunkturavhengige, spurte Odland, og nevnte at fredagens foredragsholdere ville være advokat Tone Galaasen fra Den norske Tannlegeforening og trendforsker Ole Petter Nyhaug fra Opinion.

Odland fortsatte med å uttrykke manglende forståelse for at tre av de fem odontologiske kompetansesentrene som er etablert, og som skulle bidra til spredning av odontologiske spesialister i landet, er etablert nær eller i samløkalisering med landets tre odontologiske læresteder.

– Hvordan kan det forsvares å bruke skattepenger på dette, undret Odland?

Deretter uttrykte Odland at hun så på kommunereformen og stortingsvedtak om flytting av tannhelsetjenesten til kommunene som positivt for tannlegene, som kunne se frem mot en oppløsning av monoopolet til Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Hun uttrykte videre at hun ikke kunne forstå hvorfor Camilla Hansen Steinum i NTF på kronikkplass i avisen Aftenposten hadde advart mot flytting av DOT til kommunene i forkant av stortingsbehandlingen av dette spørsmålet, med den begrunnelse at det fungerer så bra som det er.



Ole Petter Nyhaug fra Opinion snakket om trender og forbrukeratferd, og ville si noe om hva folk kommer til å forvente av tannlegene i tiden fremover.

– For hvem fungerer det, spurte Odland? Ikke for pasientene, sa hun. Så hvem er det NTF representerer? Er det fylkestannlegene? Som er redde for stillingene sine? NTF burde ha en utredningsavdeling som utreder konsekvenser av ulike tiltak, slik at foreningen kan begrunne standpunktene sine med godt funderte fakta, og ikke lar seg presse av grupper med særinteresser, sa Odland.

Brutalisering av tannlegeverden

NTFs advokat Tone Galaasen hadde, som hun var blitt bedt om, tatt med seg noen av de samme problemstillingene som ble presentert på NTFs Næringspolitisk forum 5. september i fjor, og som er beskrevet i Tidende nr. 9, 2014.

Det viktigste poenget å ta med seg er at, selv om en skulle være gode venner i utgangspunktet, er det helt nødvendig å ha gode skriftlige avtaler partene imellom når en inngår et næringsssamarbeid.

I løpet av presentasjonen kom det spørsmål og innvendinger som igjen etterlyste mer utredningsvirksomhet fra

NTFs side, blant annet når det gjelder kostnadsutviklingen for dem som driver tannlegepraksis.

Fremtidens forbruker

Ole Petter Nyhaug fra Opinion ville fortelle praksiseiertannlegene om hva folk kommer til å forvente seg av dem i tiden som kommer, og noe om hvordan de kan bygge bedre relasjoner. Han understreket at fornyelse kreves i alle bransjer.

Nyhaug presenterte disse makrotrendene: 1) Folk er bedre utdannet enn før, stiller høyere krav og har høyere forventninger. 2) Individualisering. Folk vil ha noe som er tilpasset seg, bare seg. 3) Selvrealisering. 4) Tidsklemme, folk vil rekke mer. Gjøre alt. 5) Digitalisering og effektivisering. Sparer vi tid på det? Det spørs. 6) Globalisering.

Dessuten: Alle vil ha lav pris, god kvalitet og god service. Alle tre på en gang.

Nyhaug presenterte syv forbrukertyper som vokser frem, gjerne i kombinasjon:

1. Den risikoreduserende forbruker. Går for trygghet, sikkerhet, helse, sunnhet, trening og forebygging. Det handler om å handle slik at en ikke blir syk eller sosialt ikke-attractiv. Den risikoreduserende forbruker er redd for å dø.

2. Den autentiske forbruker. Går for mening og historier, tradisjoner, ærlighet, ekthet, samvittighet og ansvarlighet. Resirkulerte materialer. Et råd til tannlegene: Fortell pasientene hva dere driver med av miljøvennlige ting.

3. Den sanselige forbruker. Går for tekstur, smak, duft, lyd, farge, design, velvære, stimulans.

4. Den sømløse forbruker. Går for flyt, integrasjon, forenkling, raskhet, skreddersøm, service. Jo mer vi har å velge i jo færre valg tar vi. 10 prosent av daglivareproduktene representerer 90 prosent av salget. Folk vil ha Adams matkasse.

5. Den optimaliserende forbruker. Går for prestasjon, profesjonalitet, ytelse, målekultur, det beste, effektivisering. Eksempler: Har personlig trener, sammenligner priser og føler seg smart, handler maten sin både i billigbutikk og spesialbutikk – velger det ene den ene dagen og det andre den neste.

6. Den mektige forbruker. Stikkord: Kundemakt, åpenhet, sosiale medier, beredt, transparens, dialog. Tannlegen har ikke monopol på å være ekspert



Leder i Praksiseierforeningen/SPA, Kari Odland, lyttet til spørsmålene fra salen.

lenger. Pasienten vet mye selv. Det er kommet en ny form for dialog.

7. Realtime-forbrukeren. Her og nå, i kontekst, direkte. Eksempel: Ikea annonserer digitalt bare der det regner, for å tiltrekke seg kunder fra akkurat disse stedene.

For mange tannleger

Så startet debatten der Ole Petter Nyhaug deltok i panelet, sammen med tannlegene Carl Christian Blich fra Oslo, Trond Helgesen fra Bergen og Johnny Øverby fra Tromsø og Toralf Slokvik fra markedsføringsbyrået Oculos. Innledningsspørsmålet var om pasientatferden er i endring.

Blich innledet med å fortelle at det i gjennomsnitt er 950 pasienter per tannlege i Oslo. I Sør-Trøndelag, som har flest pasienter per tannlege i Norge, har 50 prosent flere. Selv har Blich 3 500 pasienter.

Han har bygget ned virksomheten som i dag teller en tannlege i 100 prosent, en i 80 prosent og to tannpleiere.

Blich sier at det merkes at andelen friske 'pasienter' øker. Det er ikke snakk om konjunkturer. Det er færre og færre pasienter som trenger tannlegekompetanse.

– De gamle dør, de unge er relasjonsløse, og de har tannlegekontakt først og fremst i forbindelse med bleking og kjeveortopedi. Fremtiden er ikke som fortiden, og NTF må begynne å jobbe med de neste 30 årene, sa NTFs tidligere president.

Trond Helgesen sa at han deler disse tankene:

– Jeg opplever endringer i pasientenes adferd slik: Pasientene er mer bevisste som forbrukere og stiller krav på en annen måte. De definerer egne behov og også når og hvor de trenger tannbehandling. Blant recall-pasientene er det følgelig mye dropout. Jeg mister relasjonen og den gode dialogen forsvinner. Jeg blir mer en leverandør i et kundeforhold. Mens det før var tillit er det nå blitt salg, sa Helgesen.

Johnny Øverby fortalte at han setter opp neste time med én gang med sine pasienter, for å bevare relasjonen og kontinuiteten.

Ole Petter Nyhaug har bodd i USA og fortalte om klinikker med syv stoler og



Panelet som diskuterte om pasientatferden er i endring, fra venstre: Ole Petter Nyhaug fra Opinion, tannlege Johnny Øverby, tannlege Carl Christian Blich, tannlege Trond Helgesen og Toralf Slokvik fra Oculos.

en rekke tannpleiere, og én tannlege som dukket opp et par-tre ganger i løpet av en behandling. Kan man ikke få det sånn i Norge, lurte han?

Blich svarte på dette med å si at i Norge er det annerledes. Det er for mange tannleger i Norge, til at denne modellen er aktuell. Han sa videre at de yngre pasientene fint vil tåle overgangen, fra tannlege til tannpleier. Fordi de er friske.

– Og samtidig fortsetter vi å utdanne tannleger her i landet, som om ingenting var skjedd, sa Blich undrende.

Trond Helgesen sa at pasientene vil ikke komme til tannlegen. Det er vondt og det er dyrt. Det er en stor oppgave å selge dette produktet. Og det krever sjarm.

Johnny Øverby la til at tillit er et viktig stikkord.

En fra salen fortalte at han pleide ta med de nye pasientene til et hyggeligere sted enn tannlegestolen og intervju dem. Med relasjonsbygging som formål.

Carl Christian Blich fortalte om en undersøkelse foretatt i USA. Den viser at tannhelsetjenestene økte på 80- og 90-tallet og at det har flatet ut siden 2000. Etter 2008 har det ikke vært noen økning i kjøp av tannhelsetjenester. Bakgrunnen for dette er bedret tannhelse i befolkningen. Blich tror ikke etterspørselen etter tannbehandling vil øke i Norge, med samme begrunnelse – tannhelsen er bedre.

Så spurte han Nygård om han hadde noen tips til hvordan man som tannlege kunne tiltrekke seg nye pasienter? De som er 30 år og yngre. Hvordan får vi mange av dem, med strek under mange. For det trengs mange, ettersom de er friske og trenger lite behandling, og fordi de ikke er trofaste – de slutter gjerne, like fort som de er begynt.

Ole Petter Nygård rådet til å tenke kunderelasjon på nye måter. Bruk nye verktøy. Tenk salg. Prøv å se annerledes ut enn andre.

– Befolkningen vokser, la han til. Oslo vokser mer enn andre europeiske

byer – og innvandrerne har ikke gode tenner.

Trond Helgesen svarte at også unge innvandrere har friske tenner og avsluttet:

– La oss se det i øynene: Det er ikke arbeid å gjøre på dem. Jeg savner engasjement fra NTF, sa han videre. Vi trenger at foreningen går inn i denne materien.

En fra salen sa at nye landsmenn er som Norge på 60-tallet. Det er mye å jobbe med.

Og Kari Odland kom med avsluttsreplikken: Kanskje det blir litt arbeid til oss i fremtiden – med innvandrerne.

*Tekst: Ellen Beate Dyvi
Foto: Kristin Aksnes*

Kom og besøk oss i vår monter
B03-08 på Nordental
Du kjenner vel til at vi lanserer et helt nytt implantat i år?
Straumann® Bone Level Tapered Implant



 **straumann**
simply doing more

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:



Det odontologiske fakultet på Forskningstorget på Universitetsplassen i Oslo 2015:

Barna lot seg rive med

Det odontologiske fakultet (OD) ved Universitetet i Oslo serverte aktiviteter og kunnskap for barn og unge under årets forskningstorg på Universitetsplassen i september. I ODs to telt yret det av læring, barnslig nysgjerrighet og utforskingstrang.

Jeg visste ikke at tanna var Så sterk! Anne Sofie Knutsen Birkedal refererer til at hun nettopp har forsøkt å knuse en tann med en morter – uten hell. Dropset som hun prøvde på med samme metode derimot, ble pulverisert på første forsøk.

Ulik forskning knyttes til «mat»

Åtteåringen er en av de mange barna som la turen innom ODs telt under forskningstorget 18. og 19. september. Det overordnede temaet for forskningstorget, og de nasjonale forskningsdagene som arrangementet hører innunder, er mat. Det åpnet for flere eksempler fra ODs forskning.

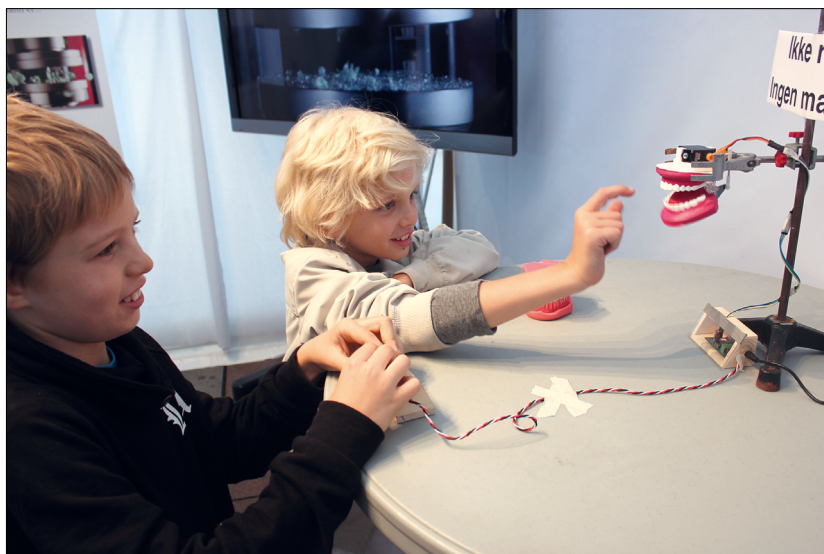
Det ene av fakultetets to telt konsentrerte seg om mat og arvestoff: Hvordan vi fordøyer arvestoffet fra dyr og planter. Det andre teltet tok for seg hvor sterke tennene og kjeveleddene våre er, verktøyene vi har for å få i oss mat.

Tennene tåler mest

– Pressmaskinen kunne ikke engang knuse tanna! fortsetter Birkedal entusiastisk. Og hun får bekreftende nikk fra de faglig ansvarlige på stedet: En video viser saktefilm av en pressmaskin som forsøkte å knuse både sukkertøy og tenner. Sukkertøyene knuser umiddelbart i sprutende form, i det som ser ut som millioner av biter. Tanna derimot, sklir bare litt imellom skivene den er festet i. Da er det ikke så rart at Birkedal heller ikke klarte å knuse tanna med sin åtteårige muskelkraft og morter.



Anne Sofie Knutsen Birkedal (8) har nettopp knust et sukkertøy med morter, og prøver å få til det samme med en tann. Foto: Hilde Zwaig Kolstad, OD/UiO.



Sebastian Gaustad (9) og Jonas Kristiansen Riise (10) (f.v.) tester ut et mekanisk drevet kjeveledd på standen til Det odontologiske fakultet. Foto: Hilde Zwaig Kolstad, OD/UiO.

Den ivrige dropsknuseren er på lørdagsutflukt med mor, Line Kristin Knutsen. De har ikke vært på Forskningstorget før, men Knutsen synes det

er en fin måte å gi datteren mulighet til å utvide horisonten på.

– Dessuten var det en fin anledning for litt alenetid for mor og datter, forteller hun.



Et av eksperimentene i teltene til OD gikk ut på å sette sammen sugerør for å simulere stavene emaljen er satt sammen av, og styrken det gir tennene. Det gikk konkurranse i å prøve å få sugerørene til å tåle størst mulig vekt. Foto: Jan Unneberg, OD/UiO.



Det var stor aktivitet i teltene gjennom hele fredagen og lørdagen under Forskningstorget. Foto: Jan Unneberg, OD/UiO.

Aktiviteter og læring

På spørsmål om hva som har vært det morsomste så langt på rundten, er konklusjonen til Birkedal å lage rosa jordbær-DNA med pipette og reagensglass. Mamma må rote i veska og finne den lille plastbeholderen med rosa væske, så hun kan vise fram. Men dropskningen når også opp som en av de morsomste aktivitetene.

Sebastian Gaustad og Jonas Kristiansen Riise syntes også det var morsomt å prøve seg på både drops- og tannkugning. Men en mekanisk drevet kjevemodell virket kanskje vel så spennende. Kameratene vekslet på å øke hastigheten på tyggingen og prøve å ikke bli bitt.

Den avsluttende quizen i teltet vitnet om at aktivitetene ikke bare var lek og

moro for de besøkende: En smugttitt på innleverte quizskjemaer vitnet om at alle barna hadde fått med seg en god dose ny kunnskap også. På ett av spørsmålene var det i alle fall ingen av barna som svarte feil: Tennene tåler mer enn både sukkertøy og gulrøtter.

Hilde Zwaig Kolstad



- 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

Tannlegetidende, nye apper for iOS og Android:

Tidende-appene er her

Nå er Tidendes nye apper for iOS og Android klare til bruk. De heter Tannlegetidende, og er designet for best mulig leseopplevelse på nettbrett og telefon.

De nye applikasjonene heter Tannlegetidende og du laster dem ned i henholdsvis Appstore og Google Play. Som medlem i Tannlegeforeningen kan du deretter logge deg inn med samme brukernavn og passord som du benytter i medlemsportalen til NTF.

Appene gir deg alt redaksjonelt innhold fra Tidendes papirutgave: Vitenskapelige artikler og annet fagstoff, aktuelt saker, faste spalter, kommentarer og debatt og medlemsinformasjon fra NTF.

Applikasjonen er designet for å gi best mulig leseopplevelse på nettbrett og telefon. Fonter og design er valgt for optimal utnyttelse, og det er anledning til å velge ulike bokstavstørrelser samt nattmodus. Applikasjonen gir også anledning til å bokmerke innhold du er spesielt interessert i.

Du kan lese og søke i alle utgaver av Tidende tilbake til 2002, som på nett-

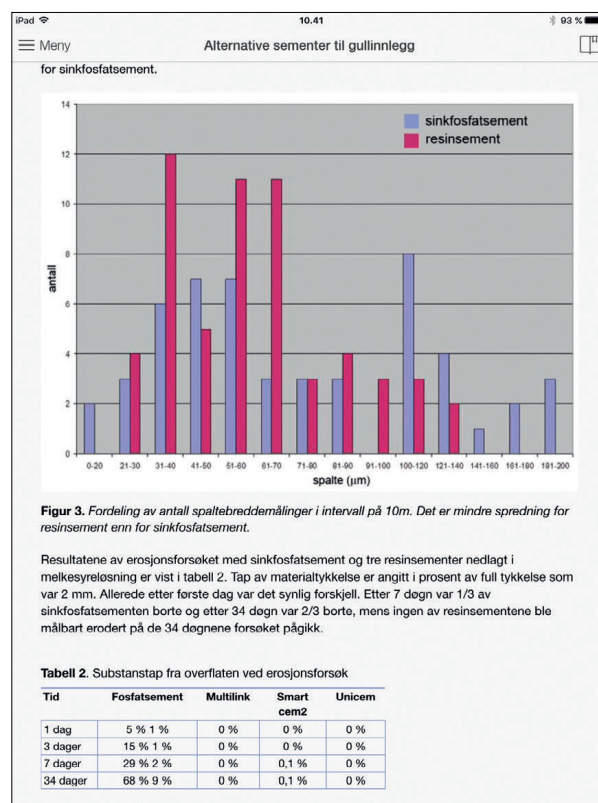
stedet www.tannlegetidende.no. Fra årgangene 1997–2001 finnes innholdsfortegnelser og en begrenset del av innholdet.

Appene inneholder produktannonser fra annonsører som har valgt å annonsere her, eventuelt i tillegg til at de annonserer i Tidendes papirutgave. Stillingsannonser og andre rubrikkannonser som finnes i Tidendes papir- og nettgave er ikke inkludert i innholdet i appen.

Har du tilbakemeldinger eller spørsmål om applikasjonene, kontakt: tidende@tannlegeforeningen.no.



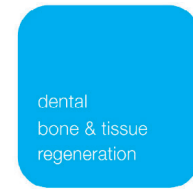
I appen velger man hvilke Tidende-utgaver man vil laste ned.



Et eksempel på hvordan en side fra en vitenskapelig artikkel ser ut i iPad-versjonen av Tannlegetidende.

botiss academy 2015

28th of October, Oslo



Hard and Soft Tissue Management in Implantology - What really works?

Prof. Smeets will give an overview of bone substitutes currently in clinical use and the physico-chemical and biological rationale of biomaterials. The high quality biological potential and always indication oriented biomaterials complete the Bone and Tissue Regeneration (BTR) System that ensures the desired clinical outcome.

His lecture will cover the following topics:

- Anatomical and biological basics (e.g. biotype)
- Augmentation - Implantation - Periodontology in patients with risk factors
- Suture techniques, incisions, flap design - principles - tips and tricks
- Soft tissue tension free closure and flap adaptation - step by step
- Treatment concepts for soft-tissue regeneration
- Membranes (GBR/GTR) - tips and tricks
- Bone substitutes materials (xenogenic, allogenic, synthetic) - current products - tips and tricks
- Bone augmentation in the maxilla and mandible
- Sinusgrafting (internal, external) - tips and tricks
- Socket preservation, socket seal surgery, ridge preservation - tips and tricks
- Autogenous bone grafts
- Alternatives to autogenous bone grafts
- Trouble management/shooting
- Demonstration of the botiss products with the possibility to touch, feel and cut the products.



Univ.-Prof. Dr. med. Dr.
med. dent. Ralf Smeets

Senior Consultant and Head of Research,
Department Oral and Maxillofacial Surgery,
University Hospital Hamburg-Eppendorf

Timetable

9:30-10:00	Drop-in coffee
10:00-12:00	Part I: Lecture with clinical overview
12:00-13:00	Lunch
13:00-15:00	Part II: Lecture with clinical overview
15:00-15:15	Coffee Break
15:15-16:00	Demonstration of botiss products
16:00-17:00	Discussion

Date: 28th of October 2015

Registration:

Email: education.no@straumann.com

Tel: 23 35 44 88

Latest day for registration 7th of October

Course fee: 3 500 kr

Fee includes the lecture fee, lunch and coffee

Location:

Høyres Hus
Stortingsgaten 20
0161 OSLO

Fagmedienes tid

Fagpressens administrerende direktør Elin Floberghagen ser optimistisk på fagmedienes fremtid, og ønsker at de skal spille en enda større rolle i samfunnsdebatten, ettersom de bidrar med god kunnskapsbasert journalistikk som ingen andre kan tilby.

Vi lever i fagmedienes tid. Og det sier jeg blant annet fordi fagmedienes opplagstall øker, mens aviser og ukepresse stuper.

– Hva tror du er årsaken til dette?

– Jeg mener årsaken er at fagmediene bidrar med god kunnskapsbasert journalistikk, og tilbyr fordypning og kunnskapsformidling på en måte som få eller ingen andre medier gjør. Fagmediene blir bare viktigere og viktigere etter hvert som andre medier blir raskere og raskere og mer og mer fragmenterte i sin dekning av dagsaktuelle nyheter.

Samtidig med denne utviklingen i nyhetsmediene øker behovet for fagpressejournalistikken, noe som gjen-speiles i økende opplagstall for fagpressemiene, mens andre medier mister abonnenter.

Fagmediene bringer unikt innhold som ingen andre kan levere like godt. De kan fagfeltet sitt. Og oppegående folk vil ha det. De finner seg ikke i lettvintheter. Hver publisasjon i Fagpressen har sin unike styrke, og det er vår oppgave å fremme hver eneste en.

Stadig nye fagmedier

Et viktig utviklingstrekk er at det hele tiden popper opp nye fagmedier som dekker smale nisjer, og som treffer godt. Noen kommer som konkurrenter til allerede eksisterende medier, og dekker hull som ikke har vært dekket før. Det er også slik at det er blitt mye lettere å starte et nytt medium i dag. De nye er stort sett digitale. Fagpressen får riktignok også nye papirbaserte medlems-

publikasjoner, men da er det som regel snakk om blader som ikke er nye, men som har valgt en ny linje, med redaksjonell uavhengighet, som gjør at de kvalifiserer til medlemskap. Per i dag har vi 210 medlemmer, og et totalopplag på fire millioner. Det er litt av et tall, i en befolkning på litt over fem millioner, med stort og smått. Jeg er imponert over stabiliteten. Og det har vært en økning i abonnenter det siste tiåret. Hvem andre kan vise til det?

Stabilitet

– Hva kan en ellers si om karakteristika ved fagmediene?

– Finansieringen av fagmedier er annerledes enn i mediebransjen for øvrig. Vi har ofte med et aktivt eierskap å gjøre. Utgiverne ønsker å gi ut godt innhold, kvalitetsjournalistikk, og tenker ikke på økonomisk fortjeneste først og fremst. Dette gir kanskje større stabilitet, som gjør at en kan leve godt i 125 år.

Mer synlighet

– Hva ser du som fagmedienes viktigste utfordring i dagens situasjon?

– Den store utfordringen er å fortsette å være best hos sine kjernelesere og i tillegg sette dagsordenen i andre medier, på det stoffområdet eller fagfeltet som fagmediene kan best; altså å fortsette å være i nisjen, og samtidig nå ut til et bredere publikum.

– Utfordringen for oss som organisasjon er å bidra til at våre medlemmer setter større fotavtrykk.

– Hva tenker dere at fagmediene og Fagpressen kan gjøre for å øke synligheten til alt det gode fagstoffet?

– En måte vi kan gjøre det på er å aktivt spille inn til andre medier når det er saker som vi vet at vi har medlemsblader som har kunnskap om. Det er for eksempel ikke noen god grunn til at folk fra våre medlemsmedier ikke er i Dagsnytt 18. Vi kan også kurse jour-



Fagpressens administrerende direktør Elin Floberghagen konstanterer at fagmediene er i fremgang. Opplagstallene øker, og Floberghagen mener at årsaken er folk trenger å fordype seg. Foto: Kristin Aksnes.

nalister i å sette dagsorden. Dette er noe utgivere og eiere av fagmediene også helt sikkert er opptatt av, å kunne påvirke med kunnskapsjournalistikk fra sitt fagfelt.

Fagpressens eiere og utgivere

– Da du ble direktør i Fagpressen husker jeg du var opptatt av å få mer kontakt med eiere og utgivere. Hvordan har det gått?

– Jeg er mye ute og snakker med utgivere, både styrer organisasjonsledere. Temaene er oftest innovasjon og videreutvikling av bladene og diskusjoner om redaksjonell uavhengighet. Det er fortsatt en vei å gå mange steder. Og det trengs å bevisstgjøre eiere og utgivere på at Fagpressen er deres organisasjon også. Hovedkontakten for oss er helt klart med redaktørene. Invitasjo-

nen til utgivere og eiere er imidlertid stående, og jeg har fortsatt et ønske om mer kontakt med dem. Og jeg oppsøker dem, som sagt.

Innovasjon og digitalisering

– Hva er det fagmediene selv ber om hjelp til?

– De vil ha hjelp til utvikling, når de skal over på digitale plattformer. Et gjennomgående karaktertrekk ved fagmediene er at redaksjonene er små, og de vokser ikke selv om oppgavene øker. Derfor er innovasjon og utvikling av og til noe som skjer langsommere her enn i andre medier. En kan ikke bare legge på og legge på av oppgaver. Noen løser overgangen til digitale plattformer ved at de reduserer antall utgivelser på papir. Gjennomsnittet for våre medlemmer er gått ned fra elleve til ni utgivelser i året. Det blir et spørsmål om prioritering. Og mange vil ha digitale versjoner nå, for å nå yngre lesere. Samtidig ser vi at det varierer veldig hvor mange som faktisk går over til digital lesning når tilbudet kommer. Fagpressen har for øvrig begynt å måle digital lesning, og har det med som en del av opplagskontrollen fra nå av. Det er viktige tall å ha for publikasjonene, ikke minst i forhold til annonsører.

– Et annet område vi jobber med er å få avklart momsspørsmålet for digitale utgivelser. Det er litt kronglete for tiden med ulike regler for papir og digitalt. Kronglete fordi det blir flere momsregimer å forholde seg til.

– Hva skjer på dette området på politisk hold?

– Regjeringen har sagt at de vil jobbe for momsfrigat på trykte og digitale nyhets- og aktualitetsmedier. Saken må imidlertid legges frem for EFTAs overvåkingsorgan, ESA. Planen er å få til en sik notifikasjon i løpet av høsten, og at det skjer noe i revidert nasjonalbudsjett våren 2016. Vår jobb er å synliggjøre at fagmediene fortsatt hører med blant dem som skal ha momsfrigat. Etter min mening bør fritaket gjelde alle medier som redigeres etter redaktørplakaten. Det blir ellers vanskelig å skille.

Kurs og kompetanseheving viktigste oppgave

– Hvilke andre oppgaver har Fagpressen?

– Vår viktigste oppgave er å tilby kurs som treffer medlemmenes behov, innen blant annet redaksjonell utvikling, redaktørrollen og dens ansvar og plikter, presseetikk og utvikling innen annonsering.

Vår overordnede oppgave er å understøtte spredning av kunnskap i Norge, gjennom fagmediene. Vi jobber med andre ord for at den gode fordyppingen skal kunne fortsette, gjennom fagmediene. For å lykkes med det er det kjempeviktig at de ansatte i våre medlemsmedier får den kompetansen de har behov for, for å henge med i tiden.

Jeg bare understreker at opplagstallene til aviser og ukepresse stuper. Fagmediene vokser, fordi vi tilbyr noe

unikt og godt, avslutter Elin Floberhagen som har vært administrerende direktør i Fagpressen siden 2012.

Fakta om Fagpressen:

- Fagpressen har ca. 210 medlemmer med ca. 1 200 medarbeidere. Mellom fem og seks i gjennomsnitt. (Tidende har 3,4)
- Samlet opplag er på 4,4 millioner
- Opplaget hos medlemmene varierer fra ca. 400 til 425 000 eksemplarer per utgivelse. (Tidendes opplag er 6 700)
- Gjennomsnittsbladet kommer ut nesten ni ganger i året og har ca. 21 000 i opplag
- Det er 17 heldigitale medlemmer i Fagpressen
- Den netto totale omsetningen i fagpressen er ca. 550 millioner
- De 20 største bladene står for 80 prosent av annonseomsetningen
- Internettomsetningen er ca. 18 prosent (2014)
- 50 prosent av medlemsbladene har opplag under 5 400 eksemplarer
- Åtte prosent av medlemmene har opplag over 60 000 eksemplarer
- Det tilbys 40–50 arrangementer i året i regi av Fagpressen
- Fagpressen (tidligere Den Norske Fagpresses Forening) ble stiftet i 1898 og er Norges eldste presseorganisasjon.
- Bladene representerer yrke, fag, helse, utdanning, forskning og utvikling, medisin, landbruk, medier, teknikk, arkitektur, livsstil, privat og offentlig virksomhet, interesse og hobby m.m.

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTTEKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium



Alle medlemmer i Fagpressen redigeres etter Redaktørplakaten:

Redaktørens plikter og rettigheter

En redaktør skal alltid ha frie mediers ideelle mål for øye. Redaktøren skal ivareta ytringsfriheten og etter beste evne arbeide for det som etter hans/hennes mening tjener samfunnet.

Gjennom sitt medium skal redaktøren fremme en saklig og fri informasjons- og opinionsformidling. Redaktøren skal etterstrebe en journalistikk som gjør det klart for mottakeren hva som er reportasje og formidling av informasjon og fakta, og hva som er mediets egne meninger og vurderinger.

En redaktør forutsettes å dele sitt mediums grunnsyn og formålsbestemmelser. Men innenfor denne rammen

skal redaktøren ha en fri og uavhengig ledelse av redaksjonen og full frihet til å forme mediets meninger, selv om de i enkelte spørsmål ikke deles av utgiveren eller styret. Kommer redaktøren i uløselig konflikt med mediets grunnsyn, plikter han/hun å trekke seg tilbake fra sin stilling. Redaktøren må aldri la seg påvirke til å hevde meninger som ikke er i samsvar med egen overbevisning.

Den ansvarshavende redaktør har det personlige og fulle ansvar for mediets innhold. Redaktøren leder og har ansvaret for sine medarbeideres virksomhet, og er bindeleddet mellom utgiveren/styret og de redaksjonelle medarbeiderne. Redaktøren kan delegere myndighet i samsvar med sine fullmakter.

--

Redaktørplakaten er en erklæring (avtale) om redaktørens uavhengighet, plikter og ansvar som kom i stand 22. oktober 1953 mellom Norsk Redaktørforening og daværende Norske Avisers Landsforbund (nå Mediebedriftenes Landsforening).

Avtalen ble noe revidert i 1973 og gitt teknologinøytral tekst i 2004. Kjerneprinsippet i avtalen, om redaktørens uavhengighet av eier/utgiver, ble lovfestet fra 1. januar 2009 gjennom Lov om redaksjonell fridom i media.



SomnoMed
The Leader in COAT™
Continuous Oral Airway Therapy



Møt oss på Nordental

Stand B01-28

Og spør oss om søvnapne og snorkeskinner fra SomnoMed. Den medisinske godkjente skinnen for behandling av pasienter med søvnapne.



ARTINORWAY
DENTAL LAB AS

ARTINORWAY

ARTINORWAY AS Boks 2031, Grunerløkka, 0505 Oslo, Norway - postmaster@artinorway.no - Tlf.: 22 87 19 80 - www.artinorway.no

VELKOMMEN TIL NORDENTAL 2015!

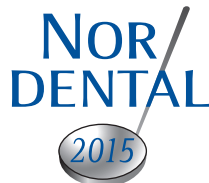
Norges Varemesse, Lillestrøm, 29. – 31. oktober

Vi har gleden av å invitere til et fullspekket fagprogram og en stor og innholdsrik dentalutstilling.

Bruk tiden smart, planlegg dine fagsekvenser, men sett også av litt ekstra god tid til å besøke Nordental.

Hvorfor besøke Nordental?

- ▶ Inspirerende, opplevelsesrik, hyggelig og lønnsom møteplass.
- ▶ Utvid ditt profesjonelle nettverk.
- ▶ Stor og innholdsrik dentalutstilling for tidseffektiv sammenligning av produkter, tjenester og priser.
- ▶ Nyheter og informasjon fra ekspertisen om produktenes fortrinn og spesialegenskaper.
- ▶ Sosiale møtepunkter og hyggelig servering på flere stands.
- ▶ Prisutdeling for "Beste stand" fredag kl 15:30
- ▶ Ettermessetreff fredag kl 18:00-21:00.
- ▶ Gratis adgang for alle messebesøkende lørdag.



Åpningstider Nordental:

Torsdag 29. oktober kl. 08.30 – 17.00

Fredag 30. oktober kl. 08.30 – 18.00

Lørdag 31. oktober kl. 09.30 – 15.00

For påmelding og mer informasjon:

www.NTFslandsmote.no



NTFs Tidende 125 år:

Fra møtereferater til moderne fagtidsskrift

NTFs Tidende har gjennomgått store endringer i løpet av sine 125 år. Men de aller største endringene har skjedd i de siste 30 årene.

Bladet fremstår nå både i nettversjon og på papir som et moderne og innbydende tidsskrift. Flere leserundersøkelser viser at medlemmene setter pris på bladet og at de bruker tid på å lese det.

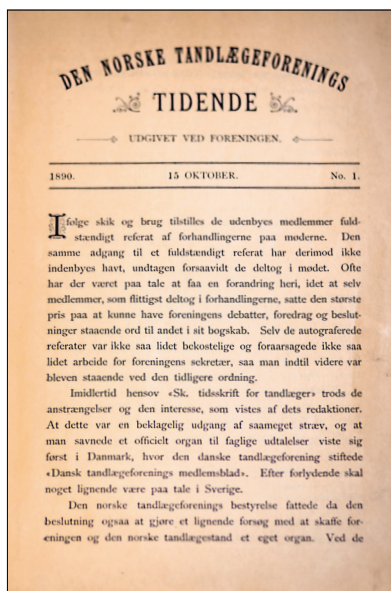
Den spede begynnelse

Den norske tandlægeforenings Tidende kom ut med sitt første nummer 15. oktober 1890. Før den tid hadde sekretæren ansvar for å skrive referat fra møtene og sende det ut til utenbys medlemmer – medlemmene i Kristiania fikk ikke noe. Daværende sekretær, Ole Seel, fikk bestyrelsen med på at referatene skulle trykkes og distribueres til *alle* medlemmer, og dermed var Tidende etablert.

Bladet skulle først og fremst inneholde foreningens «forhandlinger», altså møtereferater. I den utstrekning det var plass, skulle man også publisere faglige uttalelser, oversettelser av utenlandsk faglitteratur, bokanmeldelser og nyheter. Og med tanke på økte utgifter, satset man på «avtisserement». Samtidig ble medlemmene oppfordret til å bidra til at Tidende skulle bli et «virkelig fyldestgjørende meddelelsesmiddel for den norske tandlægestand» ved å sende inn kasuistikker og lignende for publisering.

Litt opp og ned

Det gikk relativt bra de første årene, men da Seel sluttet etter tre år, var det ingen til å overta redaktøransvaret, og Tidende ble utgitt «ved foreningen». Dette skjedde to ganger i løpet av det første tiåret (se oversikt over redaktører).



Den norske tandlægeforenings Tidende nr. 1, 1890.

Økonomien var så presset at NTF søkte om et statsbidrag på 400 kroner i 1896. Med bare 65 medlemmer gikk nesten hele kontingenten med til å trykke Tidende, og bestyrelsen henviste til at veterinærer og farmasøyter fikk tilskudd til sine tidsskrift. Både medisinaldirektøren og departementet anbefalte søknaden, men den ble avvist i Stortinget. Man var redd for konsekvensene og mente dessuten at norske tannleger kunne lese utenlandske tannlegeblad.

Ola Krøtø, redaktør fra 1900, ble bladets redningsmann, og hans treårige periode i redaktørstolen karakteriseres som «Tidendes gjenfødelse». Stoffmengden ble tredoblet, man fikk etablert bytteordning med andre tidsskrift, og medlemstallet steg i takt med suksessen. «Fra da av var de virkelige krigers tid forbi, selv om det også senere kunne gå noe opp og ned», skriver Arne Sollund i sin bok.

Stabilisering

Det bidro også til stabiliseringen av tidsskriftet at vi fikk en norsk tannlegeutdanning ved opprettelsen av Statens Tandlægeinstitut i 1909. Samspillet mellom Tidende og instituttet var nyttig for begge parter, og mange av redaktørene har vært knyttet til undervisningen. Dette har hatt betydning for fagstoffet og har bidratt til at Tidende har spilt en viktig rolle i oppdatering og etterutdanning av norske tannleger. For mange medlemmer har Tidende trolig representert den viktigste kontakten til foreningen og en god grunn til å være medlem. For foreningen har bladet vært en viktig kanal til formidling av forenings- og standspolitisk stoff. Tidende er og har vært et viktig annonseorgan, både for utstyr og materialer til bruk i praksis og for ledige stillinger. En forutsetning for det siste var faste tider for utgivelse av bladet, noe som er en selvfølge i dag. Men da bestyrelsen gikk inn for en utgivelsesplan i 1913, var det mot redaktørens stemme.

Fra årgangen 1915–16 ble Tidende delt i to avdelinger, en fagvitenskapelig og en for stands- og foreningssaker, men redaktøren var fortsatt ansvarlig for hele bladet. Redaktøransvaret ble delt i 1921 da sekretariatet fikk ansvaret for den standspolitiske delen. I 1928 fikk redaktøren en redaksjonskomité til å hjelpe seg, og fra og med 1930 gikk man over til årganger som fulgte kalenderåret.

Krigsversjonen av Tidende

I 1941 ble NTF erstattet av Norges Tannlægeforbund, ledet av tannleger som var medlemmer av NS eller sympatiserte med nazistene, og i september dette året ble første nummer av Norges Tannlægeforbunds Tidsskrift utgitt. Ola Krøtø, snart 80 år og legendarisk som Tidendes redningsmann på begynnelsen av århundret var NS-medlem, og

lot seg overtale til å påtaseg redaktøransvaret. Tidsskriftet ble utgitt siste gang i mars 1945, og i juni kom Tidende ut igjen.

Nummereringen av årgangene ble beholdt, slik at krigsversjonen inngår i Tidendes årganger.

Redaktørens status

Fra 1947 gikk man over til å ansette redaktøren for en femårsperiode, og det ble opprettet et fagutvalg på 14 medlemmer, hvorav tre medlemmer utgjorde redaksjonskomiteen.

Fortsatt var generalsekretæren ansvarlig redaktør for foreningsstoffet. En periode hadde også foreningen et PR-utvalg som fungerte som rådgiver for generalsekretæren på dette området.

I 1971 kom en omlegging da representantskapet vedtok at redaktøren på nytt skulle velges og at vedkommende skulle ha ansvaret for hele bladet. Dessuten skulle det ansettes redaksjonssekretær. Ivar A. Mjør ble valgt til redaktør, og Bente Rohde Try ble året etter ansatt i en stilling som skulle deles mellom redaksjon og kursvirksomhet. Senere ble hun redaksjonssekretær på heltid.

Ti år senere var Tidende igjen tema på representantskapet. Redaktøren hadde i et notat til hovedstyret pekt på at bemannings situasjonen var uholdbar og foreslo å ansette redaktør i hel eller to tredels stilling. Representantskapet gikk inn for å ansette redaktør i to tredels stilling for fire år, og 1. august 1982 tiltrådte Berit Heløe stillingen. Samme år ble instruks for redaktøren endret, blant annet skulle redaktøren ha personlig ansvar og redigere bladet i henhold til god presseskikk.

En pussighet som trolig ikke ville vært akseptert i dag, var at Mjør, som ble valgt til president i 1981, fungerte både som president og redaktør fra januar til august i 1982.

Hva som har skjedd videre med Tidende er for en stor del omtalt i intervjuer i årets Sommerhefte av Tidende, (Tidende nr. 6, 2015) «Tre redaktører rundt et bord» og «Tidendes vitenskapelige redaktører – digitalt tospann».

Diskusjonen fortsatte

Ansettelsen av Berit Heløe som redaktør i 1982 var et foreløpig ledd i diskusjonen om NTFs informasjonsvirksomhet. Hovedstyret ønsket å se tidsskriftets funksjon og foreningens behov for informasjon i et helhetsperspektiv, og man var faktisk inne på tanken om å kombinere stillingen som redaktør og informasjonsmedarbeider.

Journalist Henning A. Nilsen, den gang engasjert som informasjonskonsulent i deltidsstilling, utredet saken, og la i 1985 frem forslag om å ansette informasjonsmedarbeider i hundre prosent stilling og å dele Tidende i et medlemsblad og et fagblad. Dette var såpass «friske» forslag at hovedstyret sendte utredningen på intern høring. Resultatet ble at hovedstyret foreslo å vente et år med å opprette stilling som informasjonsmedarbeider, og de ønsket heller ikke å dele tidsskriftet.

Slik gikk det også i representantskapet, og dermed ble det ikke fattet endringsvedtak av betydning. Det viktigste var at hovedstyret fikk fullmakt til å ansette redaktør i løpet av 1986 fordi Berit Heløes fireårsperiode ville være omme før representantskapet skulle møtes igjen neste høst.

Tidende ikke lenger «menighetsblad»

Da representantskapet møttes i 1986, hadde Gudrun Sangnes tiltrådt i to tredels stilling som redaktør, foreløpig for ett år. Det var utarbeidet forslag til nye instruks for redaksjonskomiteen og redaktøren, og hovedstyret foreslo å forlenge hennes engasjement frem til 1. januar 1988, slik at ansettelse av redaktør for en fireårsperiode kunne skj

påfølgende år. Spørsmålet om å opprette stilling for informasjonsmedarbeider ble nok en gang utsatt.

Representantskapet fulgte hovedstyrets innstilling og vedtok alle forslag. Den nye instruks for redaktøren medførte at Fagpresseforeningens redaktørplakat* skulle være *veiledende* for redaktøren av NTFs Tidende. Dette var en helt ny situasjon. Hovedstyret hadde i sin saksfremstilling uttalt at redaktøren ville få en noe friere stilling med tilsvarende større ansvar. Dette virket ikke særlig revolusjonerende, og det er kanskje grunnen til at instruksjonen gled igjennom. Men det kan se ut som om noen, fortsatt i dag, har den oppfatning at alt som skrives i Tidende skal representere foreningens og ledelsens syn på ulike saker.

Redaksjonen utvides

Da foreningens informasjonsvirksomhet var en sak for representantskapet nok en gang i 1987, foreslo hovedstyret at redaktøren skulle ansettes i fast hel stilling, at redaksjonssekretæren skulle

* Denne hadde samme innhold som dagspressens redaktørplakat, og i dag er Redaktørplakaten gjeldende for både blader, tidsskrift og aviser. Redaktørplakaten er en erklæring (avtale) om redaktørens uavhengighet, plikter og ansvar som kom i stand i 22. oktober 1953 mellom Norsk Redaktørforening og daværende Norske Avisers Landsforbund (nå Mediebedriftenes Landsforening). Avtalen ble noe revidert i 1973 og gitt teknologinøytral tekst i 2004. Kjerneprinsippet i avtalen, om redaktørens uavhengighet av eier/utgiver, ble lovfestet fra 1. januar 2009 gjennom «Lov om redaksjonell fridom.»

arbeide fulltid for Tidende og at tidsskriftet dessuten skulle få sekretærbistand tilsvarende en halv stilling. Representantskapet ga sin tilslutning, og Gudrun Sangnes ble ansatt som redaktør fra 1. januar 1988. I løpet av dette året kom Nina Smedstad til NTF og jobbet dels i sekretariatet og dels for Tidende. Et par år senere ble det bestemt at tidsskriftet skulle overta annonsesalget, og dermed besto Tidende-staben av tre personer på heltid: redaktør, redaksjonssekretær og en kombinert sekretær og annonsekonsulent.

Hvordan gjøre Tidende mer spennende?

Allerede i 1987 forsøkte Gudrun Sangnes å gi Tidende et løft ved å innføre forsider med illustrasjoner i farger. Enkelte andre endringer ble også foretatt med hensyn til layout og innhold. Grafisk designer Mike Mills, som hadde vært benyttet av foreningen siden slutten av 1970-tallet, ble en god støtte for den nye redaktøren. Redaksjonen kom imidlertid snart til at det var viktig å finne ut hva leserne mente, og den første leserundersøkelsen ble gjennomført i 1989.

Alt i alt fikk tidsskriftet svært god evaluering: Gjennomsnittsleseren brukte 40 minutter på å lese Tidende, nesten alle leste «som oftest» bladet, 84 prosent mente at tidsskriftet ga dem «verdifull informasjon», og 79 prosent mente at Tidende holdt «høy faglig standard». På bakgrunn av de positive svarene om innholdet, var det noe overraskende at hele 78 prosent mente at bladet var «kjedelig». Data i undersøkelsen ga dessverre ikke svar på hvorfor, og redaktør Sangnes skriver blant annet: «Å finne ut hvorfor, og å gjøre noe med det, er imidlertid en utfordring for oss i redaksjonen.» Hun antar at leserne kan ønske seg mer bilder og farger i bladet og kan tenke seg at den tradisjonelle presentasjonsformen for fagartikler muligens kan virke for akademisk. Hun mener videre at debatt og leserbrev vil gjøre bladet mer spennende, og oppfordrer leserne til å bidra med innlegg.

100-årsjubileet

Redaksjonen kunne ikke ha sittende på seg at bladet var kjedelig, og i 1990-år-

gangen, da Tidendes 100-årsjubileum ble markert, er layout og trykk endret. Selve jubileet ble markert med jubileumshefte og eget program på NTFs landsmøte dette året.

I jubileumsheftet finner vi redaktør Gudrun Sangnes' refleksjoner omkring jubileet og en kort historisk fremstilling av tidsskriftets historie ved daværende generalsekretær Arne Sollund. For øvrig inneholder dette nummeret av Tidende omtaler av alle odontologiske fagområder og intervjuer med sentrale personer om odontologiens fremtid.

Arne Sollund skriver at nøkternt sett var vel beslutningen i 1910 om å gi ut et blad med tidsskriftambisjoner mer preget av entusiasme enn av realisme. Gudrun Sangnes fastslår at bladets hovedoppgave gjennom de senere år har vært å presentere fagstoff og vitenskapelige artikler som ledd i etterutdannelsen av tannleger samt informere leserne om tannlegene i standsanliggender. Begge legger vekt på at samarbeidet med lærestedene og deres ansatte har vært en viktig forutsetning for at Tidende har kunnet utvikle seg og ivareta sin rolle. I dette perspektivet var det i 1990 all mulig grunn til å være stolt over tidsskriftets form og innhold, noe som også var blitt bekreftet i leserundersøkelsen året før.

Både redaktøren og generalsekretæren er inne på at «dataalderen» kan bli en trussel for et papirbasert fagtidsskrift. Begge har imidlertid tro på at Tidende vil overleve, og i dag 25 år senere kan vi konkludere med at tidsskriftet lever godt – både på nett og på papir.

Tidende i ny drakt

To år etter 100-årsjubileet, i 1992, kom Tidende i nytt format og med ny layout. Innholdet var tilnærmet som før, men bladet virket lettere og mer luftig, lesbarheten var bedret, og det var flere illustrasjoner, til dels i farger. Kort sagt – et moderne og elegant fagtidsskrift. Mike Mills var arkitekten bak forandringene, og redaksjonen hadde spilt en aktiv rolle som diskusjonspartner.

Nytt var også trykkeriet. Tidende hadde i «alle år» blitt produsert av Fabritius AS. Etter at dette trykkeriet ble nedlagt, overtok Centraltrykkeriet produksjonen et par år, før trykkeriet

PDC fikk Tidende som kunde fra og med 1992. Dette trykkeriet, som senere ble fusjonert og som nå heter O7 Media AS, er fortsatt ansvarlig for trykkingen.

Da det ble foretatt en ny leserundersøkelse i 1995, var lesernes dom klar. Nå var det bare 18 prosent som syntes Tidende var kjedelig. I sin presentasjon av undersøkelsen skriver redaktøren: «Dette er vi i redaksjonen godt fornøyd med, selv om vi selvsagt fortsatt vil arbeide for å redusere denne prosenten ytterligere.»

Det må også tilføyes at Tidende fikk Fagpressens forsidepris i 1994, for en av bladets forsider det året. Tidendes format er fortsatt det samme, men endringer i layout gjøres gjerne hvert år. Leserene oppdager kanskje ikke forskjellene, men hvis man sammenligner 1992- og 2015-årgangen, vil en se at Tidende følger med tiden.

Tidendes rolle – ny utredning

Som før omtalt, ble NTFs informasjonsvirksomhet behandlet av representantskapet hele tre ganger på 1980-tallet. Omlag ti år senere foreslo redaksjonskomiteen en ny utredning, og i januar 1998 oppnevnte hovedstyret et utvalg som ble ledet av daværende formann i redaksjonskomiteen og nåværende vitenskapelig redaktør, Nils Roar Gjerdet. Mandatet var svært omfattende, men i ettertid kan det se ut som bruk av elektronisk teknologi, stabens størrelse og økonomiske forhold var de viktigste temaene.

Tidendes nettsted var allerede etablert da utvalget startet arbeidet. Fra 1997 ble spesielle artikler lagt ut i sin helhet, og det ble mulig å søke på nøkkelord. Utvalget gikk inn for at den papirbaserte versjonen skulle være basismidiet, men pekte på at elektronisk publisering ville bli et viktig supplement i fremtiden.

Hovedstyret støttet i hovedsak utvalgets forslag til tiltak og innarbeidet nødvendige økonomiske bevilgninger i forslaget til budsjett for 2000. Dessuten ble det lagt frem forslag til enkelte endringer i vedtekter og instruksene for redaktøren og redaksjonskomiteen. Disse endringene var for en stor del redaksjonelle, men formuleringen om redaktørplakaten innebærer en styrking av dens betydning, fra at den skal være



Tidende mottok Fagpressens forsidepris for 1994 den 11. mars 1995. Fra venstre: Gudrun Sangnes, Nina Smedstad og Bente Rohde Try. Foto: Fagpressen.

veiledende for redaktøren til at NTFs Tidende redigeres i samsvar med prinsippene i redaktørplakaten.

Ved behandlingen i representantskapet ble alle forslag enstemmig vedtatt. Aller viktigst var det at budsjettet ga rom for å opprette en ny stilling for markeds konsulent i redaksjonen fra 1. januar 2000. Forutsetningen var at lønnsutgiftene skulle dekket inn ved økte annonseinntekter – noe som viste seg å holde stikk.

Dette året ble det store forandringer i redaksjonen. Bente Rohde Try døde i februar etter lengre tids sykdom. Samfunns- og medieviteren Ellen Beate Dyvi, som nå er ansvarlig redaktør, ble ansatt som journalist i august. Kristin Aksnes, med cand.mag. og hovedfagsstudier i antropologi, og også bakgrunn fra grafiske fag og økonomi, som hadde vikariert i Nina Smedstads barselpermisjon, gikk inn i stillingen som redaksjonssekretær, og er nå redaksjonssjef. Nina Smedstad fikk stillingen som markeds konsulent. Da hun gikk ut i ny barselpermisjon kom Eirik Andreassen, som er utdannet eksportmarkedsfører, inn som vikar. Han ble kort tid senere fast ansatt, og er nå markedsansvarlig.

Svak tilgang på fagartikler

Tilgang på fagartikler var fortsatt et problem – også etter utredningen på slutten av 90-tallet. Når vi leser årsberetningene fra Tidendes redaksjonskomité for perioden fra 1984 og fremover, ser vi at tilgangen på fagartikler er et gjennomgangstema. I og med at en av bladets hovedoppgaver er å presentere faglig og vitenskapelig stoff og dette også er prioritert av leserne, har det vært redaktørenes hodepine å skaffe nok fagartikler. Sangnes tok opp spørsmålet både i direkte kontakt med fakultetene og i lederartikler i bladet. I Tidende nr. 17, 2003 med overskriften «Etterlysning» skriver hun at det i perioder kan være litt vel spennende om redaksjonen får mange nok og gode nok artikler til tidsskriftet. Et halvår senere har lederen i Tidende nr. 7, 2004 tittelen «Til universitetene – en bekymringsmelding». I denne perioden ble redningen å supplere egne artikler med relevante artikler fra andre fagtidsskrifter, blant annet den svenske Tandläkartidningen, det danske Tandlægebladet og Tidsskrift for Den norske legeförening.

For å oppmuntre til å skrive gode oversiktsartikler, ble det i 2001 opprettet en pris som utdeles annet hvert år og som ble delt ut første gang i 2003.

Senere er det opprettet en pris for beste kasuistikk; også den skal deles ut annethvert år og ble utdelt første gang høsten 2014.

Temahefter

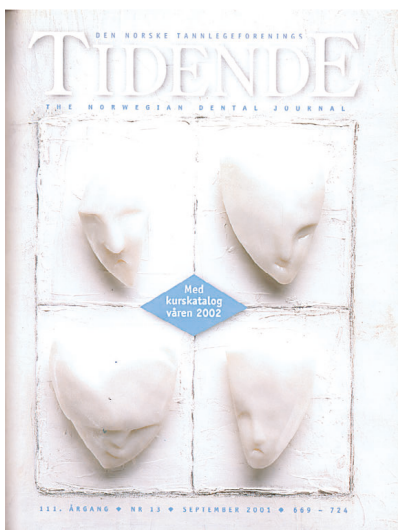
Noe som har bidratt til at Tidendes lesere, tross alt, har fått tilgang på mye nyttig faglig og vitenskapelig stoff, er alle temaheftene og spesialutgavene som er publisert. Det har vist seg mulig å skaffe et tilstrekkelig antall artikler for å belyse et fagområde når redaksjonen henvender seg direkte til aktuelle forfattere – man mottar altså et «bestillingsverk».

Det startet med nasjonale temahefter allerede på 1980-tallet. Fagområder som er presentert gjennom slike hefter, er blant annet: aids, snus, kjeveortopedi, implantologi, tannhelsetjenesten i Nord-Norge, endodonti, barnemishandling, periodonti, forebygging, tobakk og leppe-kjeve-ganespalter.

Og så kom de nordiske temaheftene som etter hvert har dekket de fleste fagområdene innen odontologien. Det startet med et skandinavisk fellesmøte for redaktørene høsten 1993 der mange tema ble drøftet, blant annet om de skulle satse på aktuelle felles prosjekter. Det viktigste som har kommet ut av disse samlingene, er samarbeidet om en årlig oppdatering på et fagfelt innen odontologien. Allerede tidlig i 1995 kom to hefter med endodonti som tema. Artikkene ble publisert på forfatterens



Tidende fikk Fagpressens forsidepris for 1994-årgangen.



For denne forsiden i 2001 mottok illustratør Heidi Asdahl gull for beste redaksjonelle illustrasjon i Visuelt-konkurransen.

språk, bortsett fra de finske bidragene som ble publisert på svensk. Prinsippet om publisering på skandinavisk er frafalt når det gjelder Sverige og Finland fordi det har vært et ønske fra deres lesere. Det danske Tandlægebladet og NTFs Tidende fortsetter å publisere på forfatterens språk, det vil si dansk, norsk og svensk, mens bidrag fra finske forfattere er på engelsk eller svensk. Tidendes leserundersøkelser har vist at norske tannleger ikke har noe imot en slik praksis.

Sommerhefter

Ett av temaheftene som fortjener spesiell omtale, er Tidendes sommerhefte som første gang ble utgitt sommeren 1989. Hensikten var å vise andre sider ved tannlegene enn selve faget og yrkesutøvelsen. Heftet ble svært godt mottatt, står det i beretningen dette året, og sommerheftet er blitt en årvisst tradisjon.

Vi finner mange gjengangere blant bidragsyterne, nemlig tannleger med spesielle interesser som ønsker å dele sine opplevelser med kolleger. Sommerheftet inneholder også intervjuer med tannleger som har valgt å satse på en karriere utenfor odontologien. Noen er blitt byråkrater og realiserer seg selv gjennom arbeid innenfor forvaltningen og andre etater, andre har gått motsatt vei og har satset på kreative yrker som smykkedesigner eller glasskunstner.

NTFs Tidende – redaktører

1890–1891	Ved foreningen	
1891–1893	Ole Seel	
1893–1894	Ved foreningen	
1894–1898	Johan Brun	
1898	Foreningen v/Carl von Krogh	
1899–1900	Sverre Glad	
1900–1903	Ole Krøtø	
1903–1906	Immanuel Ottesen	
1906–1908	Johan Rygge	
1908–1915	Jørgen Edvin Gythfeldt	
1915–1920	Einar Hirsch	Hovedstyret redigerte nr. 1 og 2, 1918–1919
1920–1923	Ivar Krohn	
1923–1928	Johan Rygge	
1928–1933	Guttorm Toverud	Fra 1930 følger årgangene kalenderåret
1933–1954*	Olaf Grythe	Toverud var redaktør til og med nr. 3, 1933
1954–1955	Gunnar Aasgaard	Eigil Aas fungerte som redaktør for nr. 7 og 8, 1955
1955–1959	Birger Nygaard Østby	
1959–1964	Ferdinand Strøm	
1964–1971	Sverre F. A. Bervell	
1971–1982	Ivar A. Mjør	
1982–1986	Berit Heløe	Fra og med nr. 11, 1982
1986–2009	Gudrun Sangnes	Fra og med nr. 12, 1986
2009–	Ellen Beate Dyvi	Fra og med nr. 8, 2009

*I perioden september 1941 til mars 1945 ble NTFs Tidende erstattet av et tidsskrift utgitt av Norges Tannlægeforbund, der den tidligere redaktøren, Ole Krøtø, som var NS-medlem, påtok seg vervet som redaktør. Nummereringen av årgangene ble beholdt, slik at krigsversjonen inngår i Tidendes årganger.

Intervjuer med tannleger med spesielle hobbyer finner vi også. Et problem – eller heller en utfordring – kan være å «forynge» både bidragsytere og intervjuobjekter.

Leserundersøkelsene gir ikke svar på hvor godt disse heftene blir mottatt, men en kvalifisert gjetning er at de ville bli savnet om redaksjonen sluttet å utgi dem.

Artikler i Tidende skal telle

Situasjonen var vanskelig på begynnelsen av 2000-tallet, og redaktøren skrev i sin leder at hun fikk høre både direkte og indirekte at unge forskere ble frarå-

det å skrive for norske fagtidsskrifter. Nye regler knyttet til publisering som universitetene var i ferd med å innføre, ville føre til at publiseringsformen ikke bare hadde betydning ved ansettelse, men at den også ville få økonomisk betydning.

Det kom derfor et lite lys i tunnelen da redaktøren i 2004 fikk svar fra Universitetet i Oslo om at vitenskapelige artikler i Den norske tannlegeforenings Tidende ville gi økonomisk uttelling i universitetets «interne fordelingsmodell basert på forskningspublikasjoner». Det ble tatt forbehold om at modellen var under videreutvikling.

Som det fremgår av intervjuet med de vitenskapelige redaktørene i årets sommerhefte av Tidende, får artikler som er fagfelleurdert, såkalte publiseringspoeng ved registrering i Publiseringsindikatoren som gjelder for universiteter og høyskoler. Det finnes to nivåer, og Tidende er på nivå 1. Artiklene blir lagt inn i databasen CRISTin, og Tidende er dessuten indeksert i Sve-Med +.

Økonomi og annonser

Hva tidsskriftet *egentlig* koster, og bidrar med av overskudd, har tidligere vært noe uoversiktlig fordi redaksjonens lønns- og kontorutgifter har inngått i kostnadene for NTFs sekretariat. Det har vært budsjettert med produksjonskostnader som dekker trykking, kjøp av eksterne tjenester, reiseutgifter etc., på utgiftssiden. Inntektssiden har bestått av annonser, abonnement og bidrag fra NTF. Ut fra denne budsjetteringen har Tidende oftest gått med

«overskudd» fordi det har vært vanskelig å estimere annonsesalget spesielt.

Fra og med 2004 ble det foretatt en omlegging av NTFs budsjett- og regnskapsrutiner. I tillegg til produksjonskostnader er lønns- og personalkostnader for de redaksjonsansatte og andre driftskostnader for redaksjonen tatt med i Tidendes budsjett og regnskap. Samtidig er abonnementsinntektene fra medlemmene, som tidligere var en del av kontingenten, tillagt Tidendes omsetning.

Tidende har i dag god økonomi og leverer et overskudd på mellom 2,5 og 3 millioner kroner til NTF hvert år. Portoutgiftene har imidlertid økt mye i de senere år, og fra og med april 2015 har firmaet helthjem Mediapost AS fått hovedoppgavet med å distribuere tidsskriftet. Det betyr at Tidende leveres sammen med morgenavisene til de fleste adresser, uavhengig om vedkommende er avisabonnet, mens Bring (Posten) er såkalt sekundærdistributør og leverer til dem som har postboks-

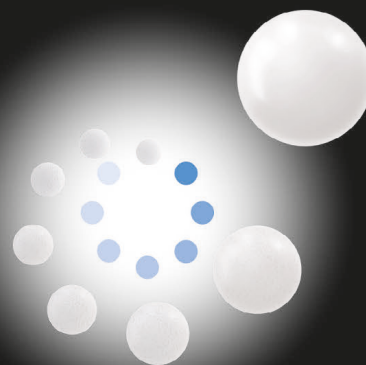
adresser og til alle mottakere i Finnmark og enkelte andre tynt befolkede områder.

Redaktøren ikke lenger tannlege

Gudrun Sangnes skulle egentlig gå av i 2007 da hun var 65 år, daværende aldersgrense for ansatte i NTFs sekretariat og Tidende. Så ble hun bedt av hovedstyret om å fortsette i to år til – sikkert fordi hun gjorde en god jobb, men også fordi man trengte litt mer tid til å utrede. Det store spørsmålet var om man kunne forlate kravet om at redaktøren av NTFs Tidende måtte være tannlege

Resultatet ble at stillingen skulle lyses ut høsten 2008 for både tannleger og ikke-tannleger, og det meldte seg tre søkere – to tannleger og en ikke-tannlege, Ellen Beate Dyvi, som hadde vært journalist i Tidende siden 2000. Hun er av utdanning cand.polit. med hovedfag i Medier og kommunikasjon, og har arbeidserfaring fra Utenriksdepartementet, Universitetet i Oslo, Norges

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



Tidendes faste medarbeidere på fulltid (f.v.): Ansvarlig redaktør Ellen Beate Dyvi, redaksjonssjef Kristin Aksnes og markedsansvarlig Eirik Andreassen. Foto: Dag Kielland Nilsen.

Eksportråd og Fiskeridepartementet som konsulent, forsker, informasjonsrådgiver og -sjef.

Dyvi hadde tidligere sagt at hun ikke var innstilt på å bli redaktør, men hadde ved nærmere ettertanke kommet til at det kunne være en fin ny utfordring. I løpet av prosessen med intervju og senere ansettelse ble det avklart at hun ville få vitenskapelig(e) redaktør(er) i deltidsstilling, slik hun selv ønsket. Dessuten var bemanningen i redaksjonen for øvrig, med Kristin

Aksnes som nå ble redaksjonssjef og Eirik Andreassen som markedsansvarlig, stabil og svært god. Frilansjournalister kommer i tillegg.

Deltidsstilling som vitenskapelig redaktør ble lyst ut, men det meldte seg ingen søkere. Det ble likevel ikke vanskelig å rekruttere to vitenskapelige redaktører: Professor Nils Roar Gjerdet fra Universitetet i Bergen som fra før hadde hatt mye kontakt med NTFs Tidende, både som leder av redaksjonskomiteen, som fagfelle og til dels som

journalist på frilansbasis, sa seg interessert. Dessuten ble førsteamanuensis Jørn A. Fridrich-Aas fra Universitetet i Oslo foreslått av Tidendes fagråd (nå redaksjonsråd). De ble begge engasjert i hver sin 20 prosent stilling på konsulentbasis. Hvordan samarbeidet i redaksjonen foregår, kan man lese om i intervjuet med Gjerdet og Fridrich-Aas i årets sommerhefte, Tidende nr. 6, 2015.

Fra og med sommeren 2009 har Tidende hatt denne bemanningen, med totalt 3,4 stillinger, som innebærer en reduksjon fra fire hele stillinger. Frilansjournalister kommer i tillegg, som før.

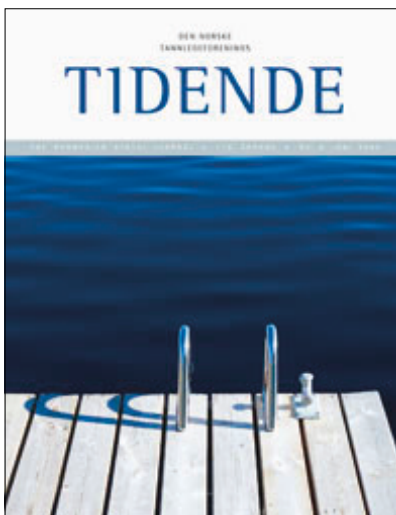
Foreningen og tidsskriftet

Høsten 2011 opprettet NTFs hovedstyre en arbeidsgruppe som i samarbeid med Tidendes ansvarlige redaktør skulle utarbeide forslag til ny formålsparagraf for Tidende samt dokumenter som fastsetter utgivers, redaksjonskomiteens og redaktørens roller. Fagpressen, der Tidende er medlem, ble engasjert som rådgiver. Arbeidsgruppen hadde som mål å formalisere minst mulig for å unngå prosessen med å konsultere representantskapet når det var behov for endringer.

Etter flere interne høringsrunder la hovedstyret frem et forslag som ble vedtatt av NTFs representantskap i 2013. Dokumentene sikrer Tidendes redaksjonelle frihet og tydeliggjør rollene som henholdsvis ansvarlig redaktør, utgiver og redaksjonskomité. Disse dokumentene ligger både på Tidendes nettsted under Om Tidende og på NTFs nettsted under Organisasjonen, Tidende. Av formålsparagrafen fremgår det at Tidende som er heleid av NTF, er «et redaksjonelt uavhengig organ som styres etter Redaktørplakat, pressens Tekstreklameplakat og Vær Varsom plakat, samt lov om redaksjonell friдом i media».

Redaksjonskomiteen har som oppgave å føre tilsyn med NTFs Tidende og skal i samråd med ansvarlig redaktør trekke opp retningslinjer for virksomheten. Vanligvis møtes komiteen én gang årlig, og den avgir beretning til representantskapet. Dessuten fungerer den som jury ved utdelingen av de to Tidende-prisene.

Hva som ikke er formalisert, er Tidendes redaksjonsråd. Redaksjonsrå-



Ny redaktør og nytt design på forsiden, nr. 8, 2009.

det (tidligere kalt fagråd) består fra 2014 av ti medlemmer som representerer både bredden i odontologien og de tre tannlegeutdanningene i Norge. Rådet har som oppgave å holde Tidende orientert om forskning ved institusjonene og oppmuntre forskere til å skrive for Tidende. Medlemmene skal også bidra til å foreslå personer som kan påta seg fagfellevurdering. Rådet oppnevnes av Tidendes redaksjon.

Det foreligger heller ingen instruks for de vitenskapelige redaktørene, slik at stillingenes omfang og innhold må vurderes og vedtas når redaksjonen

eller eventuelt redaksjonskomiteen ser behov for en ny vurdering.

Veien videre

Konklusjonen må bli at NTFs Tidende lever i beste velgående, både på papir og på nettet. De regelmessige leserundersøkelsene viser at tannlegene setter pris på bladet og bruker tid på å lese det. Nå er også distribusjonen blitt så bra at de aller fleste mottar bladet dagen etter utgivelsen. Redaksjonen er fornøyd med tilgangen på stoff, både fagartikler, aktualitetsstoff og debattinnlegg.

Ingen store planer om endringer foreligger, bortsett fra at redaksjonen jobber med å utvikle «apper» for lesing av Tidende på iOS og Android. Disse blir trolig lansert i løpet av høsten, og i 2016 kommer det en ny leserundersøkelse. Siden disse undersøkelsene er kvantitative, kunne det vært spennende også med en kvalitativ undersøkelse. Men noe mindre pretensiøst enn å gjennomføre en slik undersøkelse, kunne være å etablere et leserpanel bestående av praktiserende tannleger som kunne diskutere Tidendes innhold og måten stoffet blir presentert på. Redaksjonen har imidlertid gjentatte ganger invitert leserne til å delta i slikt panel uten å få respons. Den eneste som har meldt seg, var en person som vurderde å begynne på tannlegestudiet.

Reidun Stenvik



Tidendes vitenskapelige redaktører (f.v.) Jørn A. Aas og Nils Roar Gjerdet. Foto: Cathrine H. Enoksen.

Kilder

Sollund A: Den norske tannlegeforening gjennom 100 år, Oslo 1984.

Reidun Stenvik: Fra tannlegekunst til helseprofesjon. Den norske tannlegeforening i 125 år, Oslo 2009.

Tidende i 100 år, jubileumshefte. *Nor Tannlegeforen Tid.* 1990; 100: 588–651.

Stenvik R: Tre redaktører rundt et bord. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 562–5.

Stenvik R: Tidendes vitenskapelige redaktører – digitalt tospann. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 566–7.

Dyvi EB: Personlige meddelelser, Oslo 2015.



SITT DEG STERK

Med en ergonomisk korrekte sittestillinger kan vi hjelpe deg så du unngår smerter i nakke, skuldrer og rygg på klinikken. Prøv en stol gratis i 14 dager, og føl forskjellen.

Møt oss på Nordental-messen på stand B01-02.

LIC Scadenta
Tlf. 67 80 58 80
www.licscadenta.no

Dynamostol Danmark
Tlf. +46 46 75 09 70
www.dynamostol.dk

SITT DEG STERK
dynamostol® d

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**

Black Is White – Whitening

Brush your
TEETH WHITE



Frisk sitrus



Ekstra
mild smak

Fra svart til hvitt – «Black Is White»

tannkrem for hvitere tenner fjerner misfarging ved hjelp av aktivt kull og uten slipe- eller blekemidler, samtidig som den bidrar til god munnhelse.

«Black Is White» tannkrem for hvitere tenner fjerner misfarging ved hjelp av aktivt kull og uten slipe- eller blekemidler. 1450 ppm fluorid. Enzymatisk prosess. 15 000 ppm hydroksylapatitt. Blått fysisk filter; gir en kjølede følelse mens man pusser tennene. Uten SLS. Uten triklosan. Uten blekemidler. Brukes som vanlig tannkrem. RDA ~ 50.

Produsert i Sveits.

Leveres av:

Best Dental Trading • boks 704, 8203 Fauske • tel. 75 64 65 66

E-post: bestdental@bestdental.no

Besøk oss på Nordental
på stand B04-26

Juridisk rådgivning for medlemmer av NTF

Sekretariatets saksbehandlere innenfor jus og arbeidsliv opplever svært stor etterspørsel fra medlemmene etter individuell juridisk rådgivning. Både tilbakemeldinger gitt i NTFs medlemsundersøkelse og i forbindelse med enkelthenvendelser til sekretariatet viser at ikke alle er like godt kjent med hvilken bistand de kan forvente av NTFs sekretariat på dette området. NTFs hovedstyre har derfor bedt sekretariatet om å lage en beskrivelse av tilbudet om juridisk rådgivning til medlemmene. Beskrivelsen av dette medlemstilbudet følger nedenfor og vil også bli publisert på NTFs nettsted.

I spørsmål som er knyttet til yrkesutøvelsen som tannlege, vil NTFs sekretariat kunne bistå med juridisk rådgivning i et avgrenset omfang.

Krav om medlemskap og karenstid

Bare medlemmer av NTF omfattes av tilbudet om juridisk rådgivning.

Du må ha vært NTF-medlem i minst 3 måneder for å kunne få juridisk rådgivning og i minst 6 måneder for å få hjelp ved tvist som går til megling, forliksråd eller domstol. Problemet du søker bistand for må ha oppstått etter karenstidens utløp. Medlemstid som studentmedlem likestilles med ordinær medlemstid.

Du må i tillegg være à jour med betalingen av din medlemskontingent før bistand kan gis.

Hva omfattes av tilbudet?

Tilbudet om juridisk rådgivning innebærer at du som NTF-medlem kan henvende deg til sekretariatet og be om hjelp til å besvare juridiske spørsmål eller å få bistand til å løse en konkret sak/tvist.

a. Kjerneområder for den juridiske rådgivningen er arbeidsrett, hel-

serett og kontraktsrett (fortrinnsvis samarbeidskontrakter mellom praksiseier og assistenttannlege).

b. Også andre spørsmål knyttet til yrkesutøvelsen og det å drive/ starte opp virksomhet som tannlege besvares i en viss utstrekning. Som eksempler kan nevnes spørsmål knyttet til:

* Lovkrav som forvaltes av ulike tilsynsmyndigheter

F.eks. Arbeidstilsynet, Konkurransetilsynet, Datatilsynet og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

* Klager fra pasienter

Reklamasjonskrav/erstatningskrav og forholdet til Norsk pasientskadeerstatning og NTFs klagenemnder.

* Husleierett

Gjennomlesning av kontrakter, men vanligvis ikke deltakelse i forhandlingsmøter o.l. Det kan etter en konkret vurdering gis bistand ved tvister med utleier.

* Selskapsrett

Gjennomlesning og begrenset rådgivning ift. utforming av aksjonærvtaler/ selskapsavtaler. Det gis ikke individuell rådgivning om valg av selskapsform mv.

* Skatterett

Generell og begrenset informasjon om regelverket, men ikke bistand til individuell skatterådgivning.

* Pensjon og pensjonsrettigheter

Generell og begrenset informasjon om regelverket og om rettigheter utledet av tariffavtaler. Det gis ikke bistand til beregning av pensjon og tilpasninger knyttet til uttak av pensjon.

NTF har inngått avtale med konsultentselskapet Actecan som gir medlemmer rabattert pris på individuell pensjonsveiledning og pensjonsfaglig bistand. Mer informasjon om dette tilbudet finnes på NTFs nettsted under fanen «Medlem».

Det ytes bare juridisk rådgivning i saker som er knyttet til yrkesutøvelsen. Det ytes ikke juridisk rådgivning privatrettslige saker, f.eks. familierett (skilsmisse, barn, arv/generasjonsskifte) og tvister vedr. fast eiendom. Det ytes heller ikke bistand i saker om rene pengekrav mot f.eks. en leverandør (reklamasjonskrav).

Sekretariatet og den enkelte rådgiver vil til enhver tid måtte vurdere omfanget av bistand i enkeltsaker. Dette vil avhenge av en konkret vurdering av saksområde, alvorlighetsgrad mv. I mange saker vil rådgivningen være begrenset til informasjon om relevant regelverk eller svar på avgrensede spørsmål. I andre saker ytes kun veiledning om hvordan en sak kan tas videre, f.eks. overfor offentlige myndigheter («hjelp til selvhjelp»). I noen saker – normalt innenfor de tre kjerneområdene arbeidsrett, helserett og kontraktsrett – kan det gis mer omfattende rådgivning/bistand.

I alle saker der det er mulig, forventes det at medlemmene gjør en egeninnsats for å løse det juridiske spørsmålet de står ovenfor.

Tvisteløsning

NTF's medlemsrådgivere foretar en individuell vurdering av hvor omfattende bistand som kan tilbys, og om bistand evt. skal gis som prosessfullmektig i rettssaker. Sistnevnte er normalt bare aktuelt ved oppsigelsessaker og ved dirkesøksmål fra pasienter.

Om interessetvister mellom medlemmer

I noen saker kan to medlemmer av NTF ha motstridende interesser. Advokatiske regler og hensynet til enkeltmedlemmet tilsier ofte at begge medlemmene ikke kan representeres av samme juridiske rådgiver eller av to ulike rådgivere som begge er ansatt i NTFs sekretariat. I slike saker vil rådgiverne



i NTFs sekretariat ikke kunne bistå en av partene mot den andre. NTFs tilbud i slike saker er vanligvis mekling, og bistand til å finne en forhandlingsbasert løsning. Dette forutsetter forhandlings- og forliksvilje fra begge parter.

NTFs rolle i arbeidskonflikter

Vi yter arbeidsrettslig bistand overfor medlemmer både i offentlig og privat sektor.

I offentlig sektor er NTF en arbeidstakerforening for ansatte tannleger. Som offentlig ansatt tannlege kan medlemmer få bistand i ulike typer arbeidskonflikter med arbeidsgiver. De tillitsvalgte tannlegene (UTV) i det offentlige (staten, fylkeskommunene og helsefor- etakene), er NTFs førstelinjetjeneste overfor medlemmer som har behov for bistand. De tillitsvalgte får opplæring og oppfølging fra NTFs sekretariat for å være godt rustet for denne jobben. Dersom du som offentlig ansatt tannlege trenger bistand i en arbeidskonflikt bør du først ta kontakt med din lokale tillitsvalgte dersom det er mulig.

NTF bistår også ledere i det offentlige dersom de som arbeidstakere har en arbeidskonflikt med sin arbeidsgiver. Dersom du som tannlege i en lederstilling derimot er part i en konflikt der du representerer arbeidsgiversiden, må du primært søke bistand fra din overordnede. Arbeidsgivers HR-avdeling og juridiske støtteapparat forventes også å bistå deg som leder i konflikten med den ansatte tannlegen.

I privat sektor har NTF en annen rolle ved arbeidskonflikter. NTF er ikke en arbeidsgiverforening, men bistår

sine næringsdrivende medlemmer i arbeidsgiverspørsmål. Dersom du som praksiseier er i konflikt med en av dine ansatte tannhelsesekretærer/assistenter eller tannpleiere vurderes omfanget av juridisk bistand på samme måte som i offentlig sektor. Er konflikten derimot med en ansatt tannlege, og dere begge er medlemmer av NTF, kan NTF ikke representere en av partene (se avsnittet over om interessetvister mellom medlemmer). Vi vil imidlertid kunne tilby mekling slik at dere kan forsøke å løse konflikten gjennom forhandlinger.

Dersom arbeidsgiver ikke er tannlege eller medlem av NTF vil ansatte tannleger i privat sektor kunne få bistand på samme måte som ansatte tannleger i offentlig sektor.

Se mer om NTFs rolle i arbeidskonflikter i følgende artikkel i Tidende: <http://www.tannlegetidende.no/i/2015/3/d2e2331>.

Hvordan kommer du i kontakt med oss?

Du kan henvende deg til oss enten pr. telefon eller skriftlig. Husk å oppgi ditt medlemsnummer når du tar kontakt med oss.

Opplysninger om tider du vanligvis kan treffe en saksbehandler er angitt på NTFs nettsted. Det er ikke mulig selv å velge hvilken saksbehandler som skal bistå deg.

Skriftlige henvendelser skal fortrinnsvis sendes til følgende e-post adresse: jus@tannlegeforeningen.no. Innkomne saker vil bli fordelt til en saksbehandler så snart som mulig, og vanligvis innen en uke etter at henvendelsen er mottatt på nevnte e-post adresse.

delsen er mottatt på nevnte e-post adresse.

Hva skjer etter at saken er blitt tildelt en saksbehandler?

Etter at saken er fordelt vil du motta en oppdragsbekreftelse direkte fra saksbehandler. Oppdragsbekreftelsen vil sikre at vi har en felles forståelse av rammene og betingelsene for oppdraget. Vi påtar oss et ansvar for å følge opp saken først når oppdragsbekreftelse er sendt.

Dersom din henvendelse kun inneholder spørsmål som kan besvares i en e-post, vil du bare motta en kortfattet bekreftelse på at saken er mottatt og fordelt, og ingen omfattende oppdragsbekreftelse. Dersom svar på ditt/dine spørsmål kan gis innen rimelig tid vil du bare motta svaret.

NTFs Rettshjelpsordning

Medlemmenes behov for juridisk bistand innenfor yrkes- og næringsrelaterte områder skal primært søkes ivare tatt av NTFs advokater, forhandlings- sjef/jurist og andre medlemsrådgivere.

Bistand fra Rettshjelpsordningen er et sekundært og betinget tilbud til medlemmene. Det kan ytes økonomisk støtte, hovedsakelig til ekstern advokatbistand, dersom sekretariatet, NTFs tillitsvalgte eller foreningens organer for øvrig, ikke kan ivareta medlemmets behov for bistand. Sekretariatet skal kontaktes før ekstern advokat engasjeres, med sikte på å avklare om medlemmets behov kan ivaretas av NTF.

Rettshjelpsordningens vedtekter finnes på NTFs nettsted.

Dette er den andre artikkelen i en artikkelserie om pensjon. I forrige artikkel ble offentlig tjenestepensjon etter pensjonsreformen beskrevet. Artiklene er skrevet av Sissel Rødevand og Fredrik Haugen i Actecan. Tannlegeforeningen har en avtale med Actecan som medlemmene av Tannlegeforeningen kan benytte, om individuell pensjonsveiledning. Mer informasjon om samarbeidet finnes på www.tannlegeforeningen.no/medlem/fordeler/Actecan--pensjonsrdgivning.aspx

Privat tjenestepensjon etter pensjonsreformen

Privat tjenestepensjon er tilpasset pensjonsreformen ved at det er innført mulighet for uttak fra 62 år uansett om du fortsetter i arbeid eller tar ut folketrygden da. Videre er det åpnet for en ny type pensjonsordning, hybrid, som har samme opptjeningsprinsipp som i folketrygden, med opptjening av en pensjonsbeholdning hvert år, og levealdersjustering.

Pensjonsreformen som trådte i kraft i 2011 ble nærmere beskrevet i vår forrige artikkel. I denne artikkelen ser vi nærmere på pensjonsordningene i privat sektor. Vi ser her på alderspensjonen, uførepensjon vil bli nærmere beskrevet i en egen artikkel.

Fire pensjonslover

Det er fire pensjonslover i privat sektor:

- * Lov om foretakspensjon (som bestemmer utformingen av ytelsespensjon)

- * Lov om innskuddspensjon i arbeidsforhold (som bestemmer utformingen av innskuddspensjon)

- * Lov om tjenestepensjon (som bestemmer utformingen av hybridordninger)

- * Lom om obligatorisk tjenestepensjon (som fastsetter minstekrav til pensjonsordninger i privat sektor, som er 2 % av lønn mellom 1 og 12 G i en innskuddsordning og hybridordning, og noe som tilsvarer dette i en ytelsesordning, samt premie/innskuddsfritak ved uførhet)

Før 2001 var det kun tillatt med ytelsesbaserte tjenestepensjonsordninger i privat sektor (innenfor skattereglene). I 2001 ble det åpnet for innskuddsbaserte tjenestepensjonsordninger. Obligatorisk tjenestepensjon for alle arbeidstaker etter nærmere fastsatte regler ble innført i 2006. I 2014 ble det åpnet for hybridordninger.

Med innføringen av obligatorisk tjenestepensjon i 2006 tegnet nesten alle bedrifter som til da ikke hadde hatt tjenestepensjonsordning, innskuddspensjon. Med bakgrunn i stadig økende kostnader på ytelsesordningene og lav avkastning, samt regnskapsregler som kan gi store negative utslag på egenkapitalen i bedrifter for regnskapsføring av pensjonsordninger, har svært mange bedrifter som hadde ytelsesordninger gått over på innskuddspensjonsordninger. Noen har lukket ytelsesordningene for eldre arbeidstakere, slik at disse har fortsatt med ytelsesordninger.

Hybride pensjonsordninger ble tillatt fra 2014, men først i år har to livselskap: Storebrand og Sparebank 1, utviklet og tilbudt produktet. Det er derfor først nå kundene begynner å vurdere dette produktet seriøst.

Hvem kan/skal ha privat tjenestepensjon – selvstendig næringsdrivende

Private tannleger har gjerne forskjellige selskapsformer for sin virksomhet.

Noen er selvstendig næringsdrivende, andre har ansatte der de selv enten er med i firmaet eller ikke. Det vil derfor være forskjeller i når det er krav om obligatorisk tjenestepensjon. Dette vil vi komme tilbake til i en senere artikkel.

Likheter og forskjeller mellom de forskjellige pensjonsordningene

Det er stor valgfrihet for bedriftene knyttet til både hva slags ordning de vil tegne og hvor mye innbetaling/pensjon de vil gi til de ansatte, så lenge minimumskravene etter lov om obligatorisk tjenestepensjon er oppfylt. Pensjonsordningene er svært ulike og kan være vanskelige å sammenligne, noe som er en utfordring særlig ved omdanning av

ytelsesordning til innskuddspensjonsordning. Her gjengis noen hovedelementer som kjennetegner de forskjellige pensjonsproduktene.

I en ytelsesordning er det årlig pensjon som blir fastsatt. Denne kan typisk være på 66 prosent av lønn opp til 12 G fratrukket en beregnet folketrygd. Premien blir fastsatt ut fra størrelsen på denne pensjonen og hvor mye av den som det skal betales for det enkelte året, en garantert avkastning og antagelser om levetid ut fra alder og kjønn. Det er krav om minst 30 års opptjening (fra 37 år) for å få full pensjon.

I en innskuddspensjonsordning er innskuddet fastsatt som prosent av lønn opp til 12 G. Årlig pensjon fastsettes på utbetalingstidspunktet ut fra verdien av de innbetalte midlene med tilført avkastning og valgt utbetalingsperiode. De fleste innskuddspensjonsordningene har individuelt investeringsvalg, det vil si at hver arbeidstaker kan velge hvordan midlene skal investeres innenfor det forsikringssselskapet tilbyr. Typisk vil en moderat investeringsprofil kunne være 50 prosent i aksjer og 50 prosent i renter/obligasjoner. Det gis ingen avkastningsgaranti.

I en hybridordning er innskuddet som for innskuddspensjon fastsatt som prosent av lønn opp til 12 G. Pensjonen utbetales i utgangspunktet livsvarig, og det må innbetales mer for kvinner enn for menn for å sikre lik årlig pensjon. Årlig pensjon fastsettes ut fra pensjonsbeholdningen på uttakstidspunktet delt på forventet gjenstående levetid på samme tidspunkt.

Det kan være individuell investeringsprofil tilknyttet ordningen, men den kan også ha en 0 prosent rentegaranti og ikke ha individuell investeringsprofil. Arbeidsgiver kan velge

å regulere pensjonsbeholdningen med lønnsveksten i samfunnet, G-veksten.

For alle pensjonsordningene skal arbeidsgiver betale omkostninger, det vil si administrasjonskostnader, forvaltningskostnader, premie for rentegaranti m.m., så lenge en person er ansatt. I ytelsespensjon og hybridordningen skal også de fremtidige omkostningene være betalt dersom du slutter i bedriften eller tar ut pensjon. I innskuddspensjon vil kostnadene etter at du har sluttet eller tatt ut pensjon bli belastet deg.

Ytelsespensjon og hybridpensjon er tilpasset livsvarig utbetaling av pensjon. Dersom noen dør vil oppspart kapital gå til de andre som er med i forsikringskollektivet hos pensjonsinretningen. I innskuddspensjon vil oppspart kapital bli utbetalt som pensjon til 21 år til barn, ev. i 10 år til etterlatt

ektefelle/samboer dersom det er nok kapital til dette, etter nærmere fastsatte regler.

En grov oversikt over de forskjellige pensjonsformene er gitt i tabellen under.

Risikoen i pensjonsordningene kan gjerne beskrives som i figuren under. I ytelsespensjon har arbeidsgiver og pensjonsleverandør (forsikringsselskap) all risiko knyttet til utgiftene til pensjon, mens pensjonen er sikret for den ansatte. I innskuddspensjon er risikoen for både langt liv og verdiutviklingen av pensjonsmidlene flyttet over på den ansatte. I hybridordningen er risikoen noe mere delt dersom det er valgt regulering av pensjonsbeholdningen ut fra lønnsvekst og 0 prosent avkastningsgaranti, som er et ansvar arbeidsgiver og tildels pensjonsinretningen har. Den

største risikoen for den ansatte er da levealdersutviklingen.

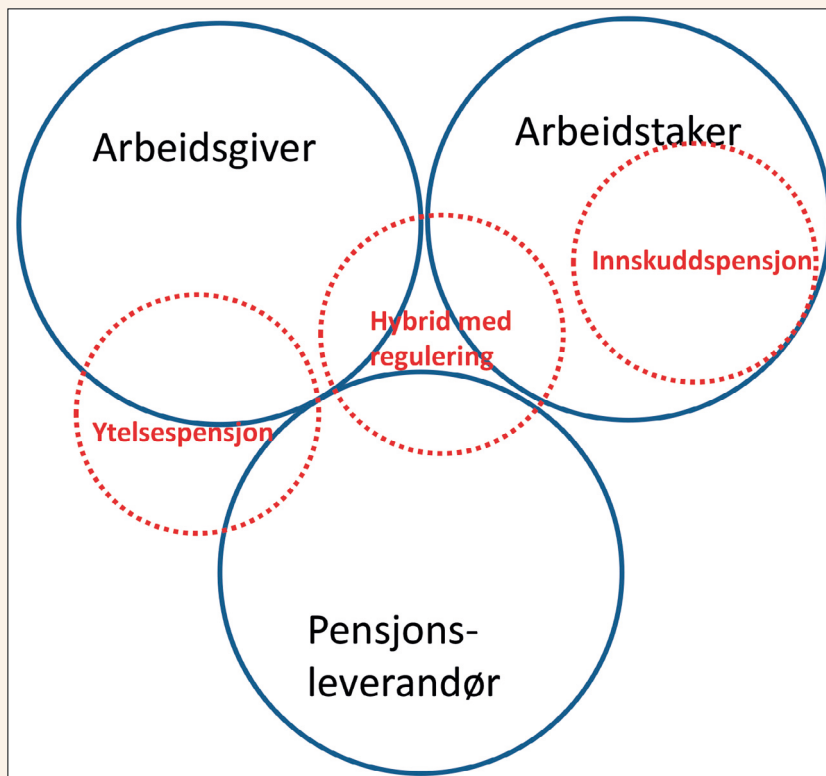
Det er for tiden på høring et forslag til ny ytelsespensjonsordning som skal ha alleårsopptjening og levealdersjustering (høringsfrist 03.08.2015), jf. NOU 2015: 5 «Pensjonslovene og folketrygdreformen IV».

Tilpassinger til pensjonsreformen

I 2011 ble det, som i folketrygden, innført mulighet for å ta ut pensjon allerede fra 62 år fra alle de forskjellige pensjonsordningene i privat sektor. Muligheten for å jobbe ut over 67 år og fortsatt få opptjening lå i pensjonsordningene allerede før 2011. Det er mulig å ta ut pensjon delvis, og det er mulig å ta ut AFP og folketrygd samtidig, og det er også mulig å fortsette å arbeide. Ved tidlig uttak av pensjonen vil årlig livsvarig pensjon bli mindre enn ellers,

Tabell1. Hovedtrekk ved de forskjellige pensjonsordningene

	Ytelsespensjon	Hybrid	Innskuddspensjon
Fastsettelse av pensjon	En prosent av lønn fratrukket <i>beregnet</i> folketrygd	Pensjonsbeholdningen ved uttak delt på forventet gjestående levetid	Pensjonskapitalen ved uttak delt på valgt utbetalingsperiode (minst 10 år, minst til 77 år)
Garantert avkastning	Ja, vanlig med minst 2 %	Kan ha på 0 %	Ikke vanlig
Kjønnsnøytral premie	Nei, høyere innskudd for kvinner	Nei, høyere innskudd for kvinne	Ja
Livsvarig utbetaling	Ja	Ja	Nei
Basert på sluttlønn	Ja	Nei	Nei
Alleårsopptjening	Nei	Ja	Ja
Lønnsregulering av pensjonen/kapitalen	Ja	Kan velges, i så fall etter G-vekst eller foretakets generelle lønnsvekst	Nei
Levealdersjustert	Nei	Ja	Nei, men kvinner vil enten få lavere pensjon enn menn eller lenger tid uten pensjon enn menn
Ved død	Kapitalen går til de andre forsikrede	Kapitalen går til de andre forsikrede	Kapitalen går til etterlatte
Regulering av pensjon under utbetaling	Maks lik G eller etter avkastning ut over grunnlagsrenten	Maks lik G fratrukket 0,75 % eller etter avkastning over 0 %	Ut fra avkastning (fratrullet omkostninger)
Bedriften betaler kostnader knyttet til pensjoner under utbetaling	Ja	Ja	Nei
Regnskapsføring	Balanseføring av forpliktelser, regnskapsføring av kostnader der det bl. a. tas hensyn til fremtidig lønnsvekst	Kan gi noe balanseføring, men lite	Ingen balanseføring av forpliktelser, regnskapsmessige kostnader er lik årets innbetalinger



Figur 1: Risikofordeling i pensjonsordningene

så det er viktig å være klar over hva den livsvarige pensjonen blir på sikt.

Som for folketrygden vil det å ta ut pensjonen senere, og stå i arbeid lenger, kunne gi økt pensjon.

Ut over dette er ytelsesordninger så langt ikke tilpasset pensjonsreformen, og når pensjonen skal beregnes tas det utgangspunkt i et fradrag beregnet ut fra gamle folketrygdsregler.

Som en tilpassing til pensjonsreformen ble det som nevnt åpnet for hybridordninger fra 2014. Disse har alleårsopptjening og levealdersjustering (ved at det er forventet gjenstående levetid ved pensjonsuttak som avgjør størrelsen på årlig pensjon).

Samtidig med åpningen for hybridordninger ble maksimale innskuddssatser i innskuddspensjon økt til samme nivå som maksimalsatsene for hybridordningen og tilpasset nytt «knekkpunkt» på 7,1 G i folketrygden (folketrygden gir ikke pensjon for lønn over 7,1 G). De nye satsene er:

* 7 % av lønn mellom 0 og 7,1 G

* 25,1 % av lønn mellom 7,1 og 12 G

I hybridordningen skal innskudd for kvinner være høyere enn for menn, og satsene som er nevnt her gjelder for

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 overvåking

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

menn. I innskuddspensjon gjelder de maksimale satsene uansett kjønn.

AFP

I tillegg til tjenestepensjonsordningene nevnt over finnes det en annen pensjonsordning, AFP, i privat sektor. Fra 2011 ble denne endret til å gi en livsvarig pensjon fra 62 år (eller senere), mens det tidligere var en førtidspensjonsordning som ga pensjon før 67 år.

For å ha rett til AFP må bedriften være tilsluttet Fellesordningen for AFP, og hovedregelen er at du må ha jobbet i en AFP-tilknyttet bedrift 7 av de 9 siste årene før 62 år. Du får ikke AFP om du er ufør. Ikke alle små foretak kan tilsluttes fellesordningen, og det er krav om minst én arbeidstaker som til sammen utgjør ett årsverk, ut over eier av foretaket.

Størrelsen på AFP-en fastsettes ut fra en årlig pensjonsopptjening på 0,314 prosent av lønn opp til 7,1 G. All inntekt, selv fra andre arbeidsgivere enn den siste og selv fra offentlig sektor, vil telle med i opptjeningen. AFP-en er basert på alleårsopptjening, og den er levealdersjustert som folketrygden.

Arbeidstakere som etter lov eller tariffavtale har lavere aldersgrense enn 62 år er ikke omfattet.

Særaldersgrenser

I ytelsesbaserte pensjonsordninger kan det gis pensjon fra særaldersgrenser og de kan være avtrappende eller opphørende ved 67 år.

Regelverket knyttet til personer som har særaldersgrenser er ikke tilpasset i innskuddspensjon og er dårlig tilpasset i hybridordninger. Det er for eksem-

pel ikke tillatt med økte innskudd for de som har særaldersgrense lavere enn 67 år i innskuddspensjonsordningen, og det er ikke tillatt å avtrappe pensjonen ved 67 år. For hybridordningen er det gitt forskriftshjemmel til å fastsette høyere satser for personer med særaldersgrense under 62 år og i NOU 2015: 5 «Pensjonslovene og folketrygdreformen IV» er det foreslått å tillatte å avtrappe pensjonen ved 67 år. Den omtalte forskriften er imidlertid ennå ikke gitt, og uansett vil den ikke omfatte de som har særaldersgrense mellom 62 og 67 år.

Alle med særaldersgrenser i privat sektor må derfor i øyeblikket benytte ytelsesordninger dersom pensjoner til disse skal håndteres innenfor skatte-reglene.

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



Totalleverandør av teknisk utstyr, service og praksisplanlegging.

Vårt ønske er at enhver kontakt med Dental Sør skal oppleves som **en reise på 1. klasse!**



dental sør
OPPLEV 1. KLASSE

MANDAL - STAVANGER - BERGEN - SKIEN - OSLO - TRONDHEIM

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

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.

Deling av pasientinformasjon – svært begrenset adgang

Jeg har sett at kollegaer deler bilder og annen mulig taushetsbelagt informasjon om sine pasienter i en lukket gruppe på Facebook. Er det anledning til å dele slike opplysninger om pasientene på denne måten?

Svar: På hvilken måte slike opplysninger deles er av mindre betydning. Som følge av taushetspliktbestemmelsene i helsepersonelloven er det svært begrenset anledning til å dele bilder og annen informasjon om sine pasienter med andre.

Hovedregelen om taushetsplikt finnes i helsepersonelloven § 21:

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»

Hovedregelen om taushetsplikt gjelder også mellom helsepersonell. Det kan bare utveksles taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten. Det at partene det utveksles informasjon mellom har selvstendig taushetsplikt gir ikke større rett til å utveksle informasjon om pasienter, verken ansikt til ansikt eller på nettet. En bør ikke i noe tilfelle gå ut fra at det som deles kun kan ses av de andre medlemmene i en gruppe. Uavhengig av antall medlemmer i gruppen kan det tas skjermdump av informasjon som deles, og man har ingen kontroll over hvor opplysningene spres.

Etter helsepersonelloven § 23 kan pasientopplysninger imidlertid gis videre når behovet for beskyttelse anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt. Det må derfor vurderes konkret om enkeltpersoner kan identifiseres på grunnlag av opplysningene som gis. Til illustrasjon kan nevnes at det i forarbeidene til helseregisterloven fremgår at opplysninger som kan knyttes til minst fire-fem individer kan anses som anonymiserte. Det avgjørende er om opplysningene inneholder tilknytningspunkter (som sted, kjønn, alder, diagnose etc.) som til sammen er tilstrekkelig for å kunne identifisere enkeltpersoner. Vær derfor svært forsiktig med å formidle pasientopplysninger også i anonymisert form. Hvis pasienten kan gjenkjennes er taushetsplikten brutt! Husk at det kan være mulig for andre å gjenkjenne en pasient selv om bildet bare viser selve munnen.

Den eneste sikre måten å dele informasjon om pasienter lovlig på i denne sammenheng er med pasientens samtykke, jf. helsepersonelloven § 22. Samtykket innhentes skriftlig, slik at det ikke oppstår noen tvil i etterkant om hva som er avtalt. Samtykket må omfatte tillatelse til å dele personidentifiserbare helseopplysninger offentlig eller i markedsføringsøyemed. Det er ikke tilstrekkelig å si at det kun er en lukket gruppe på Facebook som får tilgang til informasjonen. En tannlege må også alltid vurdere om publisering kan være til skade for pasienten selv om samtykke er gitt.

Konsekvenser av å bryte taushetsplikten

Brudd på taushetsplikten er alvorlig og straffbart. Taushetsplikten skal sikre den tilliten befolkningen må ha for å oppsøke og gi informasjon til helsepersonell. Pasienten skal kunne føle seg trygg på at de opplysninger som gis

ikke kommer frem i andre sammenhenger.

Brudd på taushetsplikten kan utløse flere straffereaksjoner:

For det første kan det ved brudd på taushetsplikten ilegges forelegg for overtredelse av straffeloven. I 2012 fikk en lege et forelegg på 10 000 kroner for å ha lagt ut bilde av en pasient på Facebook for å få hjelp til å stille diagnose. Bildet viste pasientens bakhode og gener, og pasienten ble gjenkjent av et familiemedlem.

For det andre kan Statens helsetilsyn med hjemmel i helsepersonelloven ilegge reaksjoner til helsepersonell som forsettlig eller uaktsomt bryter taushetsplikten.

For det tredje har medlemmer av NTF også plikt til å vise diskresjon ift. pasientopplysninger, selv om disse ikke er omfattet av taushetsplikten, jf. NTFs etiske regler § 4. Overtredelse av de etiske reglene kan sanksjoneres av hhv. Etisk råd eller NTFs hovedstyre.

Annen bruk av sosiale medier

Et økende antall klinikker oppretter egen Facebook-side for sin virksomhet. Det ovenstående er viktig å ta hensyn til også for de som velger å opprette slike sider for å markedsføre sin virksomhet.

Det anbefales å sette seg inn i «Veileder i bruk av sosiale medier i helse-, omsorgs- og sosialsektoren.» Veilederen er utgitt av Helsedirektoratet, og inneholder maler for virksomheter til å utarbeide egne råd om bruk av sosiale medier til ansatte og pasienter. Veilederen tar opp forskjellige personvernutfordringer som følger når helsepersonell og pasienter deltar i sosiale medier, og finnes tilgjengelig på www.ehelse.no.

FREMTIDENS PASIENTBEHANDLING

Vi har troen på at pasientopp-
levelsen blir bedre ved å
anvende ny teknologi. Hos
Dentinor er pasienten og
tannlegen involvert i hele den
tanntekniske produksjonen.
Resultatet? En bedre prosess
og garantert fornøyd pasient!



”Tidligere, da vi lagde MK-broer,
kunne det være avvik som
medførte at broa måtte returneres
til laboratoriet. Nå, med bruk av
TRY-IN, er justeringer underveis
blitt en naturlig del av behand-
lingen. Det skaper forutsigbarhet
for både meg og pasienten.
Nå vet vi at den ferdige broa
er nøyaktig slik vi vil ha den.”

Tannlege Fredrik Skodje,
Apollonia Tannklinik



- ◆ TRY-IN
- ◆ 3D Kommunikasjon
- ◆ Digitale avtrykk
- ◆ Estetisk Fullzirkon

Fremtidens pasientbehandling starter på
dentinor.no eller 33 35 01 80

DENTINOR
TANNTeknikk

Kjøp
3 pakker
Dissolving
Whitening Strips
- betal for 2!*



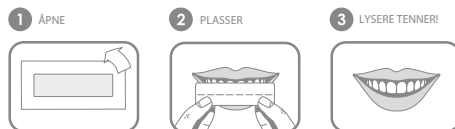
Selvoppløselige blekestrips - raskt og enkelt!

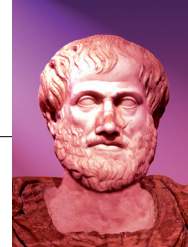
Med WhiteWash selvoppløselige blekestrips er det lett å få lysere tenner. De er nesten usynlige og kan for eksempel brukes på vei til jobb, på joggeturen eller foran TV-en.

Stripsen inneholder 6 % hydrogenperoksid og virker i 20 minutter før de løser seg opp. Enkelt for deg og enkelt for pasienten!

Besøk oss på Nordental for gratis prøve!

* Tilbudet gjelder ut oktober 2015 eller så langt lageret rekker.





Etikk på landsmøtet

Moderne odontologi bygger på forskningsbasert kunnskap eller evidens. Dette er samtidig et fagområde som i svært stor grad er avhengig av utstyr og materialer. Både til undersøkelse, diagnostisering og behandlingsprosedyrer er utvalget og tilbudet kjempestort. Tilbydere har oss tannleger, eller den enkelte tannklinikker som kunder. Dentalbransjemarkedet er stort og voksende her hjemme, og nærmest overveldende internasjonalt.

Hvor flinke er tilbyderne til å presentere sine produkter med evidensbasert informasjon? Er vi som kunder flinke nok til å forlange god dokumentasjon, eller blir vi gjerne narret av flotte og fargerike brosjyrer og fristende tilbud? Kjøper vi bare det som er billigst? Sunn økonomi er naturligvis en forutsetning for vår virksomhet. Dette kan oppnås med fokus på utstyr og materialer som tjener pasienten best. Som tannhelsepersonell får vi nok den dokumentasjon og service fra dentalbransjen som vi

etterspør. Vi skal spille på lag, men som tannhelsepersonell skal vi også stille krav!

Det dreier seg om tannhelsetjenester. Men også tjenester i grenselandet? Tannbleking er blitt vanlig. Skal vi også tilby å fjerne rynker på leppen, eller i pannen? Er det mer spennende og, eller, mer innbringende enn å behandle den samme gamle biofilmen og følger tilstander i tannsettet? Når behandler vi sykdom i tenner og tannkjøtt? Har vi fokus på å behandle tannsykdommer i en tidlig fase, eller er industriens sterke fokus på flotte tannerstatninger mer interessant?

Vi har en stolt historie i norsk odontologi. Ta vare på tradisjonen.

Også i år finner du medlemmer fra NTFs råd for tannlegeetikkk på Etikkhjørnet på NTFs landsmøte.

Etikkhjørnet er en møteplass for medlemmene. Her kan du møte medlemmer av rådet direkte, og ta opp

etiske spørsmål eller problemstillinger med oss.

Medlemmene står fritt til å spørre oss om det de måtte ønske. Noen ganger kan det være vanskelig å gi direkte svar, og noen ganger dreier det seg om juridiske spørsmål som må stilles til juridisk avdeling i NTF. Men kom gjerne innom oss med det du lurte på.

Hvis du har en spesiell sak du vil referere er det fint hvis du anonymiserer den, da er det lettere å være objektiv.

Også i år har vi med oss noen kasus og problemstillinger som vi gjerne vil diskutere med medlemmene.

Det er viktig for oss i rådet å få tilbakemeldinger fra medlemmene.

Kom gjerne innom og ta en kaffe med oss på Etikkhjørnet.

Godt landsmøte!

*Morten Klepp og Maria E. Alvenes
NTFs råd for tannlegeetikkk*



Norsk Tannvern®

Vi sees på Nordental 2015



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 Bendiksbys,
tlf. 31 28 43 14

Erik Mønter Strand,
tlf. 32 13 26 06

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

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

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

Björg Figenschou,
tlf. 72 41 22 60

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

Harald O. Pedersen,
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubæk,
tlf. 71 29 38 54

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

Hans Haugum,
tlf. 74 27 21 90

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

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

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

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

Elisabeth Langberg,
tlf. 51 55 09 31

Romerike Tannlegeforening
Trygve Næsheim,
tlf. 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

Tetric EvoFlow[®] Bulk Fill

Den flytende bulk-fill kompositten

**Effektiv
posterior restaurering!**

KJØP 3
FÅ 1 GRATIS

www.ivoclarvivadent.com/flow-bulkfill



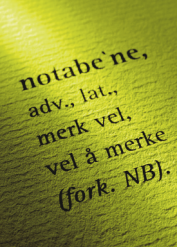
Det ideelle supplementet til Tetric EvoCeram[®] Bulk Fill

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AB Representant Clinical:

Anita Moen, Mobil: 95 16 39 00, info@ivoclarvivadent.se

ivoclar[®]
vivadent[®]
passion vision innovation



Dugnad for flyktninger

Mange flyktninger og asylsøkere som kommer til Norge er svært ressurssterke. Universitetet i Oslo (UiO) ønsker å gå aktivt ut med informasjon om hvordan de kan bruke eller gjøre ferdig sin høyere utdanning i Norge. Vi tar derfor initiativ til en akademisk dugnad for flyktninger, sier rektor ved Universitetet i Oslo, Ole Petter Ottersen.

Den siste tiden har det kommet et høyt antall flyktninger og asylsøkere til Norge. Mange av de som tar seg til Norge har høyere utdanning fra hjemlandet, og flere har måttet avbryte utdanningsløpet for å flykte.

– Det er en sterk dugnadsånd i Norge og vi ønsker med dette å vise de som kommer til Norge at vi ønsker deres bidrag. Vi mener det er viktig at flyktningene tas imot som hele mennesker og at de gis anledning til selvrealisering. Dette kan gi flyktningene håp om

en bedre fremtid, og det vil sikre bedre integrering i vårt samfunn, sier Ole Petter Ottersen.

Målet er å gi flyktninger og asylsøkere med høyere utdanning oversikt over hvordan de kan forberede seg til å studere videre eller jobbe i Norge. Dette kan gjøres gjennom dagsarrangementer der norsk høyere utdanning beskrives og det gis informasjon om innpassing og godkjenning av utdanning.

UiOs dugnad skal i første omgang inneholde informasjon om hvordan flyktninger kan få sin utdanning godkjent og tilby informasjon om opptak og studietilbud ved norske utdanningsinstitusjoner. Vi ønsker også å gi informasjon om hvordan man rent praktisk kan fullføre, eller få sin utdannelse godkjent i Norge. Informasjon om det norske samfunn og arbeidsmarked samt

betydningen av å lære seg norsk språk vil også være en del av programmet.

– For å gi et best mulig tilbud er vi avhengig av samarbeid med andre institusjoner. Vi kontakter derfor Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK), Samordna Opptak, Senter for internasjonallisering av utdanning (SIU), Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) og andre. Vi ønsker å samarbeide med Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) om dette initiativet, og HiOA har signalisert interesse for dette. Vi håper at også andre utdanningsinstitusjoner i Oslo-området vil bidra, sier Ottersen.

UiO vurderer flere tiltak sammen med samarbeidspartnerne, heter det i pressemeldingen fra UiO.



TILBAKEBLIKK

1915

Den norske tandlægeforenings Tidende (1890–1915)

Det var den 15de oktober 1890 første hefte kom. O. Seel redigerte. Og den aargangen ga 10 nummer med til sammen 206 sider. Det er en ganske vakker start, særlig naar det tages hensyn til, at stoffet ogsaa var virkelig godt og avvekslende.

2den aargang har 9 nummer med 160 sider, 3dje aargang 10 nummer med 140 sider. Hermed gaar Seel av som redaktør. 4de aargang er uten redaktør og gir næsten bare referater.

Og slik har det gaat de 25 aar igjennem med sterke svingninger og skarpe kurver fra like ned til en aargang med ett hefte, rigtignok paa 80 sider, og op til en aargang på 7 hefter + festskrift med 881 sider. (S. Henrichsen)

September 1915, 8de hefte

1965

Selskapsdannelse i tannlegepraksis

Etter at et medlem hadde tatt opp igjen spørsmålet om selskapsdannelse i tannlegepraksis, besluttet hovedstyret å uttale at man ikke kan samtykke i at en tannlege lar sin virksomhet organisere som et aksjeselskap og selv tar tjeneste i selskapet som lønnet funksjonær. Hovedstyret har derimot ingen innvendinger mot at en tannlege inngår avtale med et aksjeselskap om leie av kontor, utstyr m. v. til bruk i tannlegevirksomheten.

(Vedtak i hovedstyremøte 20. og 21. august 1965.)

Oktober 1965, hefte 8

2005

Tannhelsetjenesteutvalget

Den 16. juni overrakte Tannhelsetjenesteutvalget, også kalt Seierstadutvalget, som ble oppnevnt i mars 2004, sin innstilling til helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen. Utvalget foreslår å innføre gratis tannhelsetjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser, personer med alvorlig rusmiddelmissbruk under rehabilitering, personer med funksjonstap og innsatte i fengsel. Kostnadene ved å gi flere et offentlig finansiert tannhelsetilbud er beregnet til mellom 430 og 490 millioner kroner.

Videre foreslår utvalget rett til stønad til tannbehandling gjennom folketrygden til personer som mottar stønad til livsopphold over en periode på minst seks måneder. Det foreslås i tillegg utvidede rettigheter og forenklinger innenfor trygdens regelverk. Utvalget anbefaler ikke generell trygdefinansiering av tannhelsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt forslaget på høring med høringsfrist 1. november 2005.

September 2005, nr. 10

KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

29.–31. okt.	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se www.tannlegeforeningen.no
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, tlberge@online.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
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
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 tidende@tannlegeforeningen.no

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

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

Enamel HRi

estetisk og enkelt



«Kloning» av emaljen.
Oppbygning med én farge.

www.technomedics.no/hri

Examvision

skreddersydd kvalitet

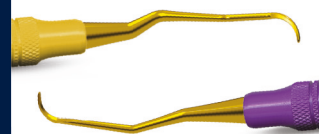


Kompromissløs kvalitet og
suveren optikk etter mål.

www.technomedics.no/ev

Am. Eagle

slipefrie instrumenter



Unike XP håndinstrumenter
som ikke skal slipes.

www.technomedics.no/aexp



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20



FDI-kongressen 2015 ble avviklet i Bangkok med ca. 15 000 besøkende og et variert fagprogram.

NTFs representant Harry-Sam Selikowitz ble valgt som ny leder av FDI vitenskapskomité. Han har sittet som medlem i komiteen siden 2011 og nestleder siden 2013. Komiteen regnes som toneangivende når det gjelder global tannhelsepolitikk.

Ny president for FDI ble franskmannen Patrick Hescot. Han har hatt forskjellige verv i FDI de siste 20 årene, og vært visepresident siden 2013. Han har også vært ekspert på området oral helse for Verdens helseorganisasjon (WHO), og direktør for et av WHOs samarbeidssentre siden 1998.

Hescot understreket i tiltredelsestalen viktigheten av et godt samarbeide med WHO og andre FN-organisasjoner, noe han ser på som nøkkelen til å synliggjøre oral helses rolle i medisin og for generell helse og livskvalitet.

Hescot overtar presidentvervet fra Tin Chun Wong fra Hong Kong.

Husk å melde adresseforandring!
Logg deg inn på Min side på
www.tannlegeforeningen.no

dental townie choice awards 2014
dentaltown.com

Er du lei av høye servicekostnader?

a dec
5 YEAR WARRANTY

Kvalitet er sjelden på tilbud. Dette er et unntak.

Kom innom vår stand **B01-25** på **Nordental** for et fantastisk tilbud.

Oslo Dental as

En annen standard...

Oslo Dental, Torvet 10, 4836 Arendal
Phone: +4792087600
Web: www.oslodental.com
E-mail: post@oslodental.com

a dec
reliablecreativesolutions™

Halvparten forstår ikke helseinformasjonen

En EU-studie viser at kun 47 prosent forstår helseinformasjonen de får, skriver nettstedet til Universitetet i Tromsø (UiT).

– Jeg undret meg ofte over hvorfor voksne folk ikke fulgte opp den informasjonen som ble gitt på tannklinikken, sier universitetslektor og stipendiat ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Linda Stein.

Hun er utdannet tannpleier, og jobbet i flere år før hun begynte å forske på folks evne til å ta imot helseinformasjon fra tannhelsepersonell.

Dårlig forståelse gir dårlig tannhelse

– Hvis folk ikke forstår informasjon fra helsepersonell, er dette viktig helsepolitisk. Det kan føre til økte kostnader for samfunnet og for den enkelte pasient, sier Stein, og nevner noe av det feilinformasjon kan føre til: 1. Dårlig kunnskap om egen tannhelse, 2. Folk oppsøker ikke tannklinikken, eller de uteblir fra timeavtaler, 3. De får dårligere livskvalitet på grunn av dårlig tannhelse og 4. De får kroniske sykdommer.

Internett gir feilinformasjon

Når vi ikke forstår helsepersonell, og i tillegg oppsøker helseinformasjon på nett på egenhånd, kan skaden bli verre.

– Mange googler helsespørsmål. Men på nettet finner de informasjon med ulik grad av evidens, og de får problemer med å tolke informasjonen. Vi vet at slikt deles raskt på sosiale medier, eksempelvis vaksinasjonsmotstanden som har herjet landet, og nå skepsisen til å bruke fluor.

– Helsepersonell må sette av tid til å prate med pasienten, for pasienten er ofte feilinformert allerede før de oppsøker helsepersonell.

Slik gir man forståelig helseinformasjon

Hvordan får man pasienter til å forstå helseinformasjonen? Svaret er enkelt, men også vanskelig. Det krever nemlig god tid med pasientene.

– Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven har enhver pasient krav på spesialtilpasset informasjon. Det holder ikke å få generell informasjon, som en ferdigkopiert stensil i hånda med oversikt over sykdommen, noe som ofte er standardprosedyren.

I sin forskning delte Stein 113 pasienter inn i to grupper. Den ene gruppa fikk vanlig standardinformasjon, den andre fikk et skreddersydd opplegg.

– Siden ord kan bli vanskelig å forstå, brukte vi tannmodeller, beskrivende bilder og pasientenes egne røntgenbilder. Vi pekte, forklarte og var opptatt av å få en toveiskommunikasjon.

I tillegg fikk pasienten et håndskrevet brev. Der var det kun beskrevet noen få helsefremmende tiltak pasienten måtte gjøre hjemme, og hvorfor det var viktig at pasienten fulgte akkurat disse rådene.

Mye bedre tannhelse

Resultatene til Stein viser at den pasientgruppen som fikk spesialtilpasset informasjon hadde mye større forståelse for egen tannhelse, samt at de var mye flinkere enn den andre gruppen til å følge tannpleieren eller tannlegens råd.

– Ved oppfølging etter seks måneder så vi stor forskjell på gruppene, spesielt på tannkjøttbetennelse, sier Stein.

Også når det kom til plakk og tannhygiene var det en klar forskjell på de som hadde fått tilpasset informasjon og de som fikk generell informasjon.

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 anestesilege/anestesisykepleier.

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

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

OPERASJONS AVDELING

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

Implantater:

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

Bentransplantasjon:

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

Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

Andre inngrep:

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

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 klinikken nye operasjons og narkoseavdeling. Ved behandling i narkose deltar anestesilege og anestesisykepleier.

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



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



Fødselsdager

80 år

Arne Hedemark, Schiffdorf, Tyskland, 5. november
 Randi Furseth Klinge, Oslo, 9. november
 Agathe Brenli, Oslo, 14. november
 Ingeborg Jacobsen, Sandvika, 17. november

75 år

Jo Richard Johansson, Sarpsborg, 25. oktober
 Lars-Einar Presthus, Ski, 27. oktober
 Georg Lende, Oslo, 30. oktober
 Karl Daniel Loga, Farsund, 3. november
 Tor Kydland, Gyland, 15. november
 Arvid Verde jr., Sandefjord, 16. november

70 år

Tove Ingul, Sto Esteveao, Portugal, 1. november
 Torstein Tryti, Vetre, 4. november

60 år

Steinar Osmundsen sr., Farsund, 25. oktober
 Einar Eppeland, His, 6. november
 Knut Erik Eide, Lillestrøm, 9. november
 Åse Johnsen Presterud, Trollåsen, 9. november
 Ewa Klos, Stavanger, 19. november

50 år

Elisabeth Samuelsen, Stavanger, 28. oktober
 Kristin Strøm Høvik, Hamar, 1. november
 Trine Lise Lundekvam Berge, Bergen, 2. november
 Reidun Agnalt, Oslo, 6. november
 Hanne Kleven Ingstad, Oslo, 15. november
 Ingvig Hogstad, Oslo, 18. november
 Patrik Cetrelli, Støren, 20. november

40 år

Josefine Mareile Halbig, Harstad, 28. oktober
 Tore Kanestrøm, Fannrem, 29. oktober
 Mona Helene H. Paus, Hvalstad, 29. oktober
 Lars Nustad, Lillehammer, 5. november
 Ellen Holmemo, Knarrevik, 7. november
 Tonje Mjanger Øvretvedt, Rådal, 15. november
 Bjørn Even Gulsvik, Hønefoss, 17. november

30 år

Ann Beate Kvia Kittilsen, Sandnes, 4. november
 Monika Nydal Adolfsen, Rådal, 6. november
 Ilgar Farshbaf, Oslo, 9. november
 Nilesh Gosain, Lærdal, 14. november
 Jin Salim, Mo i Rana, 14. november
 Silje Karin Driveklepp, Borgen, 20. november
 Sabina Cecilija Sate, Gurskøy, 22. november

Dødsfall

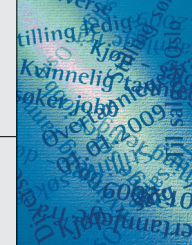
Sekretariatet får dessverre ikke automatisk beskjed om dødsfall. Vi ber derfor medlemmene være behjelpelig med å gi NTF beskjed når en kollega er gått bort. Vennligst kontakt NTF, tlf. 22 54 74 00 eller e-post: post@tannlegeforeningen.no.

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.

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no



■ STILLING LEDIG

Sandefjord

En erfaren og hyggelig kollega søkes til en moderne praksis i Sandefjord. Del/full stilling. Kontakt post@hvaltann.no.

Oslo sentrum

Omgjengelig, fleksibelt, kvalitetsbevisst og faglig oppdatert tannlege i 100% stilling søkes til moderne klinikk i Oslo sentrum.

Meget god pasienttilgang og faglige utfordringer.

Det er ønskelig med interesse for kirurgi og/eller endodonti.

Gode inntjeningsmuligheter. Rask tilfredelse. Erfaring er ønskelig.

Gode kunnskaper i norsk-muntlig og skriftlig er nødvendig.

Er du interessert, vennligst send søknad m/CV til:
sentrumtannlegevakt@gmail.com

Endodontist/Periodontist

Travel privatpraksis i Oslo, ved

Nationaltheatret, søker spesialist på deltid. For mer informasjon ta kontakt på mail; ejlaa@hotmail.com

VIKARTANNLEGE

Det søkes etter en vikartannlege til hyggelig privatpraksis i Bærum.

Vikariatet gjelder 2 dager i uken inntil 1 år. For mer informasjon ta kontakt på mail: sylvei7@live.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 inntektsmuligheter. Søknad kan sendes til kartangenkontor@gmail.com

LEI AV PRAKSISADMINISTRASJON?

Erfaren kollega med egen pasientportefølje i Oslo-området tilbys langsiktig felleskap i spesialistklinikk.

Er du lei av administrasjon av egen praksis, vedlikeholdsproblemer og – kostnader, datakostnader, helsenett, ustabil arbeidskraft, dårlige husleiekontrakter osv.?

Ville du ønsket deg en hverdag med kun pasientbehandling i et hyggelig kollegialt miljø?

Vi kan tilby ny klinikk sentralt beliggende i Oslo, godt kollegialt fellesskap og hyggelig arbeidsmiljø. For mer informasjon kontakt: post@spesialist-tannhelse.no

SPELIALIST I ENDODONTI SØKES

Kollega med spesialistutdannelse i endodonti søkes til samarbeid i spesialistklinikk.

Vi tilbyr nye lokaler sentralt beliggende i Oslo, godt kollegialt fellesskap, hyggelig arbeidsmiljø. Tilrettelagt for maskinell endo og CBCT.

En til to dager i uken/ deltid.

For mer informasjon kontakt: post@spesialisttannhelse.no

Autorisert Tannlege søkes

Grønland TannlegeSenter er en personlig og hyggelig klinikk sentral i Oslo søker etter en tannlege med minst 3 års erfaring snarest.Heltid/Deltid. CV og Referanser kan sendes på

naleksandersen@gmail.com



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

Vilje gir vekst

Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på

www.tannhelse Rogaland.no

Kontaktperson: Helene Haver tlf. 51 51 69 07 eller helene.haver@throg.no



TANNHELSE
ROGLAND



Er du den rette tannpleier?

Knivsberg klinikken Les mer på Finn.no og www.knivsberg.no Søknad sendes til post@knivsbergklinikken.no

TANNLEGE I NORGES VAKRESTE BY



Apollonia Tannklinikk® er en av Norges største tannklinikker med 50 ansatte, 26.000 pasienter under behandling og med åpningstid 365 dager i året. Tannklinikken har moderne lokaler midt i hjertet av ungdomsbyen Ålesund. Her byr vi på et bredt faglig spekter innen tannhelse. Mulighetene er gode for tverrfaglig samarbeid med spesialister innen kjeveortopedi, periodonti, oral protetik, oral kirurgi og oral medisin. Vi tilbyr dessuten tannbehandling under lystgass og narkose, samt at vi samarbeider med psykolog for behandling av odontofobi. Til sammen har vi 16 behandlingsrom og ni tannleger, i tillegg til tannpleiere, tannhelsesekretærer, sterilavdeling, resepsjon, kantine og administrasjon. Tannklinikken benytter Opus og Romexis. Pasienttilgangen er økende og vi har derfor behov for en tannlege til i teamet vårt.

ER DU VÅR NYE TANNLEGE?

Er du faglig engasjert, nøyaktig, arbeidsvillig og serviceinnstilt – kan du være den vi leter etter.

Ålesund og Sunnmøre er kjent for vakker natur med mektige tinder, dype fjorder, flotte fossefall og vakker kystnatur. Ålesund er regionens knutepunkt med gode flyforbindelser til Europa.

UNIVERSITETET I BERGEN (UiB) er eit internasjonalt anerkjent forskingsuniversitet med over 14 000 studentar og vel 3500 tilsette ved seks fakultet og Universitetsmuseet. Universitetet er lokalisert midt i hjartet av Bergen. Det viktigaste bidraget universitetet gjev til samfunnet er framifrå grunnforskning og utdanning med ei stor fagleg breidd.



UNIVERSITETET I BERGEN

Førsteamanuensis (100 %) i odontologi (periodonti)

Institutt for klinisk odontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet

Søknadsfrist: 22. november 2015

www.uib.no/stilling

Jobbnorge.no

Sandgata Tannklinikk

Nordland, Bodø

Vi søker tannlege i 100% stilling snarest.

Praksisen ligger midt i Bodø sentrum og har 5 tannleger og tannpleier.

Opus, Digora og OPG.

Søknad og CV sendes:

therese@sandgata-tannklinikk.no

Odontologisk klinisk koordinator Labrida AS

Labrida AS er et norsk tidligfase selskap som utvikler og markedsfører innovativt medisinsk utstyr for lvedlikehold av tannimplantater (Peri-implantat sykdom). Vi vektlegger klinisk dokumentasjon og kunderelasjoner i vårt produktarbeid, og driver nå en større europeisk multi-senter studie, bl.a. i samarbeid med UiO. Vårt første produkt, Labrida BioClean™, er CE-merket og i salg i Norge og Skandinavia (se også www.labrida.com). Grunnet stor internasjonal interesse har vi nå behov for å styrke staben med ytterligere odontologiske ressurser i en deltidsrolle.

Dersom du er tannlege, evt. spesialist med noen års klinisk erfaring, gjerne med implantater, og har interesse for entreprenørarbeid og industriell utvikling ved siden av din kliniske virksomhet, ønsker vi kontakt med deg. Vi søker en utadventt, selvgående person med bredt interessefelt og sterk faglig bakgrunn som kan jobbe i tverrfaglige team. Hos oss vil du evt. jobbe med alt fra innspill i produktutvikling, oppfølging av kunder, distributører, kliniske studier og akademia, samt utvikling av undervisnings- og markedsføringsmateriale. Rollen og oppgaver vil utvikle seg med erfaring. Vi ser for oss et 40-60% engasjement ved siden av din kliniske praksis.

Dersom dette er av interesse send oss en mail på tbgrunfeld@labrida.no, eller ring Thomas Grünfeld på tlf. 90752771, eller Caspar Wohlfahrt på tlf. 47905629 for å høre mer.

Vi holder til i moderne lokaler sentralt på Majorstua i Oslo.



Sørkedalsveien 10 A • 0369 Oslo • post@labrida.no • www.labrida.no



LABRIDA
PERI-IMPLANT INNOVATIONS



Den norske tannlegeforening

Den norske tannlegeforening (NTF) er en profesjonsforening for landets tannleger. Foreningens formål er bl.a. å ivareta tannlegenes faglige, økonomiske og sosiale interesser. Med over 6300 medlemmer organiserer Den norske tannlegeforening nær alle landets yrkesaktive tannleger. Foreningens hovedoppgaver er knyttet til tannhelsepolitikk, tannlegenes lønns- og arbeidsvilkår, driftsbetingelser og etterutdanning av tannleger. Foreningens sekretariat har tilhold i Haakon Vlls gate 6, sentralt i Vika i Oslo sentrum.

Vår nåværende generalsekretær går av med pensjon 31.12.2015. Vi søker derfor etter ny

Generalsekretær

til vårt sekretariat. Sekretariatet har 24 medarbeidere som sammen dekker et bredt kompetansespekter innenfor odontologi, jus, økonomi, kommunikasjon, pedagogikk og IT.

Vi søker etter en proaktiv, tydelig og strategisk tenkende leder som har

- Utdannelse som tannlege
- God rolleforståelse for hva det innebærer å lede et sekretariat i en medlemsorganisasjon
- God forståelse for samfunnsspørsmål og helsepolitikk
- Gode kommunikasjonsferdigheter og evne til å bygge nettverk
- Evne til å håndtere media og bygge opp et positivt omdømme
- Evne til å skape samhold og bygge tillit i organisasjonen
- Evne til å legge opp åpne og involverende prosesser i spørsmål om organisering og fremtidig utvikling av organisasjonen

Det pågår et langsiktig arbeid med å utforme en fremtidig modell for organisering av NTFs sekretariat inkludert generalsekretærens rolle. Det forventes at generalsekretæren er en aktiv pådriver i dette arbeidet med evne til løpende å prøve ut, forme og justere struktur og roller til beste både for medlemmene og sekretariatets ansatte.

Lønn etter avtale.

Søknadsfrist: 30.10.2015.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til NTFs president, Camilla Hansen Steinum, 996 97 120, eller til generalsekretær, Richard R. Næss, 414 58 407.

Søknad med CV sendes innen søknadsfristen til Den norske tannlegeforening, postboks 2073 Vika, 0125 OSLO, eller på e-post til post@tannlegeforeningen.no.

ledige stillingar i

tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

Les om våre ledige stillingar og finn søknadsskjema her:
www.mrfylke.no/job/tannhelse



SKIEN

Selvstendig, faglig oppdatert, ansvaretsbevisst assistenttannlege søkes til Skien i 100 % stilling, tiltredelse 01.01.16. Gode betingelser. Erfaring fra privat næringsliv en stor fordel. Ønsker deg som har som mål å være i vår klinikk min 2 år. Personlige egenskaper, god arbeidsrytme, generell struktur (praktisk og økonomisk) vil bli tungt vektlagt.

Kontakt Tannlege Bjørn Inge Karsten, tlf 35 52 48 41/ 46 47 47 03. Utfyllende søknad med CV sendes til bkarsten@frisurf.no, kopi til linnbeatea@gmail.com.

■ STILLING SØKES

Erfaren tannpleier søker stilling i Bergen/omegn

Engasjert og blid tannpleier med erfaring søker fast stilling i Bergen/omegn. Har siden jeg var nyutdannet jobbet heltid hos en kjeveortoped i Hauge-sund. Systemet jeg er kjent med er Damon Q. Kan utføre alle oppgaver på klinikken, pasientbehandling, journalføring, sterilisering, laboratorie- og sekretærarbeid m.m.

Kunne gjerne tenkt meg å fortsette i en kjeveortopedisk praksis da jeg trives veldig godt innen dette fagfeltet. Ellers er jeg åpen for alle slags stillinger, og ivrig etter å jobbe som tannpleier evt. kombinert tannhelsesekretær. Både privat- og offentlig sektor er av interesse. Jeg kan være ledig omgående.

Ta gjerne kontakt for mer informasjon mob: 954 42 141, mail: elinius04@hotmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

Drammen- Asker- Oslo

Kvalitetsbevisst tannlege søker samarbeid med kollega som på sikt ønsker å selge sin praksis. Fleksibel overgangsordning. 14 års erfaring fra privat praksis, spesialkompetanse i implantatprotetikk og gode referanser. Ta kontakt for en prat! erfarentannlege@gmail.com

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

TANLEGEPRAKSIS TIL LEIE/ SALG I MYSEN

Selges/leies ut grunnet sykdom. Lyse og trivelige lokaler sentralt i Mysen med god pasienttilgang. Kort vei til tog. Egen parkeringsplass. Offentlig tannlegekontor i samme bygg. Nyere Fimet-unit. Alle leasingkontrakter betalt. Digitalrøntgen. Opus datasystem. Laser. Lett tilgjengelig. Gode parkeringsmuligheter for pasienter. Heis i bygget. Takst utarbeidet av Tonne Dental. Pris diskuteres ved rask avgjørelse. Ta kontakt på tlf. 92 43 26 06 el mail: tannlegemysen@gmail.com

Praksis til salg

på Veitvet/ Linderud i Oslo. Mail: dental@online.no

Tannklinikk i Oslo og omegn ønskes kjøpt

Tannlege med erfaring fra offentlig og privat sektor ønsker å kjøpe en etablert praksis, alternativt samarbeide med kollega som på sikt ønsker å selge.

Tannlegekjoperklinikk@gmail.com



Kjeveortoped
søkes til Oslo og omegn i hel eller deltidsstillinger

For ytterligere informasjon og søknad med CV sendes til e-post: ortodontist@oslo-tannregulering.no

Åndalsnes

Travel praksis i Åndalsnes med mye arbeid og trivelige pasienter selges rimelig grunn- net pensjonering. Planmeca unit, Opus, Kodak digitalrtg. etc.

Tlf. 99101517 eller e-post
bjeri-br@online.no

KLINIKK PÅ SOLKYSTEN TIL SALGS

Se informasjon på
www.practiceincostadelsol.eu

■ DIVERSE

Salg unit

Sirona Unit C2+ m. sprøyte, motor, turbin, scaler, kamera og skjerm selges veldig rimelig. Fulgt alle årlige serviceer. Ta kontakt på mail:
glennericbrathen@hotmail.com

OBS! ADRESSEENDRING – Zina Kristiansen

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

ORAL KIRURGISKE SENTER

BOGSTADVEIEN

Henvisninger rettes til:

Bogstadveien Oralkirurgiske Senter

Bogstadveien 51, 5. etasje, inngang Kirkevn.
0366 Oslo

Telefon 22 46 42 89

Faks 22 56 68 30

E-post post@tb51.no

Nett www.tb51.no

Kort ventetid!

Bogstadveien Oralkirurgiske senter består i dag av tre oralkirurger, som holder til i moderne og velutstyrte lokaler, sentralt i Majorstukrysset.

Spesialistene tar gjerne imot henvisninger for utredning og behandling av kirurgiske og oralmedisinske problemstillinger.

Teamet vårt sørger for at dine pasienter får en god og trygg behandling – før de sendes tilbake til deg.

Våre spesialister:

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin dr. odont Else Kristine Breivik Hals
Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin Hanne Kleven Ingstad
Professor, dr. odont. cand. med. Hans Reidar Haanæs

Vi tilbyr følgende behandlinger:

Kirurgisk fjernelse av tenner/røtter og visdomstenner

Oralmedisinsk utredning

Implantatbehandling

Ben og bløtvevskorreksjon

Rotspissamputasjoner

Kjeveledd/TMD

Cystektomi

Traumebehandling

Orofacial smerteutredning

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!



Mange pasienter trenger ekstra fluor - daglig!

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



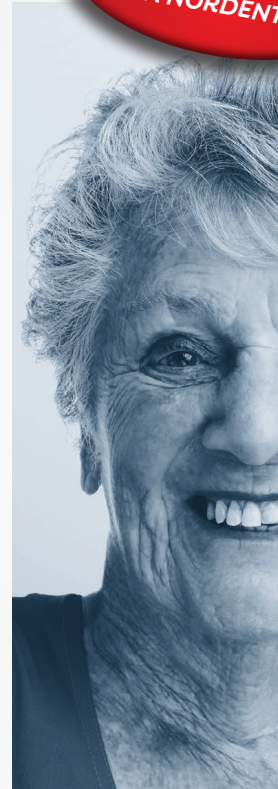
Blottlagte rotoverflater



Munntørhet



Fast kjeveortopedisk
apparat



Nedsatt evne til
daglig munnenhold

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. Schirrmeyer 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

PEOPLE HAVE PRIORITY



TURBIN MED UNIKT LYS

SKYGGEFRITT MED 5 X LED



I TILLEGG TIL DET FANTASTISKE LYSET FÅR DU OGSÅ:

- UNIK RIPEFRI OVERFLATE SOM HOLDER TURBINEN LIKE FLOTT I MANGE ÅR
- 100 % SKYGGEFRITT LYS
- 3 ULIKE HODESTØRRELSER
- STILLEGÅENDE OG KRAFTFULL



Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic AB,
t: 32853380 e: office@whnordic.no, www.wh.com

syneq VISION