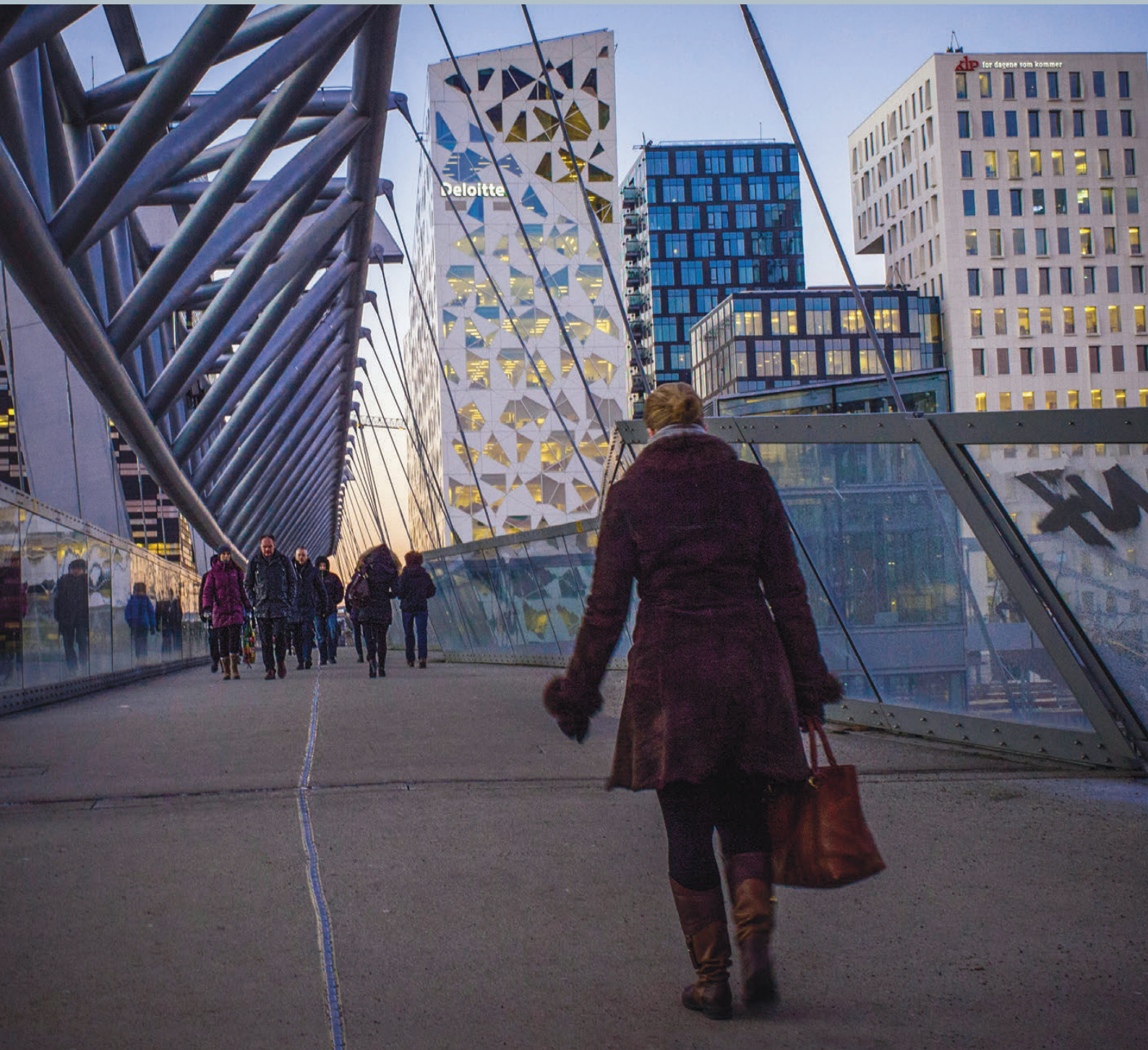


DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 126. ÅRGANG • NR. 4 APRIL 2016



Alle bør stole på
tannlab'en sin!

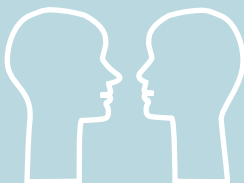
Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på
www.tannlab.no.



FREMSTILLING

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



RÅDGIVNING

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

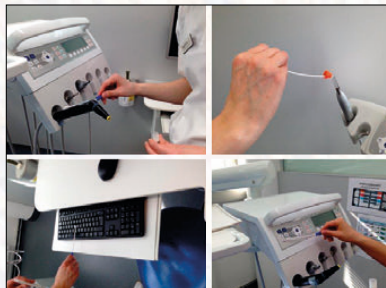
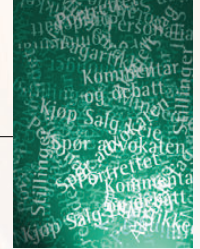


FORMIDLING

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



280



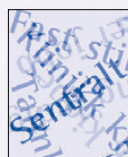
308



316

Rubrikk-
annonser

335



274 **Siste nytt først**

■ **Leder**

277 Vårvisse ting

■ **Presidenten har ordet**

279 Obligatorisk etterutdanning – nye regler, nye muligheter og nye medlemsfordeler!

■ **Vitenskapelige artikler**

280 Mildrid B. Vevelstad, Linn Husøy, Ragnhild Jensen, Marthe Langeland, Livia Thengs, Ingrid Slinde og Marit Øilo: Rent nok? Effekt av overflatedesinfeksjon på tannklinikker

288 Mildrid B. Vevelstad og Marit Øilo: Kjemisk overflatedesinfeksjon på tannhelseklinikker – Oppfølgingsundersøkelser

■ **Kasuspresentasjon**

294 Tine M. Søland, Gry Karina Kjølle og Tore Solheim: Oral melanotisk flekk – en kasuistikk

■ **Doktorgrader**

298 Jenny Bogstad Søvik: Erosjoner blant norske 16–18-åringer. Hyppighet, risikoindikatorer og genetisk variasjon

300 Niels Hågensli: Vellykkede underbittsoperasjoner

■ **Aktuelt fag**

302 Ingar Olsen: Mulig samspill mellom genet for apolipoprotein og periodontitt ved Alzheimers sykdom og enkelte systemiske sykdommer

305 **Bivirkningsskjema**

■ **Aktuelt**

308 NTFs forum for tillitsvalgte, Oslo 3.–4. mars. Mange, mange spørsmål

312 Gardermoen 10.–11. mars – NTFs tariffkonferanse 2016: Forbereder moderat lønnsoppgjør

316 Én trygdeordning for alle: Flere og sterkere pasienter

■ **Kurs og møter**

318 Holmenkollsymposiet 2016

■ **Arbeidsliv og praksisdrift**

320 Forslag om ny offentlig tjenestepensjon – særaldersgrenser en utfordring

323 Spør advokaten

■ **Snakk om etikk**

325 Tredjepart som betaler

■ **Notabene**

326 Tilbakeblikk

327 Kurs- og aktivitetskalender

329 Personalialia

330 **Kompetansekurs i implantatprotetikk**

Fremmer svak forskning



FOTO: YAY IMAGES

Jo sterkere forskningen er, jo mindre publisitet får den i vitenskapelige tidsskrifter, skriver Times Higher Education, ifølge bladet Forskerforum. En analyse av syv internasjonale medisinske tidsskrifter viser at randomiserte, kontrollerte studier – ofte beskrevet som gullstandarden – i mindre grad enn svakere observasjonsstudier blir offentliggjort gjennom pressemeldinger. Halvparten av de publiserte observasjonsstudiene ble presentert i pressemeldinger, mens bare 17 prosent av de randomiserte, kontrollerte studiene ble det – og 14 prosent dersom studiene hadde mange deltakere.

Godt tverrfaglig tilbud

Det tverrfaglige tilbudet til pasienter med alvorlig temporomandibulær dysfunksjon (TMD) ved Haukeland universitetssykehus har gitt gode resultater.

Det viser en evaluering Rambøll AS har gjort for Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Sider/Evaluering-av-strakstiltak-for-TMD.aspx>

TMD er en samlebetegnelse for dysfunksjon og smerte relatert til tyggemuskulatur og /eller kjeveledd med omliggende strukturer. Noen av disse pasientene har langvarige og alvorlige plager, og har i en del tilfeller ikke fått et tilfredsstillende behandlingstilbud i Norge. Derfor ble det i 2013 igangsatt et prøveprosjekt der denne pasientgruppen skal få et tverrfaglig utredningstilbud ved Haukeland universitetssykehus.

Pasientene har blitt henvist til prosjektet av sin fastlege. På Haukeland har de møtt et team bestående av kjevekirurg, kjeveortoped, bittfysiolog, smertelege, fysioterapeut og psykolog-

spesialist. Etter utredningen skal pasientene få behandling nær hjemstedet sitt dersom det er mulig, eller ved Haukeland universitetssykehus.

Tilbakemeldinger fra pasientene viser at de fleste er tilfreds med tilbudet og tverrfagligheten. Prøveprosjektet har begrenset kapasitet, og mange har opplevd lang ventetid. Det har også vært utfordringer knyttet til oppfølging av pasienter lokalt etter utredning. Utredningsteamets behandlere sier at den faglige sammensetningen av teamet er god og relevant for pasientgruppen, og at den tverrfaglige arbeidsformen er av stor faglig verdi.

Helsedirektoratet vil nå se på anbefalingene i rapporten sammen med Haukeland, og vurdere hvordan de kan bidra til et enda bedre tilbud til denne pasientgruppen.

Helse Vest og Haukeland Universitetssykehus har nå søkt om etablering av tilbudet som en nasjonal behandlingstjeneste, og søknaden er til vurdering i Helsedirektoratet. En slik nasjonal behandlingstjeneste vil omfatte både utredning og ulike behandlingstiltak, inklusiv kirurgiske behandlingstoder, skriver Helsedirektoratet på sitt nettsted.

Norges sykdomsbyrde

Folkehelseinstituttet presenterer for første gang en samlet og detaljert oversikt over hvilke sykdommer den norske befolkningen lider av og hva vi dør av i en egen sykdomsbyrde rapport.

– Den norske sykdomsbyrde rapporten gir en helhetlig og detaljert oversikt over sykdom, død og risikofaktorer i Norge. Den er basert på en metode som gjør det mulig å sammenligne det som ikke lar seg sammenligne umiddelbart: Byrden av at en ung kvinne lider av depresjon sammenlignet med byrden av at en eldre kvinne dør av demens, eller byrden av å spise usunt med byrden av å være skadet i trafikken, sier Camilla Stoltenberg, direktør i Folkehelseinstituttet.

Sykdomsbyrde er en kombinasjon av hvor mange som rammes av sykdom,

hvor alvorlig den er for dem som rammes og om den fører til at vi dør tidlig.

I beregninger av sykdomsbyrde snakker vi om død som tapte leveår. Jo yngre du er når du dør, jo flere leveår taper du. Sykdom vektet etter alvorlighetsgrad og hvor mange som lever med sykdommen. Summen av helsetap (ved sykdom) og tapte leveår (ved død) utgjør sykdomsbyrden i befolkningen.

Sykdomsbyrdeberegninger tar hensyn til både død og sykdom og her er de viktigste resultatene fra den norske sykdomsbyrde rapporten:

De ti viktigste årsakene til tapte leveår (ved død) i Norge er: Hjerterinfarkt, lungekreft, hjerneslag, Alzheimers sykdom og annen demens, tykk- og endetarmskreft, kols, selvmord, nedre luftveisinfeksjoner, ruslidelser som skyldes illegale rusmidler, prostatakreft. De ti viktigste årsakene til helsetap (ved sykdom og skader man lever med) er: Korsrygg- og nakkesmerter, angstlidelser, depressive lidelser, hudsykdommer, sykdommer i sanseorgan (hørsel, syn), fallskader, diabetes, kronisk nyresykdom, tann- og munnsykdommer, andre muskel- og skjelettsykdommer.

Når helsetap og tapte leveår legges sammen, kommer vi fram til sykdomsbyrde, som måles i DALY (fra engelsk: disability adjusted life years, norsk: helsetapsjusterte leveår).

De ti viktigste årsakene til sykdomsbyrde i befolkningen er: Korsrygg- og nakkesmerter, hjerterinfarkt (iskemisk hjertesykdom), alzheimers sykdom og annen demens, hjerneslag, lungekreft, fallskader, kols, angstlidelser, depressive lidelser, hudsykdommer.

Grunnen til at korsrygg- og nakkesmerter nå rangeres foran hjertesykdom skyldes det dramatiske fallet vi har hatt i hjerte- og kardødelighet de siste 25 årene.

Til tross for at befolkningen i Norge både har økt og blitt eldre, har den samlede sykdomsbyrden falt fra 1990 til 2013. En viktig årsak til dette er nedgangen i tapte leveår som følge av hjertesykdom. På grunn av dette fallet, har korsrygg- og nakkesmerter overtatt topplasseringen over de viktigste syk-



FOTO: YAY IMAGES

dommene som bidrar til Norges sykdomsbyrde. Sykdomsbyrden grunnet hjerneslag, fallskader, selvmord og nedre luftveisinfeksjoner er også redusert.

Bare et titalls av de 306 sykdommene som er inkludert i sykdomsbyrderapporten viser økning fra 1990 til i dag. Blant disse er Alzheimers, kols, lungekreft og prostatakreft. Ruslidelser fra illegale rusmidler er den tilstanden som har hatt størst økning i sykdomsbyrde fra 1990 til i dag.

Last ned den hele rapporten: <http://www.fhi.no/dokumenter/8f54a3ea2c.pdf>

Taper på samarbeid



FOTO: YAY IMAGES

Samarbeid om forskningsprosjekter etterstrebes, men det er ikke sikkert at det lønner seg for kvinner. Doktorgradskandidat Heather Sarsons ved Harvard undersøker i en studie hvordan medforfatterskap påvirker sannsynligheten for å bli forfremmet. Hun konkluderer med at det straffer seg for kvinner, særlig om de samarbeider med menn. Menn derimot, blir ikke straffet for samarbeid. Sarsons funn bidrar også til å forklare hvorfor kvinner bruker lengre tid enn menn på å få fast jobb i akademia, skriver bladet Forskerforum.

Publiseres ikke

En ny studie publisert i British Medical Journal (BMJ) viser at mye forskning aldri når publisering.

Studien bekrefter kjennskapen man har til at langt fra alle kliniske studier blir publisert.

En ny observasjonsstudie antyder at kun 29 prosent av de amerikanske kliniske studiene som er gjort ved landets ledende universitet, ble publisert innen

to år fra studien var ferdigstilt. Knappt 13 prosent av resultatene ble rapportert til ClinicalTrial.org.

De fleste studiene handlet om onkologi, deretter adferdsmedisin, psykisk uhelse og kardiovaskulære sykdommer.

Artikkelforfattere kaller resultatene urovekkende, og sier randomiserte studier er uvurderlige for å vurdere effekt og sikkerhet av medisinske behandlinger.

Studien tar for seg 4347 registrerte kliniske studier, og forskerne undersøkte hvor mange resultater som ble publisert i tidsskrifter som hadde gjennomgått en peer review samt antallet innrapporteringer til ClinicalTrial.org.

Færre nye hivsmittede

Tall fra Folkehelseinstituttet viser en nedgang i antallet nye hivdiagnoser i Norge. Nedgangen kan i sin helhet tilskrives gruppen menn som har sex med menn. Antall nye hivtilfeller i denne gruppen i 2015 er det laveste på 10 år.

– Den gledelige nedgangen kan delvis tilskrives et langsiktig og systematisk forebyggende arbeid rettet mot menn som har sex med menn. De siste årene har det vært en stor vekst i etableringen av nye og lett tilgjengelige teststeder, og økt tilgjengelighet av gratis kondomer, sier avdelingsdirektør i Helsemyndighetene Ellen Margrethe Carlsen.

Konsekvent bruk av kondom i situasjoner med risiko for smitte er det viktigste forebyggings tiltaket med hensyn til hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

– En økende testfrekvens blant grupper som er utsatt for risiko har sannsynligvis bidratt til nedgangen, sier Carlsen. Tidlig avdekking av hivinfeksjon og rask igangsetting av behandling anses både i Norge og internasjonalt som en avgjørende faktor for å redusere smitte av hiv, i tillegg til at det er avgjørende for den enkeltes helse og livsutsikter. Samtidig gjør økt bruk av gratis kondomer.no og målrettet utdeling blant grupper med særlig høy sårbarhet for hiv og seksuelt overførbare infeksjoner det lettere å ta aktive



kondomvalg og de rette kondomvalgene i seksuelle situasjoner. Dette kan også ha bidratt til færre nysmittede.

Helsemyndighetene har finansiert og oppmuntret til etablering av ulike muligheter for hiv-hurtigtesting både i regi av helsetjenestene og likemannsbasert testing utenom helsetjenestene. Det siste har erfaringsmessig vist seg effektivt for å nå grupper som sjelden eller aldri oppsøker helsetjenestene for testing. Det gjøres nå forsøk med anonyme hjemmetester for å øke testfrekvensen ytterligere.

Folkehelseinstituttet peker på at smitteoppsporing, tiltak rettet mot menn som har sex med menn og enkelte grupper av innvandrere, fokus på kondombruk og testing er viktige virkemidler for ytterligere å redusere smittetallene.

Helsemyndighetenes strategi de siste årene har blant annet basert seg på lett tilgjengelig testing og kondomer. Helsemyndighetene har også i det forebyggende vært opptatt av ulike bakenforliggende faktorer for seksuell uhelse.

– Nedgang i nysmitte er gode nyheter, men mye arbeid gjenstår for å få tallene ytterligere ned. Fjorårets nedgang gir et incentiv til å fortsette det systematiske og brede forebyggende arbeid innenfor innsatsområdene hiv og seksuell helse gjennom den nye nasjonale strategien som lanseres i løpet av 2016, sier Ellen Margrethe Carlsen.



Våg å velge en
ny virkelighet...

Null omgjøringer

Null misfarginger

Null postoperativ sensibilitet

Null feil

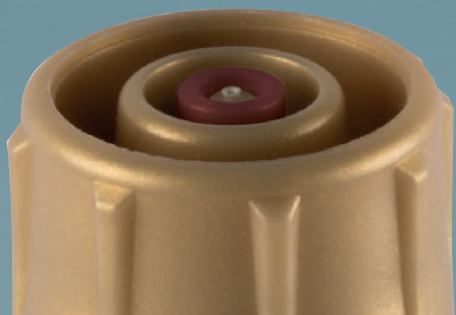
Null problem

Null sløsing

G-Premio
BOND
fra GC

Lysherdende
énkomponentbonding
til universalbruk

Vi inngår ingen
kompromisser.



GC

GC NORDIC AB

Tel: +46 8 506 361 85

info@nordic.gceurope.com

<http://www.gceurope.com/local/nordic>

www.facebook.com/gcnordic

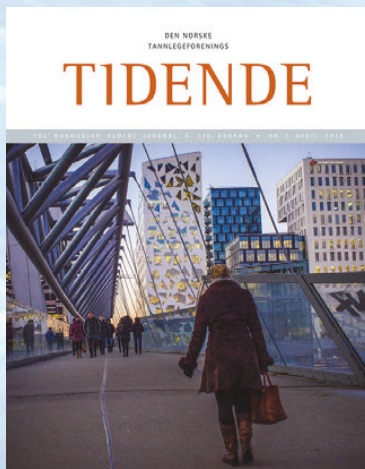


Foto: Kristin Aksnes. Design: Mike Mills.

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 Vills gate 6,
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf. 22 54 74 00

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

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 800. 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media AS
Grafisk design: Mike Mills

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



PRESSENS
FAGLIGE UTVALG



LEDER

Vårvisse ting

Våren er kommet, og flere av vårens faste ting er allerede unnagjort i NTF. Disse omtales i denne utgaven av Tidende.

Lønnsoppgjør er en slik ting, og til det hører den årlige NTFs tariffkonferanse, som samlet tillitsvalgte fra offentlig sektor andre uken i mars. I år er det hovedoppgjør, det vil si at ikke bare lønn men også hovedtariffavtalene skal forhandles om. Og det går mot et moderat oppgjør, hører vi. Kanskje et nulloppgjør for mange grupper. Det vil si ingen økning i kjøpekraften.

Offentlig ansatte tannleger har hatt mange gode lønnsoppgjør i nokså nær fortid, og det begynner å bli en liten stund siden. De siste årene har vært mer beskjedne. Noe som mest sannsynlig også henger sammen med situasjonen på arbeidsmarkedet. Det er ikke lenger så stor etterspørsel etter tannleger. De fleste stillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten er besatt, over hele landet. NTFs tillitsvalgte går til årets lønns- og tariffforhandlinger med målsetting om å oppnå god lønnsvekst samt å beholde særaldersgrensen. I år rettes en særlig oppmerksomhet mot vitenskapelig statsansatte tannleger ved lærestedene, mye fordi lærestedene opplever at kompetansesentrene konkurrerer om den samme arbeidskraften, og tilbyr høyere lønn. Dette kan de fordi de har en friere markedsbasert lønnsdannelse, for så vidt på samme måte som i fylkeskommunen, men, i hvert fall foreløpig, med en løsere tilknytning til eierne.

Arbidsmarkedssituasjonen, for både privatpraktiserende og offentlig ansatte, var også et av hovedtemaene på en annen 'vårvis' begivenhet i NTF, forum for tillitsvalgte i begynnelsen av mars. Som tidligere nevnt derfra er det mange spørsmål som står ubesvart for norske tannleger, og i foreningen. Forum for tillitsvalgte var først og fremst ment å rette blikket innover denne gangen, for å se om NTF har den organiseringen foreningen trenger for



å løse dagens og fremtidens oppgaver. Forumet fikk frem veldig mange spørsmål, og ikke like mange svar.

Et tredje vårtegn i NTF er Holmenkollsymposiet, som denne gangen dreide seg om diagnostikk, klinikk og radiologi for allmennpraktikeren. Tidende var en snarstur innom der også.

Sist men ikke minst har NTFs ledelse hatt sitt årlige og vårlige møte med Stortingets helse- og omsorgskomiteé. Derfra har vi fått høre at det er blitt sagt at det ikke kommer en ny særlov for tannhelsetjenesten, for dem som har ventet på den. Det vil si at det som angår tannhelse vil bli innlemmet i den delen av lovverket som omhandler helsetjenester og pasientrettigheter. For øvrig fikk NTF nok en gang lagt frem sitt syn på blant annet kommunereformen.

Tidende har vært i Stockholm og snakket med hovedsekretæren for evalueringen som nylig er gjennomført av den store tannhelse reformen i Sverige, som ble gjennomført i 2008. En av konklusjonene er at det er blitt billigere enn antatt å innføre et allment tilskudd til tannbehandling til alle innbyggere, samt beskyttelse mot høyere kostnader til tannbehandling enn tre tusen kroner i året. Grunnen til dette er at det er en god del innbyggere som ikke benytter tilbudet. Hovedanbefalingene til utredningen er for øvrig at det satses mer på informasjon og rådgivning til pasientene. De som har evaluert råder den svenske regjeringen til å fatte vedtak som kan bidra til å få et bedre fungerende tannhelsemarked, der maktbalansen mellom pasient og behandler jevnes ut. Det anbefales blant annet at privatpraktiserende tannleger skal bli pliktige til å gi prisinformasjon, og det er ønsket at pasientene skal bli mer både pris- og kvalitetsbevisste i sitt valg av tannlege.

Likt og ulikt altså, både i Norge og Sverige, og her i Tidende.

Ellen Beate Dyvi

Nyhet!

Vi tar nå imot alle digitale filer for tannteknisk produksjon

www.licscadenta.no

Tlf: 22 47 72 00



LIC
SCADENTA
TANNTeknikk



Obligatorisk etterutdanning – nye regler, nye muligheter og nye medlemsfordeler!

Representantskapet vedtok i november 2015 nye regler for NTFs obligatoriske etterutdanning. Ordningen med obligatorisk etterutdanning ble først vedtatt av representantskapet i 2011. En evaluering av den opprinnelige ordningen avdekket et klart behov for justeringer, og fra nyttår trådte det nye regelverket i kraft. Reglene ligger i sin helhet på NTFs nettsted under Kurs og utdanning/Obligatorisk etterutdanning.

Kunnskap er nøkkelen til høy kvalitet, og jeg er stolt av å lede en forening som setter seg høye mål for etterutdanning av sine medlemmer! Den obligatoriske etterutdanningens nye regler bidrar til en ytterligere styrking av kvalitetsstempelen MNTF.

Det er flere viktige endringer i ordningen. Kravet er fortsatt 150 timer etterutdanning i løpet av en femårsperiode, og det anbefales at etterutdanningen gjennomføres fortløpende med et timetall på 30 per år. Reglene definerer klart hva slags aktivitet som gir timer automatisk og hva det må søkes om.

Representantskapet vedtok også at det skal innføres sanksjoner for de medlemmene som ikke følger opp kravene i den obligatoriske etterutdanningen. Et medlem kan eksempelvis gis pålegg om å oppfylle etterutdannings-timene innenfor en nærmere fastsatt periode. Den strengeste av sanksjonene er eksklusjon fra NTF. Dette vurderes som nødvendig for å markere at livslang læring i form av etterutdanning er avgjørende for å opprettholde en høy faglig standard på norske tannleger.

Det er hovedstyret som administrerer og fører tilsyn med etterutdanningsordningen. Ifølge regelverket kan hovedstyret oppnevne og delegere myndighet

til et godkjenningsutvalg. Dette har hovedstyret valgt å gjøre, og utvalget har alt hatt sitt første møte. Hovedstyret har nå godkjent mandatet, etter forslag fra utvalget selv, mens retningslinjene er under utarbeidelse. I godkjenningsutvalget sitter en representant fra fagnemnden, en fra hovedstyret og en fra spesialistforeningene.

De mange endringene i ordningen krever også en videre utvikling av kurssystemet. Vi ber derfor om forståelse for at det tar litt tid å få ordningen på plass fullt ut.

Målet er at så mye som mulig av kursaktiviteten skal registreres automatisk. Vi kommer derfor også til å utarbeide retningslinjer for alle kurstilbydere. For at den automatiske registrering skal fungere optimalt, er vi avhengige av at alle medlemmer oppgir korrekt medlemsnummer til kursarrangørene. Dette blir deres ansvar, så skal vi ordne resten.

Representantskapet vedtok at det skal angis faste femårsperioder, slik at første periode går fra 1.1.2016 til 31.12.2020. Vi er altså nå inne i en ny periode. Dette innebærer selvfølgelig ikke at de timene som man allerede har opparbeidet seg «mistes» eller er overflødige eller bortkastede på noen måte. All tidligere kursaktivitet blir liggende i systemet. Men når første periode skal evalueres på slutten av 2020, og eventuelle sanksjoner kan slå inn, vil timene fra før 2016 uansett ikke telle med i regnestykket.

Faglig utvikling og kompetanseheving, som igjen fører til en tannhelse-tjeneste av høy kvalitet, er uansett målet for all etterutdanningsvirksomhet. Denne ordningen er bare et verktøy for å nå dette målet. Det sosiale aspektet, samtaler med kolleger og det å danne

nettverk, er også en viktig del av det å gå på kurs. Verdien av dette skal ikke undervurderes. Mange faglige utfordringer løses i kaffepausen eller i lunsjen på et kurs.

En obligatorisk ordning krever et godt etterutdanningstilbud. Vi har fortsatt som ambisjon at NTF skal være den ledende leverandøren av etterutdanning til norske tannleger. Vi må derfor stadig fornye og forbedre oss! I fjor kom det to nye TSE-moduler, flere TANK-kurs er lansert og enda flere er på trappene. Hovedstyret har nå vedtatt at fem nettbaserte kurs skal være obligatoriske. Disse kursene er inkludert i medlemskapet i NTF. Dette er kurs som tar for seg myndighetskrav eller tema som er særlig viktig for yrkesutøvelsen. De fem kursene er Smittevern, Strålevern, Personvern, Informasjonssikkerhet trinn 1, Helfo (trygdesystemet) og Etik (kurset er under utvikling). Kursene skal tas en gang i løpet av femårsperioden. Dere kan lese mer om dette på NTFs nettsted.

Vi skal være stolte av at vi har en slik ordning som er med på å heve kvaliteten på tjenestene våre, til beste for pasientene. Ordningen viser tydelig overfor myndighetene og befolkningen at tannlegene tar ansvar, og at NTFs medlemmer er opptatt av kompetanseutvikling og livslang læring. Når de nye reglene nå er iverksatt, skal vi bruke dette for alt det er verdt i vårt politiske arbeid og i dialog med media. Obligatorisk etterutdanning er en viktig faktor for kvalitetsstempelen MNTF. Det skal vi bidra til å synliggjøre.

Vi ses på kurs!

Camilla Hanser Steinum

Mildrid B. Vevelstad, Linn Husøy, Ragnhild Jensen, Marthe Langeland, Livia Thengs, Ingrid Slinde og Marit Øilo

Rent nok?

Effekt av overflatedesinfeksjon på tannklinikker

Det er et økt fokus på å forhindre smittespredning i helsetjenesten. Våre virksomheter er omfattet av en rekke lover og bestemmelser, men det er usikkert om de rutinene vi følger gir godt nok smittevern siden det ikke er etablert kontrollrutiner. Ved Odontologisk universitetsklinikk på Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved UiB har det i en periode vært prøvd ut to ulike spritbaserte desinfeksjonsmidler, vanlig etanolbasert desinfeksjonssprit (Antibac Dental Overflatedesinfeksjon 75 %) og et som er en N-propanol/etanolblanding (Dürr FD 322). Det siste desinfeksjonsmiddelet er påstått å gi desinfeksjonseffekt med kortere virketid. Instituttet har hatt en oppmerksomhetskampanje på håndhygiene. Hensikten med denne studien var å undersøke om smittevernrutinene på Universitetsklinikken var adekvate, og om det var forskjeller mellom desinfeksjonsmidlene som benyttes til overflatedesinfeksjon i klinikken. En målemetode som måler mengden gjenværende biologisk vev på overflater (Adenosintrifosfat, ATP) ble benyttet til undersøkelsene i klinikken. Metoden er tidligere brukt på sykehus, men metoden er ikke rapportert brukt på tannklinikker. Resultatene viste at det var mulig å få det rent nok med rutinene som var gjeldende på undersøkelsestidspunktet, men at enkelte områder var svært vanskelige å få rene.

Videre viste de at det var større forskjeller mellom enkeltindivider enn mellom ulike midler som ble benyttet til desinfeksjon. Tiltak var nødvendig for å minske risikoen for smittespredning mellom pasienter og helsepersonell.

Basale smittevernrutiner er grunnpilaren i alt smittevernarbeid (1, 2). Med basale smittevernrutiner menes alle de tiltak som gjennomføres for å hindre smittespredning mellom pasienter og mellom helsepersonell og pasienter. Det er heldigvis få registrerte tilfeller der pasienter er blitt smittet på grunn av dårlige smittevernrutiner på tannklinikker, men det kan ikke utelukkes at det har forekommet (3). Det er derimot rikelig med dokumentasjon på at krysskontaminering forekommer på sykehus dersom overflatedesinfeksjon er utført utilfredsstillende (4, 5).

Gode rutiner kan begrense overføringen av mikroorganismer. Helseinstitusjoner er forpliktet til å ha infeksjonskontrollprogram som beskrevet i forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (6). Slike program skal omfatte alle nødvendige og planlagte tiltak for å forebygge infeksjoner. Virksomheter som odontologiske læresteder eller klinikker vil ikke direkte komme inn under forskriften siden de ikke har sengeplasser. Alt helsepersonell er imidlertid forpliktet til å følge

Forfattere

Mildrid Beate Vevelstad, sykepleier og tannpleier, hygienepleier. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Linn Husøy, tannpleier. Tysvær Tannklinikk, Tannhelse Rogaland

Ragnhild Aase Jensen, tannpleier. Sentrum Dental, Bergen

Marthe Langeland, tannpleier. Norheim tannklinikk og Koperivk tannklinikk, Rogaland Fylkeskommune

Livia Thengs, tannpleier. Tannlegene Fardal, Bergen

Ingrid Slinde, tannlege, avdelingstannlege, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Marit Øilo, tannlege, ph.d., spesialist i oral protetik, førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Artikkelen er basert på to bacheloroppgaver i tannpleie utført ved Institutt for klinisk odontologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Hovedbudskap

- Med systematisk overflatedesinfeksjon er det mulig å få det rent nok med standardrutiner på tannklinikker
- Noe utstyr har en utforming/overflate som krever ekstra tiltak (eks. treveissprøyter)
- Valg av desinfeksjonsmiddel har mindre betydning enn operatøren
- Effekt av overflatedesinfeksjon er følsomt for individuelle variasjoner
- Fokus på smittevern synes å ha en positiv effekt
- Måling av overflaterenhet ved hjelp av ATP-måling kan være et nyttig instrument for internkontroll på tannklinikker

kravene i blant annet smittevernloven, helsepersonelloven og internkontrollforskriften (7–9). Dette tilsier i realiteten at forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten må følges.

Tannklinikker er regnet som et risikoområde for smittespredning på grunn av høy pasientgjennomstrømning, aerosoler som sprer smittestoff over store deler av behandlingsrommet, kontaminering på grunn av kontakt med blod og saliva, og mange og til dels kompliserte instrumenter og utstyr (10). Rengjøring av unit og behandlingsrom etter pasientbehandling er en viktig del av basale smittevernrutiner og skal fjerne smittestoff ved hjelp av desinfeksjon og sterilisering (3). Overdreven bruk av kjemikalier kan imidlertid også innebære en risiko, som for eksempel allergi, luftveisirritasjoner, brannfare og miljøforurensning (11–13). Dekontaminering er et fellesbegrep for alle metoder som rengjør kontaminerte enheter, og omfatter både rengjøring, desinfisering og sterilisering.

Desinfeksjon kan utføres ved hjelp av varme eller ved kjemisk påvirkning (1, 6, 7). Varme (vaskedekontaminator) skal brukes fremfor kjemisk hvis mulig. På overflater i klinikken benyttes kjemisk desinfeksjon da desinfeksjon med varme ikke er gjennomførbart (13). Desinfeksjon uskadeliggjør de fleste smittestoff slik som virus og bakterier, men sjelden soppsporer. Desinfeksjon reduserer antall mikrober, slik at sannsynligheten for at de gjenværende mikroorganismene kan forårsake smittespredning blir minimalisert. Desinfeksjon vil ikke fjerne organisk materiale, slik som for eksempel blod. Synlig kontaminerte områder må derfor rengjøres først for at desinfeksjonsmiddelet skal ha effekt, og alle kontaminerte flater og flegangsutstyr desinfiseres snarest mulig etter pasientbehandling.

Ved universitetsklinikken arbeider studentene uten assistanse og har ansvar for å gjøre rent etter seg selv. Mange operatører, tidspress, uerfarne studenter og lavt antall hjelpepersonell i forhold til studenter gjør det ekstra viktig at smittevernrutinene er enkle å gjennomføre raskt og sikkert. Dette er en viktig del av undervisningen for både tannpleie- og tannlegestudentene som senere skal være ansvarlige for smittevern på sin egen arbeidsplass. Dagens rutiner ved klinikken er basert på de nylig utarbeidede «Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske læresteder i Norge»(14). Tidligere manglet felles retningslinjer, og hvert lærested hadde sine egne rutiner. Denne undersøkelsen ble utført før de nye retningslinjene var ferdige, men rutinene var svært lik anbefalingene disse retningslinjene.

Alt utstyr som kan fjernes, desinfiseres og steriliseres etter forskriftene i vaskedekontaminator og autoklav. Engangsutstyr fjernes og kastes. Alle flater som ikke kan fjernes for sterilisering, blir i hovedsak desinfisert med 75 % desinfeksjonssprit. Denne kan bestå av forskjellige alkoholblandinger, vanligvis mellom 30–60 % etanol og 10–30 % propanol (13). Synlig skitt fjernes med klut fuktet med kaldt vann før desinfeksjon. Etanol bør ligge på flaten i 2 minutter for å desinfisere mikroorganismene. Det er ikke alle flater/enheter på unit eller i behandlingsrommet som tåler å fuktes med sprit over lengre perioder. I tillegg er det vanskelig å få spriten til å ligge lenge nok på gjenstander som ikke er flate. Det finnes midler som har kortere virketid og som ikke

krever så høy grad av overflatefuktighet, men effekten av disse er lite utprøvd på tannklinikker. Det er også usikkert hvorvidt det ene desinfeksjonsmiddelet er bedre enn det andre, eller om vi bruker mer tid og kjemikalier på prosedyrene enn det som er nødvendig (15–17). Det finnes mange enkle kontrollrutiner for å kontrollere at steriliseringsprosedyrene fungerer for autoklavert utstyr, men metoder for å kontrollere overflatedesinfeksjon er mer tidkrevende og kompliserte. For tannhelse er det ikke vedtatte normer for hva som er rent nok eller hvordan dette kan kontrolleres enkelt, sikkert og effektivt i praksis.

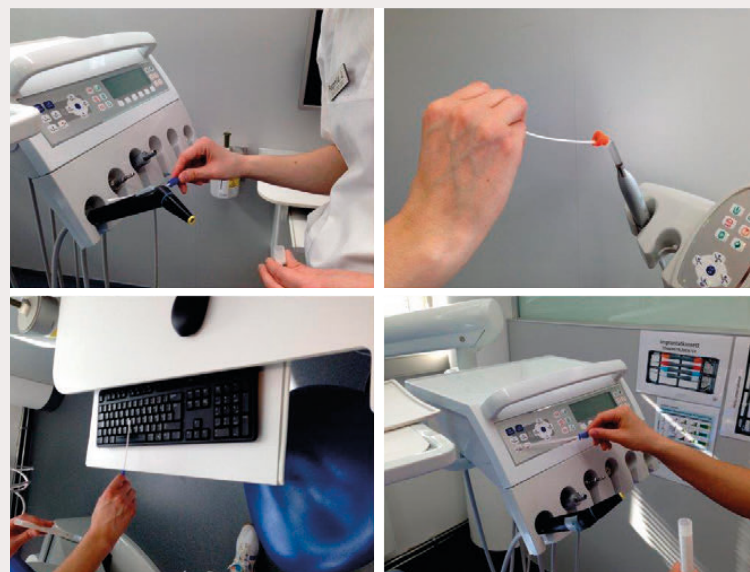
For å måle hvor rent det faktisk er, har det vært vanlig å måle tilstedeværelsen av mikroorganismer ved mikrobiologisk dyrkning i petriskåler. Dette er dyrt og tidkrevende og gjøres derfor sjelden. Det finnes nå etter hvert en rekke andre kommersielt tilgjengelige måter å måle hvor rent det er på en flate raskt og rimelig (16, 18, 19). En måte er å benytte Adenosin Tri- fosfat (ATP) som måleindikator på gjenværende biologisk vev på rengjorte overflater (18, 19). ATP er en energibærer som finnes i alt biologisk vev. Ved å måle mengden ATP som ligger på en flate, kan man få et mål på hvor ren denne flaten er ettersom tilstedeværelsen av ATP indikerer tilstedeværelse av mikroorganismer. ATP aktiveres av en kjemisk løsning i apparatet og avgir et svakt lys ved aktivering. Mengden lys som avgis angir mengden ATP i prøven. Målingen oppgis som antall relative lysenheter (RLE). Ulike mikroorganismer har ulik mengde med ATP, slik at det ikke er direkte absolutt korrelasjon mellom RLE og antall mikroorganismer. Det er usikkert hvor godt egnet disse apparatene er for å måle renhet på tannklinikker.

Hensikten med studien var å undersøke om smittevernregimet var adekvat, og om det er forskjeller mellom avdelinger som benytter ulike desinfeksjonsmidler. Videre ønsket vi å vurdere om et apparat som måler tilstedeværelsen av mikroorganismer direkte, kunne være egnet for internkontroll på en tannklinikk.

Materiale og metoder

I løpet av to uker ble det gjennomført undersøkelser på ni avdelinger ved Odontologisk universitetsklinikk. En fuktet bomullspinne ble ført over en flate på ca. 10x10 cm og deretter ført ned i en løsning med vann, 1,2-propandiol, polyoksyetylen monooktylfenyleter og klorhexidin diglukonat for aktivering (figur 1). Lysmålingene ble utført ved hjelp av Clean Trace NG Luminometer (3M ESPE, Minneapolis, USA). Lysintensiteten (RLE) ble registrert ved hvert målepunkt.

Det ble gjennomført til sammen 1000 ATP-målinger fordelt på uniter, arbeidsstasjoner, fellesarealer og sterilenheter. Målepunktene ble valgt etter en skjønsmessig vurdering, og omfattet både steder med forventet bra resultat og steder med forventet dårlig resultat. Tretten punkter på 52 tilfeldig valgte uniter fordelt rundt om i klinikken ble undersøkt i lunsjpausen eller etter endt arbeidsdag. Noen unitområder ble undersøkt i løpet av arbeidsdagen. Undersøkelsene var ikke varslet på forhånd, og verken personalet eller studentene visste om undersøkelsen før etter at samtlige målinger var gjort. I tillegg til de faste 13 sjekkpunktene ble røntgenapparat og mikroskophåndtak undersøkt der hvor



Figur 1. Eksempel på målepunkter i unitområdet; treveissprøyte, herdelampe med oransje gummiring, tastatur og display på uniten.

Tabell 1. Andel målinger i prosent som er under grenseverdien på 500 RLE. (100 % = alle målte flater er rene nok, 0 % = ingen målte flater er rene nok). Merk at dette også inkluderer punkter som ikke desinfiseres regelmessig, som kortleser utenfor klinikken og telefon

Avdelinger	%	Fellesarealer	%
Arbeidsbord	93	Fellesareal, benk	44
Herdelampe	19	Tastatur, sekretærmaskin	11
Operasjonslampe	41	Mus, sekretærmaskin	22
Svingbord	43	Hanskedispenser	22
Hodestøtthåndtak	22	Skuffehåndtak, fellesareal	0
Spyttfontene	51	Hentepinsett, fellesareal	78
Display (på unit)	47	Alginatblandemaskin/kapselblender	50
Treveissprøyte	7	Kortleser tastatur (inngang)	0
Vakuumsug	12	Døråpner (ut fra klinikk)	11
Stol (sessel)	22	Dørhåndtak (inn til bås m/ røntgen)	11
Tastatur/Mus	8	Vask u/berøringssensor	33
Skuffehåndtak	42	I skuff, forbruksutstyr	89
Øverste skuff, oppi	90	RTG-display	55
Gjennomsnitt	39	Telefon (felles)	0

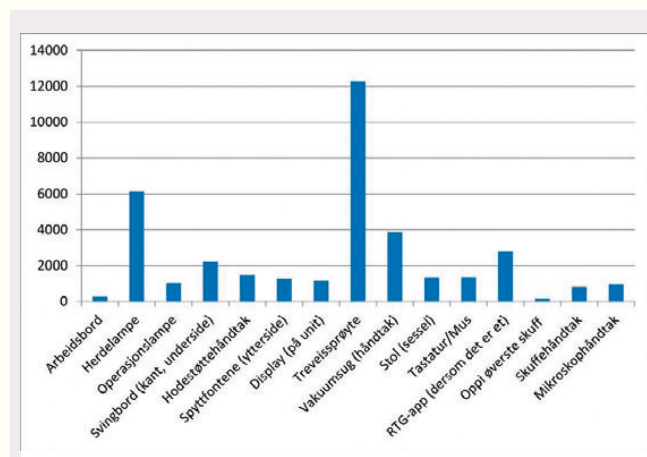
dette var inne i unitområdet. Samtlige ni fellesarealer ble undersøkt i lunsjpausen med 14 målepunkter på hvert område. Alle seks sterilenheter ble undersøkt før arbeidstid.

Det ble bare gjort undersøkelser av mengden biologisk vev, ikke bestemmelse av hvilke mikroorganismer som var til stede på overflatene. Grenseverdien for måleinstrumentet er satt til 500 RLE basert på tidligere målinger på sykehus der ATP-målinger sammenliknes med dyrkningstester (20, 21). Et måleresultat på under 500 RLE regnes som rent, over 500 RLE regnes som ikke rent nok for en helseinstitusjon. Visuell undersøkelse av områdene ble benyttet som kontroll (rent/skittent).

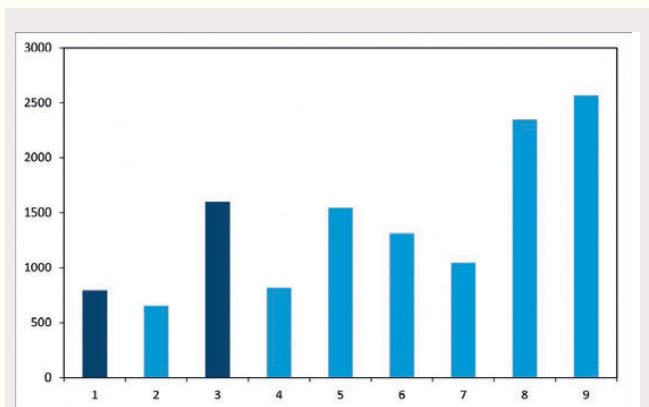
Statistisk analyse ble utført med et statistikkprogram (IBP SPSS 19). Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive resultatene. Oneway ANOVA ble benyttet for å sammenlikne grupper og korrelasjonsberegninger ble utført med Pearson's correlation coefficient. Statistiske beregninger på 0,05 eller lavere ble regnet som signifikante.

Resultater

Under halvparten av målingene var under 500 RLE (tabell 1). På målingene i unitområdet var 39 % akseptable, mens i fellesarealet var 30 % av målingene akseptable (figur 2 og 3). Gjennomsnitt av målingene utført på fellesarealene viste ikke statistisk signifikant forskjell mellom ulike avdelinger. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom avdelinger som benyttet N-propanol fremfor etanol til desinfeksjon. De fleste glatte, horisontale flater der spriten kunne få ligge tilstrekkelig lenge, var rene i mer enn 90 % av målingene. På arbeidsbenker både i uniter og fellesarealer, oppi utstyrsskuffer og på glatte display var det rent nok med enkelte unntak. På andre, mer ujevne flater, var det stor variasjon mellom målingene, men enkelte utmerket seg svært negativt. Treveissprøyten lå høyt over akseptabelt nivå, videre var herdelamper, vakuumsug og røntgenapparat generelt ikke rene nok. Resultatene viste at det stort sett var veldig rent på sterilenhetene, men at et par punkter utmerket seg ved



Figur 2. Gjennomsnitt av relative lysenheter (RLE) målt på 15 målepunkter på uniter og i båsene. 52 arbeidsstasjoner er undersøkt fordelt på ni avdelinger. 500 er grenseverdien for rent/ikke rent.



Figur 3. Gjennomsnitt av alle 14 målingene utført på fellesarealene fordelt på avdeling oppgitt i RLE. De mørkeblå søylene representert de avdelingene som benytter N-propanol (1 og 3), mens resten benytter etanol til overflatedesinfeksjon.

alle sterilenhetene som ikke rene nok, eksempelvis stoler og skufehåndtak.

Fordelingen av RLE på de ulike målepunktene var slik at flest målinger lå nær opptil 500 RLE, men at noen svært høye målinger påvirket gjennomsnittet (figur 4). Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom målinger gjort på uniter der tannlege-studenter, tannpleiestudenter eller ansatte utførte desinfeksjonen. Det var heller ingen forskjell mellom studenter på ulike kull. Det var store variasjoner mellom uniter. Ved noen uniter var nærmest samtlige målinger under 500 RLE og på andre uniter var samtlige over 2000 RLE. Gjennomsnitt per unitområde var 2447 RLE, men dette varierte fra 580 til 10180 RLE. Det var ingen statistisk signifikant korrelasjon mellom de unitene som så skitne ut og RLE-tallet.

Noen avdelinger brukte tildekking med plastfilm på enkelt-punkter som barriere for å lette rengjøring. Disse områdene var ikke renere enn tilsvarende områder på avdelinger uten plastfilm. Antallet uniter der det var brukt plastfilm, var imidlertid for lavt til å kunne trekke slutninger basert på disse resultatene.

Diskusjon

Resultatene viser at daværende smittevernregime ikke fungerte tilfredsstillende på alle plan. Individuelle variasjoner synes å spille større rolle enn valg av middel, studietilhørighet eller status som student eller ansatt. Det at enkelte uniter hadde resultater på under 500 RLE på nesten samtlige steder viser at det er mulig å få det tilstrekkelig rent uavhengig av desinfeksjonsmiddel. Det store antallet med målinger over 500 RLE viser at det trolig ikke har vært stort nok fokus på systematisk og grundig desinfeksjon ved klinikken. På enkelte punkt var ikke rutinene tilstrekkelige for å oppnå akseptabel grad av renhet. Gjennomgående er det utstyr som har ujevne, ru eller myke overflater som har for høye verdier med gjenværende biologisk vev. Når det gjelder treveissprøyter, herdelamper og vakuumsug, er det åpenbart at regimet på måletidspunktet ikke var tilfredsstillende. I ettertid viste det seg at det anbefales desinfeksjon i vaskedekontaminator mellom hver pasient for hylsene til treveissprøyten som brukes på klinik-

kens uniter. Dette har ikke vært rutine ved klinikken på grunn av manglende informasjon fra leverandør. Desinfeksjon i vaskedekontaminator mellom pasienter ble rutine etter at resultatene fra denne undersøkelsen ble kjent.

Målepunktene i denne studien ble valgt med tanke på å finne punkter som lett kan glemmes, og resultatene er trolig noe negativt påvirket av dette. Eksempelvis målte vi på undersiden av svingbordet i stedet for oppå. Utsiden av spyttfontenen ble også målt. Disse punktene er steder tannlege og pasient ofte berører underveis i seansen, men som trolig lett kan glemmes ved desinfeksjonen. På herdelampen målte vi inni den oransje beskyttelseskoppen der hvor denne var festet, samt på selve håndtaket. På vakuumsuget inkluderte vi også rillene på plastslangen nærmest opp til håndtaket. De store, glatte flatene er lette å holde rene, og våre resultater gjenspeiler også dette. I tillegg valgte vi også en del målepunkter som ikke inngår i den daglige desinfeksjonen for sammenligning, eksempelvis kortlesertastaturet utenfor klinikken. Sensikten med dette var å avdekke hvilke punkter som glemmes. Studenter og ansatte har i ettertid blitt informert om resultatene og har blitt oppfordret til å øke innsatsen på disse områdene, samt at den oransje koppen ble fjernet fra samtlige herdelamper.

N-propanol har kortere virketid enn etanol, og det var forventet at dette skulle medføre lavere tilstedeværelse av ATP på de punktene der det er vanskelig å få spriten til å ligge lenge nok på flatene. De avdelingene som benyttet N-propanol i stedet for etanol, hadde ikke markant bedre resultater enn de andre avdelingene. Dette tyder på at effekten av kortere virketid ikke er nok til å forbedre resultatene på problemområdene, men den var heller ikke dårligere. Bruk av N-propanol fremfor etanol synes derfor å ha en gevinst i form av mindre tidsbruk, men ikke bedre smittevern.

Det var store variasjoner mellom de ulike målingene. Noe av variasjonen kan skyldes at ulikt areal ble testet ved undersøkelsen fordi noen flater var mindre enn de anbefalte 10x10 cm. Enkeltmålinger lå høyt over akseptable nivå og disse påvirket gjennomsnittet mye. Når en ser på fordelingene av målingene i figur 4, ser man at de aller fleste resultatene ligger i den nedre enden av skalaen og at det er et fåtall målinger med svært høy RLE, slik at på de fleste områdene vil det være snakk om små justeringer som skal til for å oppnå tilfredsstillende resultater.

Enkelte studier indikerer at målet bør være at 90 % av målingene på en klinikk ligger under 500 RLE for å minimere risiko for smittespredning (20, 22). Det er imidlertid ikke vitenskapelig konsensus for hvor nivået bør ligge, og noe minstemål er ikke gitt for tannklinikker. Resultatene fra denne studien tyder på at smittespredning kan skje via kontaminerte overflater på tannklinikker, men kan ikke si noe om sannsynligheten for at dette skjer. De aller fleste pasientene er imidlertid friske når de går til tannlegen, og sannsynligheten for spredning av smitte er dermed vesentlig lavere enn på sykehus med flere smittebærere og pasienter med redusert immunforsvar.

ATP som indikator på renhet er noe upresis og kan ikke benyttes som en direkte målemetode (20). Det kan blant annet påvirkes

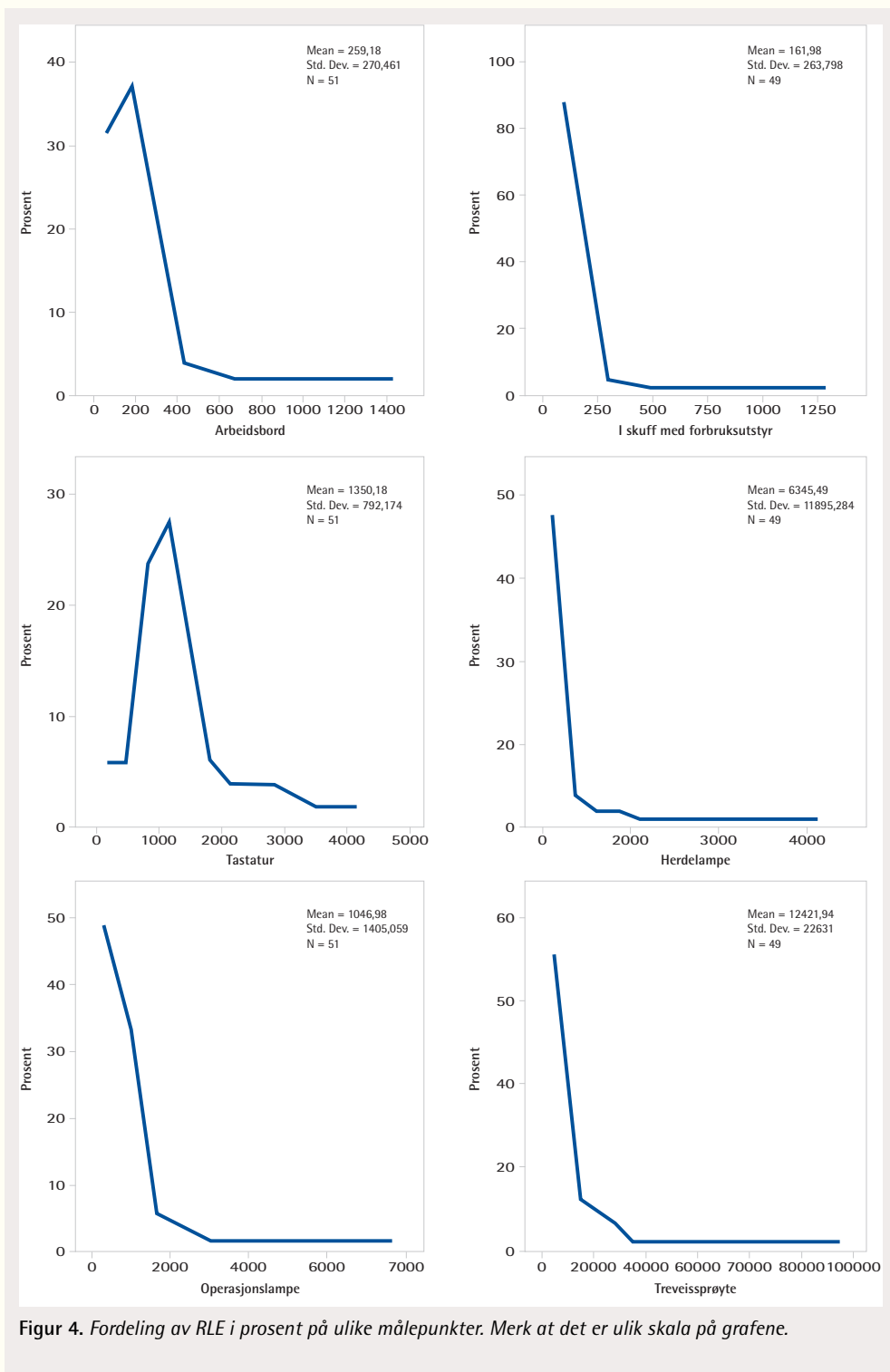
en kontroll av overflaterenhet ved tannklinikker. Imidlertid bør funnene sammenlignes med dyrkningsprøver for å validere metoden. Det er behov for flere studier som vurderer validitet av ATP som målemetode før man kan benytte dette som et direkte mål i sammenligning mellom klinikker.

Datautstyret i behandlingsbåsene var overraskende rene med tanke på hvor vanskelige de er å rengjøre, mens datautstyr og telefoner i fellesarealene var gjennomgående for dårlig rengjort. Dette tyder på at vi har klart å få innarbeidet rutiner for at studentene ikke rører tastatur og mus med kontaminerte hender underveis i behandlingen, mens rutinene utenfor selve behandlingsbåsene ikke virker like gode. Universitetsklinikker er organisert annerledes enn vanlige tannklinikker, med en del forbruksutstyr og annet materiale samlet sentralt mellom behandlingsbåsene. Dette gir en spesiell utfordring med hensyn til å hindre krysskontaminering. Vi har hatt stort fokus på denne utfordringen siden vi flyttet inn i nytt bygg. Våre resultater viser at dette har gitt gode rutiner ettersom det var få målinger med veldig høye resultater i fellesarealene, men samtidig var det flere punkter som kan forbedres ytterligere.

Tidligere studier viser at bevisstgjøring og varslede kontroller gir bedre resultater (22). Vi så imidlertid ingen endring i resultatene i løpet av de 2 ukene studien ble gjennomført.

Våre kontroller var ikke varslet, men vi ble observert underveis. Det ble spekulert i hva vi gjorde, og det ble antatt at det hadde med smittevern å gjøre. Vi skal imidlertid ikke se bort fra at det kan ha resultert i innskjerping av rutinene i perioden mens undersøkelsene pågikk (Hawthorne-effekt).

Resultatene tyder på at undervisningen i smittevern er adekvat, men at kontroll og oppfølging er mangelfull. Imidlertid viser det også at noen studenter er mer nøyaktige enn andre. Ved



Figur 4. Fordeling av RLE i prosent på ulike målepunkter. Merk at det er ulik skala på grafene.

av rester fra vaskemidler og desinfeksjonsmidler. I denne studien ble det utført et stort antall målinger på steder rengjort etter samme vaskerutiner, slik at effekten av eventuelle vaskemidler vil være den samme. ATP-målinger kan gi en god indikasjon på overflaterenhet når en benytter mange målepunkter, eller for å kontrollere endringer over tid dersom målingene gjentas etter innskjerping eller endringer (15). Metoden synes å være godt egnet til formålet med denne studien, og kan trolig benyttes som

visuell kontroll var dette ikke mulig å fange opp, fordi det ikke var samsvar mellom de unitene som ikke så rene ut og de som hadde høy RLE. Kontroller med ATP-målinger vil trolig være et nyttig verktøy for å bevisstgjøre studentene på hvor vanskelig det er å få det rent nok mellom hver pasient. Dette kan også være en måte å fange opp de studentene med dårligst rutiner og rettledede studentene på individnivå for best mulig læring. Tannleger og tannpleiere er selv ansvarlige for hygiene og smittevern på sine klinikker når de går ut i arbeidslivet, og kunnskap om dette vil være essensielt for å være en god yrkesutøver.

Etter undersøkelsen ble det laget nye konkrete rutiner for desinfeksjon av de områdene med flest uakseptable ATP-verdier. Effekten skal måles med kontroller med ATP-målinger.

Konklusjon

Smittevernet på klinikken var ikke tilfredsstillende på undersøkelsestidspunktet. Det var spesielt enkeltpunkter som utmerket seg. Utføringen av desinfeksjonsrutinene bør innskjerpes, og det bør utarbeides og implementeres nye rutiner for enkeltpunkter. Hyppige kontroller bør gjennomføres for å kontrollere at regimet blir fulgt og sikre god undervisning. Direkte måling av biologisk vev på overflaten kan være et hensiktsmessig hjelpemiddel til dette formålet.

English summary

Vevelstad MB, Husøy L, Jensen R, Langeland M, Thengs L, Slinde I, Øilo M.

Is it really clean? Direct evaluation of surface cleanliness at the Dental University Clinic

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 280–5

The service of healthcare providers is regulated by a multitude of laws and regulations regarding infection control. It is, however, not evident whether the control is sufficient or not to avoid cross-contamination at dental clinics. Two different chemical disinfections have been used at the clinics. Simultaneously a hand hygiene campaign has been running to avoid contaminating the computers and common areas. We do not know which chemical disinfectant is best suited for our purposes or whether the campaign has an effect or not. The aim of the study was to examine the level of surface disinfection at the clinic and to assess whether there were differences between the two chemical disinfectant solutions by ATP measurements and Clean Trace Luminometer (3M Espe). The results show that it was possible, but difficult, to achieve an acceptable level of infection control by the routines used at the time of the study. Some points were contaminated in most units. There were larger differences among the individual operators than the chemical solutions they used or their student status. In general the level of surface cleanliness was lower than recommended, but the ongoing campaign seems to have had an effect. The routines at the clinics must be followed more strictly and controls should be performed in order to achieve acceptable infection control.


Referanser

1. Folkehelseinstituttet. Smittevern boka; Nettbasert veileder i smittevern for kommunehelsetjenesten. <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevern-boka2014>.
2. Rettleiartil forskrift om smittevern i helsetenesta, (2006).
3. Smith A. 6 – Decontamination in primary care: dental and hospital perspectives. In: Walker JT, editor. Decontamination in Hospitals and Healthcare: Woodhead Publishing; 2014. p. 115–41.
4. Otter JA, Yezli S, Salkeld JAG, French GL. Evidence that contaminated surfaces contribute to the transmission of hospital pathogens and an overview of strategies to address contaminated surfaces in hospital settings. *Am J Infect Control*. 2013; 41: 6–11.
5. Donskey CJ. Does improving surface cleaning and disinfection reduce health care-associated infections? *Am J Infect Control*. 2013; 41: 12–9.
6. Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten (2005–06–17 nr. 610).
7. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven).
8. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
9. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (internkontrollforskrift i helsetjenesten).
10. Zimmermann M. Hygien och smittskydd i tandvården. Stockholm: Gothia; 2003.
11. Rutala WA, Weber DJ. Disinfectants used for environmental disinfection and new room decontamination technology. *Am J Infect Control*. 2013; 41: 36–41.
12. Bridier A, Briandet R, Thomas V, Dubois-Brissonnet F. Resistance of bacterial biofilms to disinfectants: a review. *Biofouling*. 2011; 27: 1017–32.
13. Kjemiske desinfeksjonsmidler til teknisk bruk i helse- og sykepleie, (2014).
14. Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske læresteder i Norge, (2015).
15. Carling P. Methods for assessing the adequacy of practice and improving room disinfection. *Am J Infect Control*. 2013; 41: 20–5.
16. Carling PC, Bartley JM. Evaluating hygienic cleaning in health care settings: What you do not know can harm your patients. *Am J Infect Control*. 2010; 38: 41–50.
17. Sherlock O, O'Connell N, Creamer E, Humphreys H. Is it really clean? An evaluation of the efficacy of four methods for determining hospital cleanliness. *J Hosp Infect*. 2009; 72(2): 140–6.
18. Migita S, Ozasa K, Tanaka T, Haruyama T. Enzyme-based field-effect transistor for adenosine triphosphate (ATP) sensing. *Analyt Sci*. 2007; 23: 45–8.
19. Aycicek H, Oguz U, Karci K. Comparison of results of ATP bioluminescence and traditional hygiene swabbing methods for the determination of surface cleanliness at a hospital kitchen. *Int J Hyg Environ Health*. 2006; 209: 203–6.
20. Mulvey D, Redding P, Robertson C, Woodall C, Kingsmore P, Bedwell D, et al. Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. *J Hosp Infect*. 2011; 77: 25–30.
21. Griffith CJ, Cooper RA, Gilmore J, Davies C, Lewis M. An evaluation of hospital cleaning regimes and standards. *J Hosp Infect*. 2000; 45: 19–28.
22. Moore G, Smyth D, Singleton J, Wilson P. The use of adenosine triphosphate bioluminescence to assess the efficacy of a modified cleaning program implemented within an intensive care setting. *Am J Infect Control*. 2010; 38: 617–22.

Adresse: Marit Øilo, Årstadveien 19, 5009 Bergen.
E-post: marit.oilo@uib.no

Artikkelen har gjennomgått eksternt faglig vurdering.

Vevelstad MB, Husøy L, Jensen R, Langeland M, Thengs L, Slinde I, Øilo M. Rent nok? Effekt av overflatedesinfeksjon på tannklinikker. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2016; 126: 280–5.



VISSTE DU AT DU IKKE TRENGER Å BRUKE SALT FOR Å FÅ MER SMÅK PÅ MATEN?

Mange av oss salter maten for å tilføre smak. Litt salt kan fort bli til mye salt. Bytter du ut saltet med friske krydderurter eller tørket krydder, gir du maten både spennende og god smak. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

17 KRONER* / ARBEIDSTIME

Nye XO 4 gir deg mulighet for å utføre de aller beste tannbehandlinger på trygge pasienter, samtidig som du tar vare på helsen og økonomien din.

Dette er viktig, ettersom du sannsynligvis vil tilbringe mer enn 20 000 timer i selskap med din neste arbeidsplads.

Du kan selvsagt velge å kjøpe en billigunit og spare noen få kroner.

Men - da vil du ikke nyte godt av verdiene til XO.

* Besøk www.xo-care.com og finn ut mer.



XO CERTIFISERTE SAMARBEIDSPARTNERE:

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

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

Unident A/S • unident.no • 33 03 57 70

XO[®]
xo-care.com

Mildrid B. Vevelstad og Marit Øilo

Kjemisk overflatedesinfeksjon på tannhelseklinikker – oppfølgingsundersøkelser

En tidligere undersøkelse av kjemisk overflatedesinfeksjon ved Odontologisk universitetsklinikk i Bergen viste at det var flere punkter der de daglige desinfeksjonsrutinene ikke var gode nok. Det ble gjort en rekke tiltak i etterkant av undersøkelsen for å bedre på dette. Målet med denne nye undersøkelsen var å finne ut om tiltakene hadde gitt noen effekt og om overflaterenheten hadde kommet opp til et akseptabelt nivå.

ATP-testing ble utført på de samme punktene som i den tidligere undersøkelsen. Resultatene viser at det er blitt en statistisk signifikant forbedring i forhold til den forrige undersøkelsen, men at det fortsatt er store individuelle forskjeller mellom operatørene. De anbefalte basale smittevernrutiner kan gi godt nok smittevern ved en tannklinikk, men konstant fokus, tid, opplæring og kontroller kreves for å oppnå dette.

Våren 2014 ble det gjennomført en undersøkelse ved Odontologisk universitetsklinikk i Bergen for å måle effekten av klinikkens smitteverntiltak (1). ATP-metoden (ATP: adenosintrifosfat) ble benyttet for å måle tilstedeværelsen av mikroorganismer på desinfiserte flater i unitområder, fellesområder og inne på sterilenhetene. Metoden benyttes for undersøkelse av desinfeksjon i sykehusmiljøer, serveringssteder og ved matproduksjon (2–7). Resultatene fra undersøkelsen viste at det var en rekke områder der rutinene ikke var gode nok eller ikke godt nok utført.

I etterkant av undersøkelsen er det blitt gjennomført en rekke forbedringstiltak. Ansatte med ansvar for smittevernet ved hver avdeling har fått både generell og spesifikk informasjon om hvilke tiltak som var påkrevet. Ansvarlige har så

videreformidlet dette til sine medarbeidere. Ansatte ble informert på felles obligatorisk HMS-dag og via e-post. Studentene har fått informasjon muntlig og via e-post. Enkelte studenter har i tillegg fått spesifikke opplysninger om sine egne resultater der disse var spesielt dårlige. Hovedhensikten med all informasjonen har vært å øke bevisstheten omkring rutinene samt å informere om hvorfor smittevern er essensielt for å hindre smitteoverføring ved tannbehandling. De tre odontologiske lærestedene i Norge har i felleskap nylig laget felles retningslinjer for basale smittevernrutiner for odontologiske undervisningsklinikker, som følges ved klinikken (8).

Etter forrige undersøkelse viste det seg at rutinene for overflatedesinfeksjon av hylsene til treveissprøyten ikke var i tråd med anbefaling fra produsent. Dette ble derfor endret til å benytte en smal plastpose utenpå hylsen inntil vi hadde skaffet nok hylser til å kunne fjerne dem for desinfisering og sterilisering mellom hver behandlingsseanse. En avdeling hadde imidlertid nok hylser til å kunne starte med sterilisering umiddelbart.

Målet med denne oppfølgingsundersøkelsen var å vurdere om tiltakene har gitt en bedring i overflaterenhet ved klinikken, samt å vurdere om klinikkens nye retningslinjer gir tilstrekkelig smittevern.

Materiale og metode

I denne oppfølgingsundersøkelsen ble samme materiale og metode benyttet som i en foregående undersøkelse (ATP-måling)(1). De samme målepunktene som ved den forrige undersøkelsen ble brukt for sammenlikning. Umiddelbart før undersøkelsen fikk både ansatte og studenter varsel om dette via e-post.

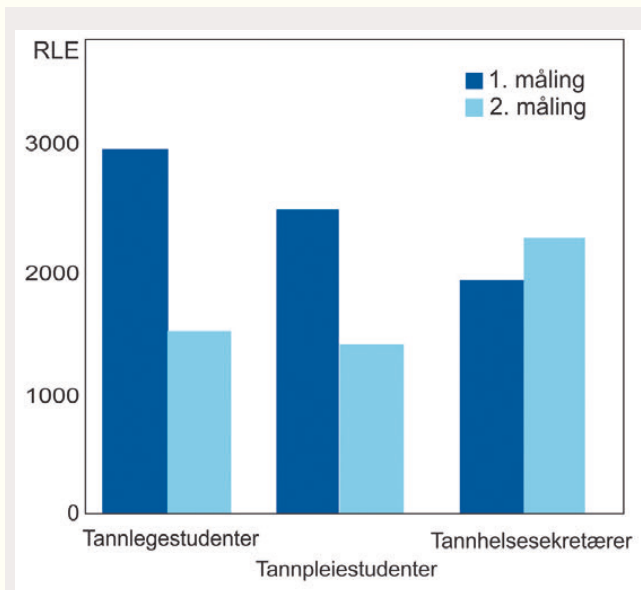
Forfattere

Mildrid Beate Vevelstad, sykepleier og tannpleier, hygiene-sykepleier. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

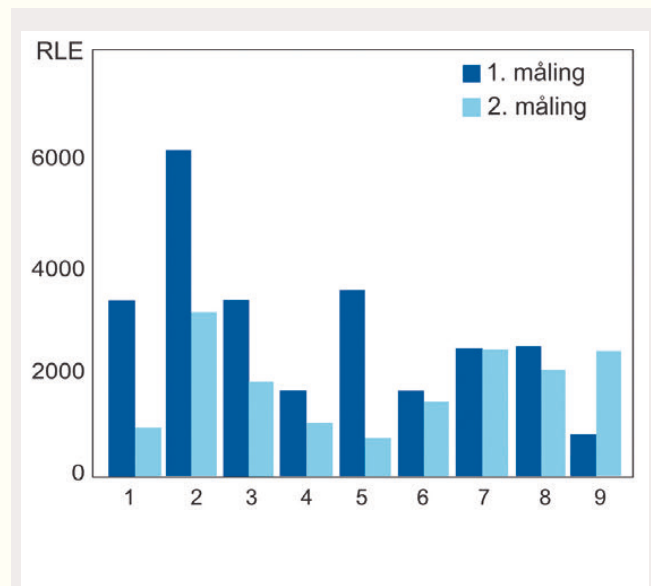
Marit Øilo, tannlege, PhD, spesialist i oral protetikk, førsteamanuensis. Institutt for klinisk odontologi

Hovedpunkter

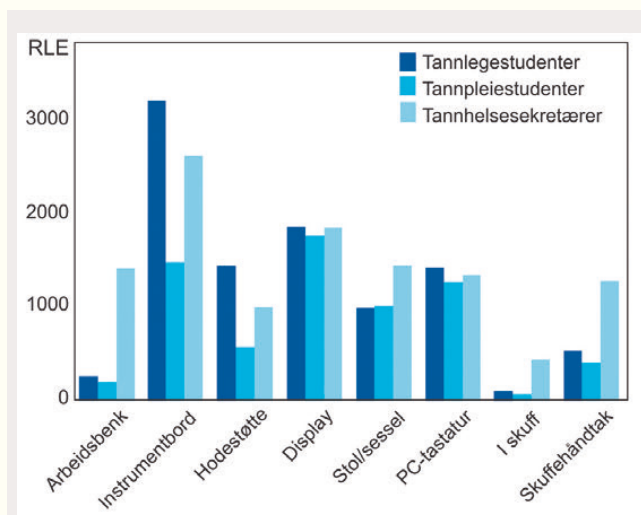
- Basale smittevernrutiner er avgjørende for å forhindre smitte mellom pasienter og personalet
- Kjemisk overflatedesinfeksjon må utføres grundig og systematisk for å oppnå godt smittevern
- Informasjon, opplæring og kontroll gir bedre smittevern



Figur 1. Oversikt over relativ forbedring i RLE-verdier fra første til andre måling fordelt på de ulike testgruppene. Tannlegestudentene hadde en statistisk signifikant forbedring i andre måling ($p < 0,001$).



Figur 3. Forskjell i gjennomsnittlig RLE-målinger per avdeling på første og andre måling.



Figur 2. Forskjell i RLE-mål mellom de to studentgruppene og tannhelsesekretærer på utvalgte punkter ved oppfølgingsundersøkelsen.

Resultatene ble målt i RLE (uttrykk for lysintensitet) per målepunkt, og gjennomsnitt per unit, per avdeling eller per målepunkt ble beregnet. En statistisk programvare ble benyttet for analysene (IBM SPSS, Chicago, USA). Parvis t-test ble benyttet for sammenlikning med forrige undersøkelse, t-test analyse ble benyttet for å vurdere forskjeller mellom grupper og mellom ulike variabler. Signifikansnivået ble satt til 0,05.

Resultater

Det var en statistisk signifikant forbedring både i unitområdene, på sterilenhetene og i fellesområdene ($p < 0,01$, paret t-test). Generelt var nå 55 % av de over 900 ATP-målingene under terskelverdien på 500 RLE mot 35 % i forrige undersøkelse. Tannlege-

studentene hadde en statistisk signifikant forbedring sammenliknet med forrige undersøkelse ($p = 0,01$) i motsetning til tannpleierstudentene ($p = 0,4$), (figur 1). Tannhelsesekretærene hadde statistisk signifikant forbedring i fellesområdene og på sterilene ($p < 0,001$), men ikke i unitområdene ($p = 0,6$). Forskjellene på unitområdene gjaldt i hovedsak de punktene som ikke bør berøres med skitne hender, som skuffehåndtak, arbeidsbenk, i utstyrsskuff, samt stolen som tannlegen sitter på (sessel) (figur 2).

Det var fortsatt store individuelle forskjeller, men en halvering av antall svært høye målinger. I denne undersøkelsen var det 2 målinger over 30000 RLE mot 5 i forrige undersøkelse og 10 målinger over 10000 RLE mot 19 i forrige. På de ulike målepunktene var det statistisk signifikant forbedring på en del punkter, men en svak forverring på andre (tabell 1). Det var i hovedsak de målepunktene som hadde høyest RLE-verdier ved forrige måling som hadde størst forbedring. Det er statistisk signifikante forskjeller mellom avdelinger, men antallet uniter målt i hver avdeling er så lite at dette trolig skyldes mer tilfeldigheter enn reelle forskjeller (figur 3).

Diskusjon

Resultatene viser at det er fullt mulig å oppnå tilstrekkelig smittevern på tannklinikker, men det krever en større innsats enn det som gjøres i dag. Informasjon, bevisstgjøring og kontroller er viktige virkemidler for å oppnå dette.

De punktene med høyest RLE-verdier ved den første undersøkelsen, som treveissprøyte, vakumsug og andre ruglete overflater, hadde størst forbedring til den andre undersøkelsen. Dette kan skyldes flere faktorer. For det første var det disse punktene som ble tatt frem som problemområder i informasjonen etter første undersøkelse. For det andre var det på disse punktene at rutinene ble endret mest. For det tredje er ujevne overflater vanskeligst

Tabell 1. Oversikt over gjennomsnitt av RLE-verdiene med standardavvik i parentes (SD) målt i de to rundene, forskjellen mellom dem og den statistiske signifikansen på forskjellen

Unitområder (n = 53)	Første måling, gj.sn. RLE (SD)	Andre måling gj.sn. RLE (SD)	Forskjell i RLE	Signifikans, (Parret t-test)
Arbeidsbenk	279 (277)	841 (4080)	+562	0,319
Herdelampe	6135 (11702)	1913 (3019)	-4222	0,015
Operasjonslampe	1044 (1378)	1530 (9492)	+486	0,211
Instrumentbord	2114 (7033)	3075 (9492)	+961	0,565
Hodestøtte	1473 (2511)	808 (1453)	-665	0,102
Spyttfontene	1269 (1679)	704 (1081)	-565	0,049
Display på unit	1169 (1517)	2153 (4578)	+981	0,139
Treveissprøyte	13243 (23280)	2546 (3080)	-10697	0,002
Vakuumsug	3859 (4604)	3987 (7749)	+128	0,918
Stol/sessel	1291 (1209)	870 (1732)	-421	0,151
PC tastatur/mus	1332 (782)	1359 (1249)	+27	0,894
I øverste skuff	169 (263)	179 (355)	+10	0,779
Skuffehåndtak	805 (695)	593 (966)	-212	0,200
RTG apparat*	2796 (3526)	6137 (16852)	+3341	0,430
Mikroskop**	969 (527)	836 (259)	-133	0,518
Fellesområder (n = 9)				
Hanskedispenser	667 (261)	213 (42)	-454	0,001
Benk	469 (280)	157 (142)	-312	0,009
Skuffer	1387 (1841)	645 (753)	-742	0,280
Skuffehåndtak	1699 (2236)	844 (394)	-855	0,271
Håndtak på vask	922 (616)	753 (638)	-169	0,576
RTG-display	183 (118)	645 (753)	+462	0,462
Blandemaskiner	663 (408)	515 (361)	-148	0,521
Felles PC, tastatur	2213 (1070)	876 (256)	-1337	0,002
Felles PC, mus	1047 (885)	463 (224)	-584	0,073
Felles telefon	2402 (3182)	246 (109)	-2156	0,059
Sterilene (n = 7)				
Benk, ren side	167 (80)	147 (140)	-20	0,749
Autoklav display	222 (93)	128(50)	-94	0,022
Vaskedekontaminator	190 (187)	53 (41)	-137	0,049
Skuffehåndtak	1264 (883)	272 (1443)	-992	0,005
Stol	2057 (690)	308 (341)	-1749	0,001
Bowie & Dick	146 (89)	244 (181)	+98	0,212
Gjennomsnitt alle målinger	1692	1098	-594	0,001

* n=15 ** n= 9

å desinfisere, og har dermed størst forbedringspotensial ved økt innsats. Andre punkter hadde en svak forverring i RLE. Dette kan indikere at fokuset har blitt flyttet til problemområdene og dermed har innsatsen på andre områder blitt mindre. Utfordringen som gjenstår nå er å få like stor innsats på hele smittevernproseduren.

De punktene operatøren egentlig ikke skal berøre, er mer skitne der tannhelsesekretæren skal desinfisere enn der studentene selv skal gjøre det. Dette tyder på at studentene vet at de har berørt disse flatene underveis og dermed er mer grundig ved desinfeksjon enn tannhelsesekretæren. Tannhelsesekretæren vet ikke om tannlegen har tatt på skuffehåndtaket eller andre steder med skitne hansker. I tillegg er det flere behandlingsseanser per dag på spesialistklinikken ved studentklinikken. Dette kan gi mer aerosoler i luften og dermed større fare for at mikroorganismer har festet seg på overflatene i rommet (9, 10). Det er mindre tid mellom seansene, og ofte må desinfeksjon foregå samtidig med at tannlegen benytter datamaskinen for å føre journal, slik at adkomsten er vanskelig. Studentene gjør desinfeksjonen på slutten av økten og dersom de bruker lang tid, har det bare konsekvenser for dem selv, for eksempel kortere lunsjpause eller senere slutt på dagen. Det var unormalt stort sykefravær blant tannhelsesekretærer på en av spesialistklinikken den dagen oppfølgingsundersøkelsen ble utført. Resultatene kan tyde på at redusert bemanning medfører noe dårligere desinfeksjonseffekt. Tannhelsesekretærene har også ansvar for desinfeksjon på fellesområdene og sterile. Disse områdene hadde stor forbedring fra sist og viser at også tannhelsesekretærene har økt innsatsen betydelig. Dette tyder enten på at tannlegene ikke har forbedret sine rutiner, eller at tannhelsesekretæren har for liten tid mellom hver pasient til å gjennomføre tilstrekkelig smittevern.

Tannlegestudentene hadde den største spredningen i RLE-verdier i den første undersøkelsen og dermed størst relativ forbedring i oppfølgingsundersøkelsen. Teoretisk og praktisk opplæring i smittevernrutiner gis for de begynner med klinisk tjeneste på henholdsvis kull 1 for tannpleierstudentene og kull 2 for tannlegestudentene. Etter dette er det opp til hver enkelt avdeling å sørge for at studentene holder seg oppdatert, og at de desinfiserer unitområdet god nok mellom behandlingsseansene. Resultatene fra både den forrige og denne undersøkelsen viser at dette ikke har vært tilstrekkelig for å oppnå stabilt godt smittevern gjennom hele studiet for samtlige studenter. Selv når det er annonsert at kontroller skal utføres, klarer ikke alle studenter å gjennomføre desinfeksjonsrutinene med akseptabelt resultat. En studie gjort ved et annet odontologisk lærested viser at kunnskap om smittevern øker med repeterte teoretiske tester underveis i studiet (11). Andre studier viser at både ansatte og studenter ikke har god nok kjennskap til de gjeldende smittevernrutiner på sitt lærested eller sin arbeidsplass, eller at de lar være å følge dem i daglig praksis (12–14). Noen studenter har gjennomgående svært dårlige resultater. Dette tyder på at både kunnskap om og holdninger til smittevern, samt selve gjennomføringen kan forbedres ytterligere.

Årlige seminarer om smittevern og regelmessig testing av studentenes kunnskaper skal sørge for kontinuerlig oppdatering av studenter og personale. Uannonserte ATP-kontroller i klinikken er innført for å kontrollere at desinfeksjonen blir utført tilfredsstillende. ATP-målinger benyttes også nå i undervisningen i kliniske desinfeksjonsrutiner.

Bruk av ATP som kontrollmål for overflaterenhet er omdiskutert da verdiene ikke er presise og kan påvirkes av flere ulike faktorer (15). De gir kun en indikasjon på grad av renhet. Det er likevel enighet om at dersom man ikke tolker dataene som absolutte verdier, kan de benyttes til å vurdere forbedringer over tid, eller sammenlikninger av ulike flater eller ulike prosedyrer forutsatt at man benytter tilstrekkelig mange målinger.

Konklusjon

Dagens smittevernrutiner kan gi tilstrekkelig desinfeksjonsnivå dersom de gjennomføres korrekt og grundig mellom hver pasient. Informasjon og opplæring samt vissheten om å bli kontrollert gir forbedringer i smittevern.

Takk

Takk til Ingrid Slinde, Annelill Klungsoyr og Michelle Knarvik for hjelp med igangsetting og utførelse av målinger.

English summary

Vevelstad MB, Øilo M.

Chemical surface disinfection in dental clinics – a follow up study

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 288–92

A previous study on chemical surface disinfection at the dental university clinic in Bergen revealed that the current disinfection routines were not optimal. Multiple changes were implemented in the clinical routines as a result of this. The aim of the present study was to assess the effect of these changes and whether the new disinfection programme was sufficient to prevent cross-contamination.

The exact same spots and the same measuring methods as in the previous study were used in this study (ATP-measurements). The results revealed a statistically significant improvement in surface cleanliness with the new routines. There were still large individual differences among staff and students and some did not reach acceptable levels.

The recommended national guidelines to prevent cross-contamination by surface disinfection in dental clinics can achieve acceptable results. Awareness, sufficient time, training and surveillance are necessary to accomplish this.

Referanser

1. Vevelstad M, Husøy L, Jensen R, Langeland M, Thengs L, Slinde I, Øilo M. Rent nok? Effekt av overflatedesinfeksjon på tannklinikker. Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 125: 280–5.

2. Mulvey D, Redding P, Robertson C, Woodall C, Kingsmore P, Bedwell D, et al. Finding a benchmark for monitoring hospital cleanliness. *J Hospit Infect.* 2011; 77: 25–30.
3. Moore G, Smyth D, Singleton J, Wilson P. The use of adenosine triphosphate bioluminescence to assess the efficacy of a modified cleaning program implemented within an intensive care setting. *Am J Infect Contr.* 2010; 38: 617–22.
4. Sherlock O, O'Connell N, Creamer E, Humphreys H. Is it really clean? An evaluation of the efficacy of four methods for determining hospital cleanliness. *J Hospit Infect.* 2009; 72: 140–6.
5. Aycicek H, Oguz U, Karci K. Comparison of results of ATP bioluminescence and traditional hygiene swabbing methods for the determination of surface cleanliness at a hospital kitchen. *Int J Hygiene Environm Health.* 2006; 209: 203–6.
6. Davidson CA, Griffith CJ, Peters AC, Fielding LM. Evaluation of two methods for monitoring surface cleanliness—ATP bioluminescence and traditional hygiene swabbing. *Luminescence: J Biol Chem Lum.* 1999; 14: 33–8.
7. Cunningham AE, Rajagopal R, Lauer J, Allwood P. Assessment of hygienic quality of surfaces in retail food service establishments based on microbial counts and real-time detection of ATP. *J Food Protect.* 2011; 74: 686–90.
8. Retningslinjer for smittevern ved de odontologiske læresteder i Norge, (2015).
9. Cristina ML, Spagnolo AM, Sartini M, Dallera M, Ottria G, Lombardi R, et al. Evaluation of the risk of infection through exposure to aerosols and spatters in dentistry. *Am J Infect Contr.* 2008; 36: 304–7.
10. Rautemaa R, Nordberg A, Wuolijoki-Saaristo K, Meurman JH. Bacterial aerosols in dental practice – a potential hospital infection problem? *J Hospit Infect.* 2006; 64: 76–81.
11. Milward MR, Cooper PR. Competency assessment for infection control in the undergraduate dental curriculum. *Eur J Dent Edu.* 2007; 11: 148–54.
12. Mutters NT, Hagele U, Hagenfeld D, Hellwig E, Frank U. Compliance with infection control practices in an university hospital dental clinic. *GMS Hyg Infect Contr.* 2014; 9: Doc18.
13. Qudeimat MA, Farrah RY, Owais AI. Infection control knowledge and practices among dentists and dental nurses at a Jordanian university teaching center. *Am J Infect Contr.* 2006; 34: 218–22.
14. Gordon BL, Burke FJT, Bagg J, Marlborough HS, McHugh ES. Systematic review of adherence to infection control guidelines in dentistry. *J Dent.* 2001; 29: 509–16.
15. Vogel SJ, Tank M, Goodyear N. Variation in detection limits between bacterial growth phases and precision of an ATP bioluminescence system. *Lett Appl Microbiol.* 2014; 58: 370–5.

Adresse: Marit Øilo, Årstadveien 19. 5009 Bergen.

E-post: marit.oilo@uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Vevelstad MB, Øilo M. Kjemisk overflatedesinfeksjon på tannhelseklinikker – oppfølgingsundersøkelser. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2016; 126: 288–92

Den 20. Skandinaviske Endodonti Kongres SkandEndo 2016

Husk i år er der Skandinavisk Endodonti Kongres i København. Det er Dansk Endodontiforening der er vært (DE). Sæt kryds i kalenderen d. 25-27 august 2016. Mødet vil foregå ved Søerne på Hotel Scandic.

Følgende tema vil blive berørt:
Lysdesinfektion, Laser og nano teknologi, biofilm og cone beam CT. Det sociale program involverer klassikere som Tivoli og Operahuset.

Website: www.skandendo.com for tilmelding og se det foreløbige program.





Presisjon er alt. Derfor har vi gjennom 25 år med protekk samarbeidet med noen av de dyktigste tannteknikerne i verden. Slik blir også du en leverandør av presisjon og kvalitet - noe som sparer tid og penger for både deg og pasientene dine. Ring oss på 32 89 60 55 for et godt tilbud!

Som bonuskunde får du opp 1 hver 9. MK kostnadsfritt (ekskl.au).

Nedre Storgate 65, 3015 Drammen | dentrade@online.no | www.dentrade.org | Agent for DWWW, Modern Dental Lab

DENTR^WDE
We put a smile on your face



Tine M. Søland, Gry Karina Kjølle og Tore Solheim

Oral melanotisk flekk – en kasuistikk

Ved Avdeling for patologi på Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus mottar vi orale biopsier fra tannleger (1). I det siste har det vært enkelte biopsier hvor diagnosen oral melanotisk flekk har blitt satt. Vi ønsker her å minne klinikerne på denne tilstanden.

Pigmentering i munnslimhinnen skyldes ulike eksogene eller endogene faktorer. En endogen pigmentering er melanin. Melaninpigmentering ses både ved normale fysiologiske forhold og ved patologiske tilstander og kan gi en diagnostisk utfordring da det kliniske bildet kan være likt ved flere av tilstandene. Oral melanotisk flekk eller fokal melanosose er en idiopatisk og relativt vanlig benign pigmentert tilstand som skyldes økt produksjon og avleiring av melanin i basalcellelaget og i det subepiteliale bindevev. Den ses hyppigst på underleppe og festet gingiva, men forekommer også i andre deler av munnslimhinnen som i kinnslimhinnen og i den harde gane (2–4).

Kasuistikk

En 39 år gammel frisk norsk kvinne som sluttet å røyke for seks måneder siden, ble av tannlegen henvist til oral kirurg på grunn av en asymptomatisk brun flekk i ganens midtre 1/3. Det er usikkert hvor lenge forandringen hadde vært til stede, men muligvis over flere år. Flekken var noe asymmetrisk om midtlinjen, ikke elevet, relativt lys brunlig og ca. 5 mm i diameter. Periferien var noe ujevn, men området var godt avgrenset fra omgivelsene (figur 1). Det ble utført en eksisjons-

biopsi skåret ut i normal farget slimhinne. Histologisk så man en lett utbuket slimhinne kledd av et ortokeratinisert, lett hyperplastisk flerlaget plateepitel. Epitelet var regelmessig og velavgrenset. I et mindre område av epitelet fant man et brunlig pigment i basalcellelaget (figur 2). Pigment ble også funnet i bindevevet, både ekstracellulært og intracellulært i makrofager som ved oral melanotisk flekk.

Diskusjon

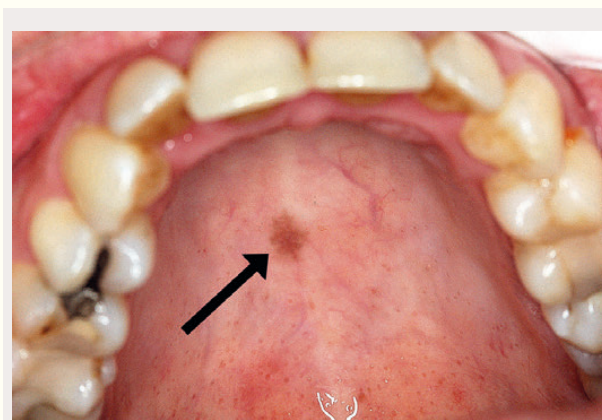
Melanocytter fra nevral-listen migrerer i løpet av fosterlivet til basalcellelaget i munnslimhinnen. Cellene transporterer melanosomer (melaninkorn) til omkringliggende epitelceller via dendrittiske utløpere. Melanocytter i oralt epitel ble beskrevet av Becker i 1927 (5). Blant orale solitære melanotiske forandringer er melanotisk flekk hyppigst forekommende (6). Klinisk ses en velavgrenset flekk med homogen brun eller sort farge. Størrelsen kan variere, men er vanligvis mindre enn 10 mm i diameter (2,3). Tilstanden rammer alle aldersgrupper, og kvinner rammes dobbelt så ofte som menn (2,3). Vår kvinnelige pasient på 39 år var litt yngre enn gjennomsnittet på 41–43 år beskrevet i litteraturen (2,3). Forekomst av kun én flekk er vanligst, men det er rapportert om flere flekker hos samme pasient, spesielt i kinnslimhinnen (2,3). Forandringen er benign og det er ikke rapportert om malign transformasjon.

Forfattere

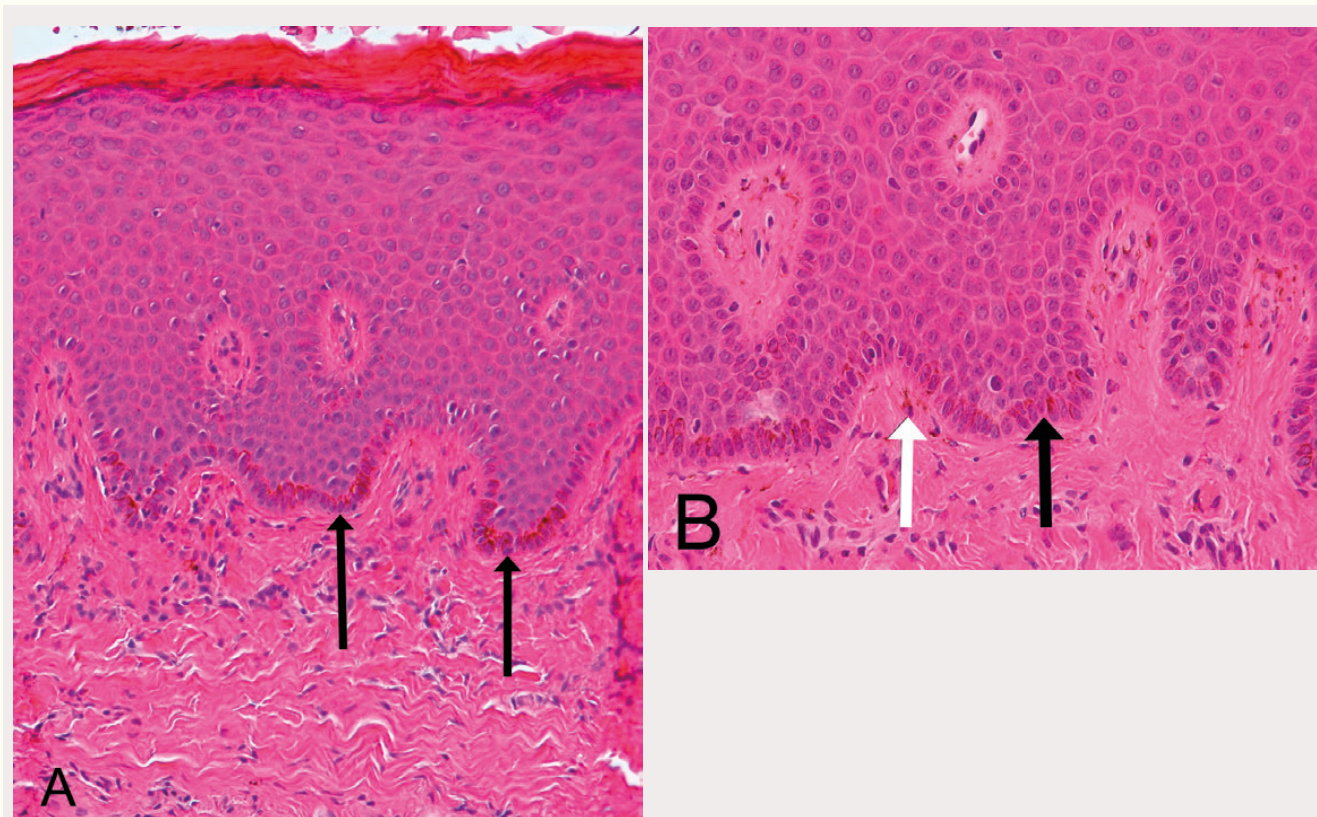
Tine M. Søland, førsteamanuensis, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus

Gry Karina Kjølle, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. SpesTorg Tannhelse, Hamar. Det odontologisk fakultet, UiO, Avd. for oral kirurgi og oral medisin, Sykehuset Innlandet, avd. Gjøvik, Kjevekirurgisk avd.

Tore Solheim, professor emeritus, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.



Figur 1. Pilen peker på en oral melanotisk flekk i den harde gane.



Figur 2. A og B. Histologisk snitt farget med Eosin og Hematoksylin. Sorte piler peker på brunt melaninpigment i epitelets basalcellelag. Hvit pil peker på melaninpigment intracellulært i makrofag (melanofag).

Likevel anbefales det at melanotiske flekker undersøkes regelmessig og kan eventuelt eksideres og undersøkes histologisk for å ekskludere muligheten av en melanotisk nevus/føflekk eller et tidlig malignt melanom (3,7,8). Det er særlig forandringene i ganen som bør eksideres da ganen er hyppigste lokalisasjon for intraorale maligne melanomer (9).

De viktigste differensialdiagnosene er melanoakantom, melanotisk nevus og tidlig malignt melanom da alle presenterer seg som fokale melanotiske forandringer (4). For oversikt over annen pigmentering av munnslimhinnen se referanse 4.

Lokalisasjon i ganen favoriserer melanotisk nevus eller tidlig malignt melanom, men både melanotisk flekk og melanoakantom kan forekomme her. Melanoakantom ses hyppigst hos mørkhudede kvinner. Den kan vokse og gi smerter i motsetning til melanotisk flekk (4,10–12). Melanotisk nevus, og da spesielt blå nevus, er oftest blålig når de er lokalisert til ganen, og de kan være lett eleverte (13). Maligne melanomer i munnhulen er sjeldne og utgjør ca. 1 % av alle tilfeller av munnhulekreft (14). I omtrent 40 % av tilfellene er de lokalisert til ganen (9). Melanomene er uforutsigbare og kan være saktevoksende og asymptomatiske og ligne melanotisk flekk eller mer aggressive med volumøkning, sentral ulcerasjon, blødning, smerte og bende-struksjon (7,8).

Det histologiske bildet ved et melanoakantom viser et økt antall melanocytter spredt rundt i hele slimhinneepitelet (12). I motsetning er melanocytene i en melanotisk flekk lokalisert til

basalcellelaget. Det er viktig å merke seg at det histologiske bildet er uspesifikt og at en diagnose må stilles på bakgrunn av både klinikk og histologi (4). Både ved melanoakantom og oral melanotisk flekk drypper melanin ned i bindevevet. Dette fagocytteres av makrofager/ melanofager (3,10). I motsetning ser man ved en melanotisk nevus klynger av nevusceller (en type melanocytter) som i de fleste tilfeller inneholder melanin (9). Nevuscellene finnes på overgangen mellom epitel og bindevev, dypt i det subepiteliale bindevevet eller som en kombinasjon av disse to vekstmønstrene. Funn av nevusceller kun i bindevevet er vanligst i munnslimhinnen (4). Blå nevus opptrer hyppigst i ganen (13). Her er nevuscellene spoleformede og ligger dypt nede i bindevevet. Ved malignt melanom ses maligne melanocytter enten langs epitel-bindevevsgrensen eller vertikalt voksende ned i bindevevet (9).

English summary

Søland TM, Kjølle GK, Solheim T.

Oral melanotic macule – a case

Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 294–6

Oral melanotic macule is a benign focal pigmented lesion. It is most commonly seen on the lower lip and gingiva but is also found in the buccal mucosa and palate. Here we present an oral melanotic macule in the hard palate of a 39 year old woman. Cli-

nical differential diagnoses of this focal melanocytic lesion are melanoacanthoma, melanocytic nevus and early malignant melanoma. An oral melanotic macule in the hard palate should be excised in order to exclude the possibility of an early malignant melanoma.

Referanser

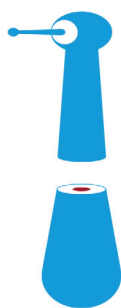
1. Søland TM, Skarstein K, Johannessen AC, Solheim T. Biopsier i odontologisk praksis – håndtering og innsendelse. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 734–8.
2. Kaugars GE, Heise AP, Riley WT, Abbey LM, Svirsky JA. Oral melanotic macules. A review of 353 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993; 76: 59–61.
3. Buchner A, Hansen LS. Melanotic macule of the oral mucosa. A clinicopathologic study of 105 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1979; 48(3): 244–9.
4. Müller S. Melanin-associated pigmented lesions of the oral mucosa: presentation, differential diagnosis, and treatment. *Dermatol Ther.* 2010; 23: 220–9.
5. Becker SW. Melanin pigmentation. A systematic study of the pigment of the human skin and upper mucous membranes, with special consideration of pigmented dendritic cells. *Archs Dermatol Syphilol.* 1927; 16: 259–309.
6. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2004; 33: 550–7.
7. Elisen D. Disorders of pigmentation in the oral cavity. *Clin Dermatol.* 2000; 18: 579–87.

8. Marx RE, Stern D. Oral and maxillofacial pathology. A rational for diagnosis and treatment. Quintessence publishing co, Inc. 2003: 708–9.
9. Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral Oncol.* 2000; 36: 152–69.
10. Chandler K, Chaudhry Z, Kumar N, Barrett AW, Porter SR. Melanoacanthoma: a rare cause of oral hyperpigmentation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997; 84: 492–4.
11. Fornatora ML, Reich RF, Haber S, Solomon F, Freedman PD. Oral melanoacanthoma: a report of 10 cases, review of the literature, and immunohistochemical analysis for HMB-45 reactivity. *Am J Dermatopathol.* 2003; 25: 12–5.
12. Goode RK, Crawford BE, Callihan MD, Neville BW. Oral melanoacanthoma. Review of the literature and report of ten cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1983; 56: 622–8.
13. Buchner A, Leider AS, Merrell PW, Carpenter WM. Melanocytic nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 130 cases from northern California. *J Oral Pathol Med.* 1990; 19: 197–201.
14. Gorsky M, Epstein JB. Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 86: 715–9.

Adresse: Tine M. Søland, Institutt for oral biologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. E-post: t.m.soland@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Søland TM, Kjølle GK, Solheim T. Oral melanotisk flekk – en kasuistikk. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2016; 126: 294–6



SEES I STAVANGER!

Gikk du glipp av standen vår på landsmøtet i 2015? Fortvil ikke- her kommer flere sjanser til å vinne kule grillforklær med tannmotiv. Send svaret på spørsmålet til aashildk@lyse.net innen 30. april

**Hva heter fornøylesparken som ligger litt sør for Stavanger?
Og hvor ble det egentlig av Gulliver?**

Alle som deltar i konkurransen er også med i trekningen om gratis billett til Landsmøtefesten i 2016!!!

**NTFs
LANDSMØTE
2016**

**Stavanger
3.-5. nov.**

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

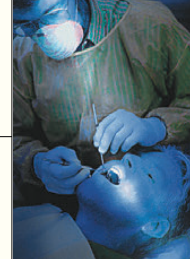
Alkoholfrie Listerine® Professional Fluoride Plus bidrar til å redusere risikoen for karies fordi det:

- 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 fluorert tannkrem alene (i laboratoriestudie²).

Profesjonell munnpleie hjemme





Erosjoner blant norske 16–18-åringer. Hyppighet, risikoindikatorer og genetisk variasjon

Dentale erosjoner er en utfordring både for pasienter og tannhelsepersonell, og tilstanden har fått økt oppmerksomhet de siste tiårene. Forskning på feltet er viktig fordi erosjoner rammer mange unge mennesker, og kunnskaper om epidemiologi og bakgrunnsfaktorer er fremdeles mangelfull. En moderne livsstil, med hyppig inntak av juice og brus, utfordrer tannhelsen. Og selv når forskjellige personer eksponeres likt for risikofaktorer, er det noen som rammes av erosjoner i alvorlig grad, mens andre ikke har tegn til det. Dette har gjort det interessant å undersøke om variasjoner i genene våre kan ha betydning for mottagelighet og utvikling av erosjoner.

Jenny Bogstad Søvik har i sin avhandling kartlagt forekomsten av dentale erosjoner blant 16–18-åringer i Norge. Hun har blant annet undersøkt om risikofaktorer som livsstil og kosthold, drikkemetoder, sosioøkonomiske forhold, opphav og kjønn kan forklare forskjeller i forekomsten. I tillegg har hun undersøkt sammenhengen mellom variasjoner i emaljedannende gener og forekomst av erosjoner.

Overordnet målsetting med doktorgradsarbeidet var å undersøke prevalens, risikoindikatorer og genetisk variasjon blant norske ungdommer med dentale erosjoner.

Avhandlingen er en tverrsnittsstudie blant 16–18-åringer og ble utført i samarbeid med Tannhelse Rogaland. Avhandlingen ble skrevet ut i fra tre



Personalia

Jenny Bogstad Søvik disputerte 30. september ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, med avhandlingen «Dental erosive wear among 16–18 year-old Norwegian adolescents. Prevalence, risk indicators and genetic variations». Prosjektet er utført ved avdeling for kariologi og gerodontologi under veiledning av professor Anne Bjørg Tveit og post doc. Aida Mulic. Prosjektet har blitt utført i samarbeid med Tannhelse Rogaland og The University of Pittsburgh, USA.

internasjonalt publiserte studier. Disse studiene baserte seg på kliniske undersøkelser, spørreskjema og genetiske analyser. De genetiske analysene har Søvik utført i samarbeid med The University of Pittsburgh (USA) ved «The Vieira lab».

Prevalensen av erosjoner var høy (59 %) blant de 795 individene som ble undersøkt. De fleste av lesjonene var begrenset til emalje. Gutter hadde hyppigere erosjoner (63 %) enn jenter (55 %), og også mer alvorlige. Det ble ikke identifisert noen assosiasjon mellom erosjoner og karieserfaring, sosioøkonomisk status eller opphav. Søvik og hennes medarbeidere fokuserte særlig på utvalgte syrlige drikker og matvarer, men også drikkemetoder og drikketvaner. Hyppig inntak av sure godterier og syrlige drikker var assosiert med høy prevalens av erosjoner. Et dose-respons-

forhold ble identifisert mellom det totale daglige inntaket av syrlige drikker og erosjoner. Det ble ikke identifisert noen direkte sammenheng mellom erosjoner og drikkemetoder og -vaner. Resultater fra de genetiske analysene viste at variasjoner i enkelte nukleotider i DNA (single nucleotide polymorphisms, SNPs), i de emaljedannende genene Enamelin og Amelogenin, var assosiert med dentale erosjoner.

I Søviks avhandling har hun, sammen med sine medarbeidere, bekreftet at dentale erosjoner er en vanlig tilstand blant unge mennesker i dag og at kostholds faktorer utgjør en stor risiko for utvikling av slike skader på tennene. Hun er også den første til å avdekke en sammenheng mellom dentale erosjoner og genetiske variasjoner, et funn som er svært aktuelt å følge opp i videre forskning på feltet.

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

Fullservice
Laboratorium



Dentalstøp Tannteknikk as
TANNTÉKNISK LABORATORIUM
Vår ekspertise din trygghet

Fullservice
Laboratorium





Følg naturens kontur

OsseoSpeed™ Profile EV — Et unikt implantat spesielt designet for en skrå kjevekam

OsseoSpeed Profile EV er spesielt designet for effektiv utnyttelse av det eksisterende benet ved kasus med en skrå kjevekam.

- **Bevarer det eksisterende benet 360 grader og legger til rette for stabil bløtvevsestetikk**
- **Kan redusere behovet for benoppbygging**
- **Komponentene har kun en mulig posisjon i implantatet, noe som legger til rette for presis identifisering av implantatets posisjon gjennom hele behandlingsgangen**

OsseoSpeed Profile EV er en integrert del av det nye ASTRA TECH Implant System EV og alle elementer i det unike ASTRA TECH Implant System BioManagement Complex er ivarettatt.

For mer informasjon, besøk:
www.jointheev.com

Følg DENTSPLY Implants



www.dentsplyimplants.no

Vellykkede underbittsoperasjoner

Det er ikke uventet at mange av disse pasientene er fornøyde; det har man sett gjennom tidligere studier. Men det er viktig med jevne mellomrom å oppdatere seg på hva pasientene sitter igjen med etter inngrepene. Ikke minst er det vesentlig siden dette er ressurskrevende behandling.

I den første studien undersøkte man 130 personer som har tatt imot behandling for å korrigere for underbitt ved Det odontologiske fakultet og Oslo universitetssykehus. Man sammenlignet ekstraoral vertikal ramus osteotomi med bilateral sagittal split osteotomi. Nesten samtlige – 95 prosent – konkluderte med at de var tilfredse med resultatet tre år i etterkant. Etter ekstraoral vertikal ramusosteotomi fikk pasientene et vertikalt arr nedenfor øret på 2,5 cm lengde og 1 mm bredde. Etter bilateral sagittal split osteotomi hadde ca. 50 % varierende grad av endret følelse til underleppe og hake. Vanligvis et mindre område med nedsatt følelse. Stabiliteten var lik når man sammenlignet operasjonsmetodene med et residiv på 1 mm etter 3 år.

I den andre studien undersøkte man 38 pasienter med underbitt kombinert med asymmetri. Asymmetri er mer komplisert å behandle kirurgisk grunnet rotasjonen av underkjeven. Det er ikke tidligere målt stabilitet i forhold til den kirurgiske rotasjonen. Man fant etter 3 år at det var et residiv på ca.



Personalia

Niels Hågensli disputerte 7. mars 2016 ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo med avhandlingen «The decision to have orthognathic surgery and long-term outcome after mandibular set-back osteotomies». Prosjektet ble utført på Kjeveortopedisk avdeling, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo under veiledning av Professor Lisen Espeland og Professor Arild Stenvik. Hågensli er for tiden stipendiat på Kjeveortopedisk avdeling og i tillegg arbeider han på Kjevekirurgisk avdeling, Ullevål sykehus, Oslo universitetssykehus.

15 % ved rotasjonsforflytningen som var det samme som residivet ved tilbakeflyttingen. Ved behandlingen ble 80 % av den dentale asymmetrien opphevet. Alle pasientene fikk bedring av asymmetrien, men mange hadde fremdeles noe asymmetri på haken etter operasjon.

I den tredje studien vurderte man 160 pasienter som hadde fått tilbud om kirurgi men avsto fra behandling. Man sammenlignet disse pasientene med 236 som hadde mottatt behandling i samme tidsperiode. Alle varianter av bittfeil ble vurdert. Det var ikke store forskjeller med tanke på bittfeil mellom gruppene med unntak av de med store underbitt hvor 88 % valgte behandling. De som avsto fra operasjon, gjorde det som regel fordi de opplevde bittfeilen

som såpass begrenset at det ikke er verdt «bryet» med operasjonen. Noen avsto også behandling fordi de var bekymret for nerveskader i form av nedsatt følesans, eller ulempen med tannregulering i voksen alder. Men mange av dem som takket nei, var ikke fornøyde med utseende, tannstilling eller tyggeevne i etterkant heller.

Undersøkelsene av de som valgte å ikke ta operasjon lærte oss at det er avgjørende å ta ordentlig rede på pasientenes motiver og hva de frykter, når vi informerer om behandlingen og operasjonen. Det er en vanskelig balansegang i å informere tilstrekkelig om både fordeler og ulemper, og samtidig hverken oppfordre eller skremme.

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

SUNSTAR



PAROEX

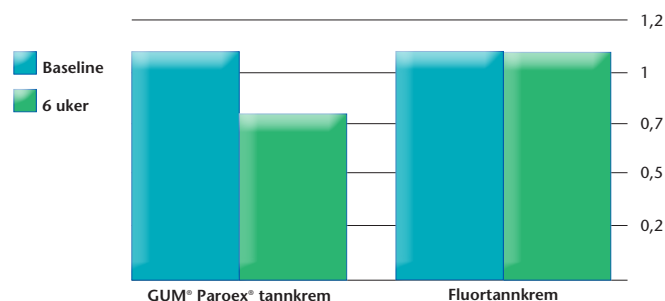
KJØPES PÅ DITT DEPO!

Har dine pasienter tannkjøttbetennelse?

Å skifte tannkrem er en god start!

GUM® Paroex 0,06 CHX tannkrem er den første antiseptiske tannkrem for langvarig bruk!

Klinisk bevist effektiv mot tannkjøtt sykdom*



I en nylig gjennomført studie med gingivittpasienter, fikk en gruppe pusset tennene med GUM® Paroex® 0,06% tannkrem med 1450 ppm fluor i 6 uker, og en annen gruppe fikk pusset tennene med vanlig fluortannkrem (1450 ppm).

RESULTAT:

Effekt: Etter 6 uker fant man en **signifikant gingivitt reduksjon (31%) hos pasienter som pusset tennene med GUM® Paroex® tannkrem**. I den andre gruppen kunne man ikke se noe forskjell i gingivitt hos pasientene som brukte vanlig fluortannkrem.

Bivirkninger: Ingen av pasientene i gruppene rapporterte om bivirkninger på misfarging av tenner eller smak.

* "Klorhexidin i lavdose - Et effektivt til daglig munhygiene? doc Per Ramberg, Sahlgrenska Akademien, Gøteborg universitet, Publ. i Tandhygienistidning nr 4.13

GUM® Paroex® 0,06% CHX TANNKREM

- God smak
- Inneholder klorhexidin, CPC og Fluor (1450 ppm)
- **Dobbeltvirkende antibakteriell effekt** og kan brukes daglig over en lengre tid for de som trenger mer enn en vanlig tannkrem
- Pasienter bør børste tennene med **GUM® Paroex® 0,06% tannkrem** morgen og kveld, akkurat som med en vanlig tannkrem

For pasienter som trenger mer enn en vanlig tannkrem!



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

Nå endelig på



apotek



Ingar Olsen:

Mulig samspill mellom genet for apolipoprotein og periodontitt ved Alzheimers sykdom og enkelte systemiske sykdommer

Genet for apolipoprotein (Apo) sammen med livsstil og infeksjon kan virke sammen i utviklingen av lidelser som åreforkalkning, slag, sukkersyke og Alzheimers sykdom. Et felles utgangspunkt for alle disse sykdommene kan i noen tilfeller være kronisk periodontitt (1–3). Genet påvirker trolig mottakeligheten for disse sykdommene, selv om andre gener også kan være involvert. Apo disponerer ikke bare for infeksjoner og etterfølgende betennelse, men også for forstyrrelser i fettstoffskiftet. Pasienter med Apo genotyper lider nemlig av hyperlipidemi (forhøyede eller unormale nivåer av lipider og/eller lipoproteiner i blodet) og er utsatt for bakterielle infeksjoner. Ettersom apolipoprotein krever en risikofaktor i miljøet for å utløse slike sykdommer, bør elimine-

ring av risikofaktorer være viktig i deres profylakse. Dette gjelder spesielt endring av uegnet livsstil og dårlig munnhygiene. Apolipoproteinet mulige betydning for periodontitt og systemiske lidelser, herunder Alzheimers sykdom, er nylig blitt beskrevet (4). Artikkelen omhandler spesielt betydningen av apolipoprotein E gen allele (variantform av et gen) 4 som en mulig felles årsak til sykdommer som opprinnelig skrives seg fra periodontitt og utvikler seg til demens.

Referanser

1. Olsen I. From the acta prize lecture 2014: the periodontal-systemic connection seen from a microbiological standpoint. *Acta Odontol Scand.* 2015; 73: 563–8. doi: 10.3109/00016357.2015.1007480.

2. Olsen I, Singhrao SM. Can oral infection contribute to Alzheimer's disease? *J Oral Microbiol.* 2015; 7: 29143. doi.org/10.3402/jom.v7.29143.

3. Singhrao SK, Harding A, Poole S, Kesavalu L, Crean StJ. Porphyromonas gingivalis periodontal infection and its utative links with Alzheimer's disease. *Mediators Inflamm.* 2015; 2015: 137357.

4. Singhrao SK, Harding A, Chukkapalli S, Olsen I, Kesavalu L, Crean StJ. Apolipoprotein E related co-morbidities and Alzheimer's disease. *J Alzheimer's dis.* 2016; 51: (4), in press (<http://www.j-alz.com/vol51-4>).

Adresse: Institutt for Oral Biologi, Det Odontologiske Fakultet, PB 1052 Blindern, 0316 Oslo.
E-post: ingar.olsen@odont.uio.no

nettbutikk.tannvern.no



Brosjyren Kroner er revidert
– kjøp pakker à 50 i nettbutikken –
Oversatt til arabisk for gratis nedlasting



nettbutikk.tannvern.no



CanalPro™ Syringe Fill modulsystem

- Forurenses mindre
- Sikker og renslig fylling
- Tidsbesparende



<http://canalpro.coltene.com>

COLTENE



TØRR MUNN

Actavis Norway AS • www.fluxfluor.no • FLU01_Feb2016



Flux Drops

Flux Tørr
Munn Rinse

Flux Tørr
Munn Gel

I Flux familien har vi produkter spesielt utviklet mot tørr munn, Flux Dry Mouth. Serien består av en skyll, en gel og harde sugetabletter. Produktene kan etter behov kombineres igjennom døgnetts 24- timer.

Flux Tørr Munn Skyll og Gel fukter og smører slimhinnene når du føler deg tørr i munnen. Produktene stimulerer spyttproduksjonen og har en mild smak av jordbær/mint.

Flux Drops er leskende sukkerfrie sugetabletter som har lang varighet, med god smak av rabarbra og jordbær.

Alle produktene inneholder fluor. Les gjerne mer på www.fluxfluor.no

FLUX®

Har du fluxet i dag?

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.

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

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

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

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

NBI Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege Tannpleier
 Offentlig Privat

Spesialist i:

Lege Sykehus Primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?
Umiddelbart innen 24 timer innen 1 uke innen 1 måned ukjent til år

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

Intraoralt:
 Sveie/brennende følelse
 Smerte/lønhet
 Smakstørrelser
 Stiv/nummen
 Tørretthet
 Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:
 Sveie/brennede følelse
 Smerte/lønhet
 Stiv/nummen
 Hudreaksjoner
 Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:
 Muskler/ledd
 Mage/tarm
 Hjerte/sirkulasjon
 Hud
 Øyne/syn
 Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:

Tretthet
 Svimmelhet
 Hodepine
 Hukommelsesforstyrrelser
 Konsentrasjonsforstyrrelser
 Angst
 Uro
 Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
 Ingen

Intraoralt:
 Hevelse/ødem
 Hvittlige forandringer
 Sår/blemmer
 Rubor
 Atrofi
 Impresjoner i tunge/kinn
 Amalgamtatoveringer
 Linea alba
Annet:

Lepper/ansikt/kjever
 Hevelse/ødem
 Sår/blemmer
 Erytem/rubor
 Utslett/eksem
 Palpable lymfeknuter
 Kjeveleddsfunksjon
 Nedsatt sensibilitet
Annet:

Øvrige funn: Angi lokalisasjon:

Hevelse/ødem
 Urtikaria
 Sår/blemmer
 Eksem/utslett
 Erytem/rubor
Annet:

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

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstatninger
- Avlagbare protetiske erstatninger
- Biftfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøttbehandling
- Oralt kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling
- Annet:

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

- Amalgam
- Komposit
- Komponer
- Glassionomer
- kjemisk lysherdende
- Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
- Isolerings-foringsmaterialer
- Fissursrøslingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varnish, ferniss, fluorlakk)
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- vannbasert plastbasert
- Metall-keram (MK, PG)
- metall/legering keram
- Materialer for kroner/broer/innlegg
- metall/legering plastbasert keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- metall/legering plastbasert
- Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
- metall/legering plastbasert
- Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
- metall/legering plastbasert
- Materialer for biftfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avtryksmaterialer
- hydrokolloid elastomer
- Midlertidige materialer – faste proteser
- Midlertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam)
- Andre materialer

Produktnavn og produsent

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

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

Yrkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt
Antall: _____

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**
Arstadveien 19
5009 Bergen

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

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.

Henvisninger

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

- Ja til**
 - Bivirkningsgruppen
 - tannlege
 - odontologisk spesialist
 - allmennlege
 - medisinsk spesialist eller på sykehus
 - alternativ terapeut
- Annet: _____

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

Tannlege/tannpleier/lege:
 Sikker/trolig relasjon
 Mulig relasjon
 Usikker/ingen oppfatning

Pasient:

- Sikker/trolig relasjon
- Mulig relasjon
- Usikker/ingen oppfatning



uni Helse
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer
Ver 6.2

Søvnseminaret 2. til 4. juni 2016

Radisson Blu Plaza Hotel i Oslo sentrum



www.digetdesign.no

E A D S M
EUROPEAN ACADEMY
OF DENTAL SLEEP MEDICINE

NORSK ODONTOLOGISK
SØVNMEDISINFORENING

**nos
med**

KURS I DENTAL SØVNMEDISIN OG BEHANDLING MED SØVNAPNÉSKINNER

Arrangementet er unikt i Norge og skjer i samarbeid med EADSM (European Academy of Dental Sleep Medicine). Alle deltakere som ønsker det, får tilbud om å avlegge EADSMs akkrediteringseksamen etter kurset.

Kurset innledes med et fullt dagskurs i dental søvnmedisin og behandling med søvnapnéskinner. De to påfølgende dagene vil foredragsholdere fra hele Europa og USA gi oss mer kunnskap om forekomst, diagnostikk og behandling av obstruktiv søvnapné. Ubehandlet søvnapné er årsak til mange bilulykker. Vi får et foredrag om dette og de nye EU-reglene med strengere krav til sjåførere. Det vil også bli foredrag om ulike behandlingsmetoder og om bivirkninger ved behandling med søvnapnéskinner. I tillegg blir det spennende sosiale arrangementer med båttur på Oslofjorden torsdag og middag på Frognerseteren fredag.

Søvnapnéskinner er godkjent som et behandlingshjelpemiddel, og tilbys i dag som ett av flere alternativer til pasienter med obstruktiv søvnapné. Sykehus og legespesialister er avhengig av et samarbeid med kompetente tannleger for å kunne tilby denne behandlingsformen. Med dette kurset vil du ha et godt utgangspunkt for å kunne bidra i et søvnteam.

Les hele programmet på www.nosmed.no

PÅMELDING

<http://www.trippus.net/Sleepseminar2016>
Other inquiries: sovnseminar@nosmed.no

KURSET TELLER **16** TIMER
i NTFs etterutdanningsprogram


SomnoMed
The Leader In COAT™
(Continuous Open Airway Therapy)


ResMed
Changing lives
with every breath


Avant Event

NTFs forum for tillitsvalgte, Oslo 3.-4. mars:

Mange, mange spørsmål

Forum for tillitsvalgte hadde som mål å se på egen organisasjon og arbeidsmåte. Med blikket rettet innover var hovedspørsmålene om NTF er en åpen og demokratisk organisasjon, og om systemet er egnet til å møte dagens og fremtidens utfordringer.

NTFs ledelse hadde også invitert noen fra utsiden, som kjenner NTF godt, for å høre deres oppfatning av NTF som politisk aktør, profesjonsorganisasjon og samarbeidspartner. Tidligere president i NTF, Carl Christian Blich, og dekan ved Det odontologiske fakultet i Oslo, Pål Barkvoll, hadde takket ja til invitasjonen om å gi sitt syn på NTFs utfordringer i tiden fremover.

Blich innledet med å spørre om NTF vet hvor skoen trykker – på medlemmenes føtter? Og han skyndet seg å legge til at han slett ikke er sikker på at han selv hadde denne innsikten den gangen han ledet foreningen.

– Poenget er at for å bestemme et arbeidsprogram må en vite hvor skoen trykker. En må vite, for å velge riktig medisin. I tillegg til å vite hva som er problemet, må en også vite hvor en vil. Vet en ikke hvor en vil kan en fort få en



Carl Christian Blich snakket om en rekke problemområder og etterlyste gode strategiske planer for NTF, med klare mål og muligheter for operasjonalisering.



Leder av Telemark Tannlegeforening, Terje Fredriksen, tilkjennega et behov for mer informasjon og kontakt mellom lokalforeningene og NTFs sentrale ledelse.

strategi som går i mange retninger. Kunsten er å få en strategi som går i én retning og, ikke minst viktig, en strategi som kan operasjonaliseres, understreket Blich.

Han beskrev situasjonen i 2016 slik: 12-åringer har i gjennomsnitt én fylt tann. 18-åringer har i gjennomsnitt fire fylte tenner. På Sørlandet gjøres tannlegestillinger i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) om til tannpleierstillinger. Alle tannlegestillinger i DOT er i all hovedsak besatt. NTFs jurister har 2 000 saker å løse (han la til at han håper at det tallet er feil), Praksiseierforeningen (2015) snakker om slavekontrakter i privat sektor. Det utdannes flere tannleger enn noen gang (250 fra utlandet i fjor). Norske læresteder har cirka 1 000 plasser fordelt på fem årskull. Til sammen er det cirka 4 500 årverk i norsk tannhelsetjeneste totalt.

– Jeg skjønner at det er vanskelig for NTF å ta opp dette med antall tannleger. Men kanskje man må?

– Kunsten er å adressere det på riktig måte. En har tidligere sett uheldige følger av at det er varslet om at det ikke er behov for å utdanne flere tannleger. Plutselig er det for få igjen, og det er ikke hensiktsmessig.

– Like fullt: Nye tannlegestudenter går mot fem år med studier, etterfulgt av minst 40 år med yrkesliv. Det er veldig uheldig hvis det er slik at det er for mange som velger dette yrket. Hva skal de gjøre alle sammen, hvis de blir for mange?

– Ubesvarte spørsmål i tiden er hva som blir effekten av at kvinneandelen på studiet er så høy som den er? Og hvilket tannbehandlingsbehov en vil se i befolkningen, med nåværende og fremtidig innvandring, og kanskje befolkningsvekst? Kommer det et økt behov?

– Fylkestannlegen i Hordaland har for øvrig et poeng når han sier at opplevelsen av at det er færre oppgaver å ta tak i for tannleger i privat praksis skyldes at det er bedre tannhelse



Magnus Marsdal fra Manifest Tankesmie stilte spørsmålet om verdens likeste land har gått i velferdsfella?



Visepresident i NTF Gunnar Amundsen innledet forum for tillitsvalgte med en gjennomgang av organisasjonens oppbygning og beslutningsprosesser.

i befolkningen, og ikke at DOT behandler noen få voksne pasienter.

– Så til det vanskelige spørsmålet: Gitt at vi er blitt for mange tannleger – hva er riktig medisin?

– Er medisinen å ansette flere advokater i NTFs sekretariat? Eller er det å få analysekompetanse i sekretariatet?

For offentlig sektor vil spørsmålet være: Hvordan fremforhandle gode lønns- og arbeidsvilkår i årene som kommer?

I privat sektor spør vi om eventuelle problemer skyldes griske klinikkeiere, eller om unge nyutdannede tannleger forventer for mye? Eller er det markedet som er problemet?

Hvilken fremtid ser vi for spesialistene? Hvilken rolle spiller kompetansesentrene? Får vi underbeskjeftegede allmennpraktikere?

Blich, i likhet med Pål Barkvoll, unnlot ikke å nevne at han stiller seg uforstående til Tannhelsetjenestens kompetansesenter på Østlandet, TKØ, som har etablert seg på Majorstuen i Oslo. Begge understreket også tydelig at de mener tannhelsepolitikken i Norge først og fremst meisles ut av byråkratiet i Helse- og omsorgsdepartementet, og ikke av politikerne.

– Når det kommer til sentral helsepolitikk er tannhelse under radaren. Det vil si at tannhelsefeltet blir styrt av administrasjonen i Helse- og omsorgsdepartementet. Nøkkelen ligger altså i byråkratiet. Og jeg håper at NTFs ledelse i dag har bedre forbindelse dit enn det jeg hadde i min tid, sa Blich.

– Lokalpolitisk opplever vi at det blir oppstyr når det legges ned en tannklinik. Men jeg vil hevde at de aller fleste lever fint med at det blir litt lang reisevei til tannklinikken.

– For ganske få år siden var fordelingen av tannleger et reelt politisk problem. Slik er det ikke lenger.

– Et hovedanliggende er at for å være gode tannleger trenger vi



Dekanen ved Det odontologiske fakultet i Oslo, Pål Barkvoll, pekte på lønnsutvikling for statlig vitenskapelig ansatte ved lærestedene som et område der han ønsker tettere samarbeid med NTF.

å praktisere mye. Samtidig blir befolkningen friskere og friskere. Her er det ikke lett å finne balansen.

– Jeg vet at dette høres negativt ut. Samtidig er jeg redd bølgen kommer. Og spørsmålet er om sammenføyningene i NTF vil holde. Vi har et felles problem: Befolkningen blir friskere. Om 10–15 år kommer jeg til å trenge dobbelt så mange pasienter som jeg har i dag, mente Blich, og fortsatte:

– Hva skal foreningens rolle være? Er de strategiske planene operasjonelle nok? Hvor skal vi, og når skal vi være der? Jeg tror ikke det er nok å arrangere representantskapsmøter hvert annet år. Det bør i hvert fall være noe annet innimellom.

– I min tid kalte jeg NTF en konsensusforening. Da vi klarte å ta en beslutning, var toget gått. Det ødela mye at vi ikke ble raskere enige om operative mål.

– Jeg mener NTF bør lage planer som tar høyde for worst case. Hva om private klinikkeiere går til NHO? Hva om offentlig tannhelsetjeneste blir satt ut på anbud? Kanskje kjeveortopedi blir finansiert gjennom kompetansesentrene? Og kanskje de samme kompetansesentrene starter kursvirksomhet, i konkurranse med NTF?



NTFs hovedstyremedlemmer ledet gruppearbeidene som handlet om NTFs utfordringer og muligheter, kommunikasjon og rekruttering og om NTF som demokratisk organisasjon.

Innspill fra venstre

Magnus Marsdal fra Manifest Tanke-smie, venstresidens tenketank, var invitert til NTFs forum for tillitsvalgte og innledet forumets dag to. Han viste at andelen av den norske befolkningen som er innenfor arbeidslivet stadig øker. Norge ligger på tredjeplass i verden, etter Island og Sveits, i andel sysselsatte. Riktignok har vi etter 2008 sett en sviktende sysselsetting for menn født i Norge.

Vi tilbringer relativt lite tid på jobben, men har høy produktivitet per arbeidstime. Og vi har høye lave lønninger. Vi har ikke markedsstyrt lønnsdannelse, noe fagforeningene sørger for.

Marsdal var også innom velferdsprofitørene. De som tjener penger på eksempelvis sykehjem og barnehager, og som fører norske skattepenger ut av landet, til skatteparadis og profitøres kontoer der.

Offentlige og private perspektiver

Farshad Alamdari og Ralf Husebø leder henholdsvis sentralt forhandlingsutvalg (SF) og sentralt næringsutvalg (SNU) i NTF. De hadde hver sin innledning på forum for tillitsvalgte.

Alamdari lurte på om det kommer en ny tannhelselov snart. Den som skulle ha kommet i 2011. Det er blitt sagt at det skal komme et forslag nå, før juni 2016. Spørsmålet er om det fortsatt blir en særlov for tannhelse, eller om det blir innlemmelse i Helse- og omsorgstjenesteloven. Og hva vil endringene bli?

Den store saken er kommunereformen, og overføring av DOT. Hvor mange kommuner blir det? Skal alle kommuner få DOT, uansett størrelse? Hvordan vil endringene påvirke lønns- og arbeidsvilkår? Hva med pensjon og særavtaler? Hva kan ventes når det gjelder virksomhetsoverdragelse?

Hvor mange forhandlingssteder får vi, og hvor mange hovedtillitsvalgte? Hva vil skje med rekruttering og opplæring av tillitsvalgte? Hvilke kostnadsendringer blir det for NTF? Og hvordan blir lederstrukturen i kommunene? Hva skjer med tannlegene som har lederstillinger i dag? Vil det bli kjøp av tjenester fra privat sektor? Hva blir de samlede konsekvensene av privatisering og konkurranseutsetting? Blir det reguleringer?

Skal vi få en ny utredning av NTFs struktur?

– Hva med tannleger som er ansatt i privat praksis? Hvem ivaretar deres interesser? Kan vi få konflikt og splittelse internt i NTF? Vil vi bestå, som én forening?

– Hvis vi skal oppnå noe overfor politikerne, som liten yrkesgruppe, er det viktig å stå samlet.

Ralf Husebø pekte på utviklingen innen kunnskap og utstyr, som har funnet sted for tannlegene. Tidligere var også regelen at tannlegen hadde solo-praksis. I dag er det 4 793 private tannlegevirksomheter i Norge. Av disse er 2 714 uten ansatte, 639 har én ansatt, 1 200 har mellom to og fem ansatte, 200 har mellom seks og ni ansatte og 40 virksomheter har mer enn ti ansatte.

– Det er kommet store kjeder, som Colosseum, og det er kommet billigkjeder med utenlandsk bemanning som jobber i to måneder før de reiser hjem igjen.

Utenlandsklinikker åpner avdelinger i Norge, for å ta seg av reklamasjonene.

Det er dårligere lønnsomhet i privat sektor. Forbruksvarer er blitt dyre på grunn av valutasisituasjonen med svak norsk krone. Det er flere tannleger, og økt konkurranse. Det er dårligere økonomi i befolkningen, som følge av

blant annet situasjonen i oljenæringen. Bedre tannhelse gir mindre behandlingsbehov, mens flere tenner blant de eldre gir mer å gjøre. Mange nordmenn tar tannlegeutdanning i utlandet, og utenlandske tannleger vil jobbe i Norge.

Lisenstannleger tilbyr seg å jobbe gratis i ett år.

Vi ser et økt press på samarbeidsavtalene mellom praksiseier og leietannlege. Det tilbys lavere godtgjørelse enn før. Praksiseiere ønsker mer styringsrett over leietannlegene.

Vi ser at standardavtalene til NTF endres på, og at andre avtaler benyttes. Vær klar over at disse kan underkjennes av skattemyndighetene. Krav om arbeidsgiveravgift kan utløses, advarte Husebø, før han stilte flere spørsmål:

– Ønsker unge tannleger ansettelse i større grad enn tidligere? Går det mot flere ansettelser? Hvordan skal NTF ivareta de ansatte? Hvem skal føre lønnsforhandlingene i privat sektor? Hvem skal representere klinikkeierne? Kan NTF sitte på begge sider av bordet? Kan det oppstå andre konflikter? For DOT er det enklere på dette punktet. Her er NTF arbeidstakerorganisasjon.

Er løsningen at alle selger klinikken sin til Colosseum? Er pasientene tjent med det?

Trenger vi flere foreninger? Det vi vet er at det fungerer dårlig i Danmark og Sverige. NTF er foreløpig en sterk og samlet forening, som blir hørt politikere, byråkratiet og av media.

Klarer vi å stå samlet? Hva med Praksiseierforeningen og andre kritikere? Ønsker vi å stå samlet? Kan vi oppnå det samme hvis vi splittes? Vil kommunereformen påvirke NTF?

Kommer det anbud fra Budapest-klinikken? Vil pengene gå ut av Norge? Får vi velferdsprofitører på tannhelsefeltet?

NTFs president, Camilla Hansen Steinum, oppsummerte med å stadfeste at det er mange ubesvarte spørsmål. Hun uttrykte glede over ønsket om én samlet forening, og spurte:

– Hvordan får vi til det? Hvordan beholder vi styrken og påvirknings-

kraften? Hvilke endringer og forbedringer kan komme?

Dermed var det duket for gruppearbeid.

Hvordan fungerer foreningsdemokratiet?

– Hvordan skal vi få alle til å dra i samme retning, var et av spørsmålene?

Gruppen sa: – Bedre kommunikasjon fra hovedstyret til lokalforeningene. NTFs diskusjonsforum er tungvint. Kan det utvikles en app? Det må være rom for diskusjon innad, samtidig som NTF må stå samlet utad. NTF må ha fokus på å analysere fremtidsutsiktene. Hvis en vet hvordan fremtiden ser ut er en bedre rustet.

NTFs største utfordringer og muligheter.

Gruppen sa: – Ett mulig fremtidig problem er at det blir en splittelse mellom offentlig og privat. Hva gjør en med ansatte i privat sektor? Trengs det underforeninger? Ligger løsningen i ulike typer medlemskap – eksempelvis arbeidstaker og arbeidsgiver.

– En stor utfordring er kommunereformen, flytting av DOT og konsekvenser for NTF. Bring lokalforeningene inn i det politiske arbeidet, og sørg for skoling av tillitsvalgte lokalt, så de blir rustet til å jobbe politisk. I gruppen var det for øvrig uenighet om hvorvidt NTF bør jobbe for å reversere flytting av DOT fra fylkeskommunen til kommunen.

Det blir veldig mange kommuner.

– Hva gjør NTF da, med antall tillitsvalgte og lønnsforhandlinger?

– Andre utfordringer: Hvilke konsekvenser har kjededannelse i markedet? Ingen enkeltaktør bør bli for dominerende. Monopol er uheldig. NTF mister innflytelse. Store kjeder setter sin egen kurs. NTF mister inntekt hvis mange tannleger velger å stå utenfor.

Hvis det blir anbud i offentlig sektor må det løses med klare kravspesifikasjoner. Språkkrav blir viktig.

Det blir for mange tannleger, og fremtiden er usikker. Overbehandling er en konsekvens. Det bør ikke gis utdan-

ningsstøtte når tannlegekapasiteten er dekket. Samtidig er det et gode at det er fritt utdanningsvalg. NTF har en informasjonsoppgave: Ikke la unge mennesker utdanne seg til ledighet.

Kan NTF få skylda for det som går galt? Har ikke foreningen vært tilstrekkelig på vakt? Det er ikke lenge siden alle fikk jobb. Nå er det vanskelig, selv i Nord-Norge og for dem som er utdannet i Tromsø.

Kommunikasjon og rekruttering

Gruppen sa: – Studentforening er viktig. Og NTF trenger å beholde medlemmene. Kommunikasjonen er forbedret, og kan bli bedre. Kanskje NTF bør satse på å tilby bedre forsikringstilbud. Hvorfor er det så mange jurister i NTF? Hva gjør de for oss? Medlemssiden til NTF med kursregistrering fungerer ikke alltid. Hvis det blir flere tillitsvalgte – hva skjer med retten til godtgjørelse? Økonomiske konsekvenser for NTF? Lokalforeningene trenger valgkomiteer. Trenger også kurs i bruk av sosiale medier. Og kanskje det trengs en arena for spørsmål om hvordan det er å være tillitsvalgt? Eller bare et sosialt møtepunkt?

Kommunereformen til slutt

Camilla Hansen Steinum avsluttet med å orientere om aktuelle saker, med kommunereformen på topp: NTFs ledelse har møtt statsrådene Høie og Sanner. Regjeringen og NTF har ulik virkelighetsoppfatning. Regjeringen legger til grunn at kommunereformen blir vellykket. NTFs største bekymring er at det blir små kommuner. Regjeringen sier at de ønsker en sterk offentlig tannhelse-tjeneste.

Lokal- og spesialistforeningene ytrer at de også ønsker å bli hørt når høringen kommer.

– Vi vil tenke på det når vi tar stilling til hvordan høringen skal organiseres internt i NTF, sa Steinum.

*Tekst: Ellen Beate Dyvi
Foto: Kristin Aksnes*

Gardermoen 10.–11. mars – NTFs tariffkonferanse 2016:

Forbereder moderat lønnsoppgjør

– Hele nasjonalmoduset er moderasjon. Det er ikke nå en skal ta opp de store tingene, sa Erik Graff, leder av Akademikerne Oslo på NTFs tariffkonferanse.

Lønnsoppgjøret 2016 er et hovedoppgjør. Ikke bare lønn, men hele hovedavtalen skal opp til revisjon. NTF og Akademikerne ønsker lokal lønnsdannelse og kun det, de ønsker ingen sentrale justeringer.

– Det er helt greit for NTF at lønna differensieres. Den kan brukes til å verdsette kreativitet, effektivitet og for å rekruttere og beholde ansatte, og skal tilpasses tilgangen på arbeidskraft, sa forhandlingssjef i NTF, John Frammer som sammen med Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) arrangerte møtet.

Årets oppgjør

– Årets hovedoppgjør tegner til å bli moderat. Det er ikke usannsynlig at store grupper må belage seg på et null-

oppgjør. Men det er viktig å vite at det betyr at kjøpekraften skal opprettholdes, sa Frammer. Det betyr en lønnsøkning som tilsvarer konsumprisindeksen.

Frontfaget begynte sine forhandlinger den åttende mars, og tallene ventes over påske. Deres oppgave er å tilpasse lønnsveksten i samfunnet til det vi har råd til.

Mulige temaer i årets oppgjør

Det er mange som ser mørke skyer over norsk arbeidsliv. Det store temaet som kommer om ikke lenge og som muligens kan komme i år, er offentlig tjenestepensjon. Særavtaler kan også bli et tema. Arbeidstid og aldersgrensene er under press. Et annet tema er at det er viktig å tariffeste etterutdanning

Lokale forhandlinger i staten?

NTFs og Akademikernes tidligere vedtatte strategi er å fremme krav om endring av lønns- og forhandlingsystemet i staten. For å beholde ansatte og kun-

ne konkurrere med andre arbeidsgivere er det behov for reallønnsvekst for NTFs grupper i staten i årets oppgjør. Dette er vanskelig uten lokale forhandlinger.

Staten har ansatt ny personaldirektør, Gisle Norheim, og hans politiske leder, Jan Tore Sanner, er positiv til lokale forhandlinger, så i år er det større muligheter enn tidligere for at noe kan forandre seg på dette området.

Lønnsundersøkelsen 2016

Lønnsutviklingen blant tannleger fra 2001 til 2016 var god i mange år, men de siste årene har utviklingen ligget under en del andre grupper. En prioritert oppgave i årets lønnsoppgjør er å snu denne trenden og forsvare et godt nivå.

Tariffoppgjøret 2015

– På lengre sikt: Det er viktig å følge med på utviklingen i KS-bedrift, sa Erik Graff, leder av Akademikerne Oslo. KS-bedrift organiserer nå 500 kommunalt eide bedrifter. Her er en av attraksjonene at det er mulig å redusere store pensjonsforpliktelse.

Lokale og frie forhandlinger har over tid og statistisk sett blitt en suksess. LO insisterer fremdeles på at alle forhandlinger må skje innenfor rammen, men det er viktig for Akademikerne å hindre dette.

Produktivitetskommisjonen 2011–2016 la fram sin første rapport 10. februar 2015, og sin andre og siste rapport torsdag 11. februar 2016. Hovedkonklusjonen er at produktivitsveksten har falt de siste årene, og at trendveksten er historisk lav. Videreutvikling av vår velstand forutsetter at produktivitsveksten holdes oppe, og vi står dermed ved et vendepunkt. Rapporten sendes på høring i april.

Tariffoppgjøret 2015 var det første litt magre oppgjøret på mange år. Store overheng fra 2014 preget mellomopp-



Årets tariffkonferanse hadde 54 deltakere og foregikk som vanlig på Gardermoen.



Anders Kvam fra Akademikerne stat tok for seg lønnsoppgjøret i statens tariffområde 2016.



Erik Graff fra Akademikerne Oslo snakket om lønnsoppgjøret i kommunalt og Oslo tariffområde.

gjøret i 2015. Det meste av pengene var allerede brukt. KS insisterte på at tariffpolitiske forutsetninger skulle tas med i forhandlingsprotokollen. Akademikerne kommunes flertall anbefalte resultatet og alle, med unntak av Econa og Naturviterne aksepterte det. De mente at tariffpolitiske forutsetninger var ulovlig. Forlik er inngått i ettertid.

– Dette ble den dramaturgiske innpakningen for fjorårets forhandlinger.

Dette kunne komplisert årets forhandlinger, Også i årets oppgjør kommer vi til å få et press fra LO. Men denne situasjonen har vi hatt i mange år. Foreningene har sett på det strategisk forskjellig, avsluttet Graff.

Tariffoppgjøret 2016

I vår er det oppstartsmøte som handler om revisjon av hele det offentlige tjenestemannspensjonssystemet. Det kre-

ver mye tid, derfor blir det neppe noen stor sak ved dette oppgjøret. Det blir tidligst en sak ved lønnsoppgjøret i 2017.

– Pensjonssaken er viktig. Her kommer interessene våre til å skilles på et eller annet tidspunkt. LO ser for seg et slitertillegg. Akademikerne er opptatt av sluttlønnsnivået. Et mandat for forhandlingene skal foreligge før påske, og så er vi i gang, sa Graff. For øvrig kan



- 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



Forhandlingssjef i Tannlegeforeningen, John Frammer, ledet konferansen sammen med Sentralt forhandlingsutvalg.

arbeidstid bli et tema. Flyktningestrømmen kan også bli et argument.

– En skal også være oppmerksom på argumentasjonen rundt det såkalte bærekraftalternativet mellom LO og NHO, sa Graff. I argumentasjonen kommer forutsetningene om sentrale forhandlinger og solidaritetsalternativet inn.

Mens vi venter

NTFs president, Camilla Hansen Steinum, orienterte om nytt fra NTF. Hun sa blant annet at myndighetene sier i møter at de skal kvitte seg med tannhelseloven. Den skal inkorporeres i annet lovverk. Dette er bare en av grunnene til at dagens situasjon oppleves som et vakuum hvor vi venter på avklaringer. Det er også sagt at kompetansesentrene skal ligge på kommunalt nivå etter kommunereformen. De skal etter det

som blir sagt drive med lederstøtte til den kommunale tannhelsetjenesten.

Statens tariffområdet 2016

Anders Kvam fra Akademikerne Stat snakket om problemene knyttet til å ha staten som arbeidsgiver. Motpart i lønnsforhandlingene er personaldirektøren, som har en partipolitisk agenda i tariffoppgjørene. Dette er ikke bra for staten, sa Kvam. Personaldirektøren har forskjellige statsråder over seg, som styrer når det blir vanskelig. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) har igangsatt en prosess for å modernisere staten som arbeidsgiver – «Prosjekt 2014». Dette innebærer en gjennomgang av den statlige arbeidsgiverfunksjonen. Det er et stort behov for hjelp til å være arbeidsgivere i staten, spesielt under omstillingsprosesser. Akademikerne har sett på hva de gjør

i Sverige, hvor de har de en statlig arbeidsgiverforening. Den er fristilt, og gjør slik virksomhetene vil, ikke slik som staten vil, og de forhandler lønn. Dit kommer ikke Norge i denne omgangen. Men vi får en arbeidsgivergruppe som skal ha en rolle i lønnsoppgjøret. Ingen formell rolle riktignok, men allikevel.

– Det er sørgelig at ikke universitetene, som en del av staten, skal kunne forhandle lønn, sa Kvam. De trenger et verktøy. KMD har en prosess for å revidere tariffavtalen, og er nå tydeligere på hva de vil. At staten er overstyrt og underledet, er et gammelt munnhell. Strukturen i den statlige tariffavtalen er veldig gammel. Den ble revidert i 1991–92, men dette begynner også å bli gammelt. Da var hele NSB og Televerket statsbedrifter. Da hadde veldig mange statsbedrifter mange ansatte uten utdanning. Nå har de fleste som ansettes høyskoleutdanning eller høyere.

– Vi trenger å skape et tydelig skille mellom politikk og forvaltning, å gi statlige ledere mer ansvar og videre fullmakter til å nå de overordnede politiske målene, sa Kvam. Jan Tore Sanner er tydelig på at avtaleverk og arbeidsgiverfunksjon er en del av moderniseringen. Virksomhetene skal ha større handlingsrom og han vil ha endring i 2016. Han vil delegere mer til virksomhetene, og skape varig endring. Noe som monner og har effekt.

Konferansen ble avrundet med gruppearbeid, hvor spørsmål vedrørende SFs forhandlingsmandat ble diskutert.

Forslag til ny valgkomité

Forslag til ny valgkomité var Øystein Sivertsen, Sogn og Fjordane, Irene Ness, Hordaland og Elin Rundberg, Oslo.

Tekst og foto: Kristin Aksnes



Tellende timer

Annerledes

Nyskapende

Kostnadseffektivt

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

En trygdeordning for alle:

Flere og sterkere pasienter

I 2008 gjennomførte de en stor tannhelse-reform i Sverige, som nå er evaluert. Rapporten, som sier at reformen har vært vellykket, og som foreslår nye tiltak for å styrke pasientenes stilling, kom i august 2015. Høringsrunden er akkurat avsluttet. Nå gjenstår å se hva socialministeren eventuelt vil foreslå av nye tiltak overfor det svenske parlamentet, riksdagen.

I juni 2014 startet arbeidet med å utrede og evaluere reformen fra 2008, som blant annet ga alle innbyggere i Sverige en generell grunnstøtte til tannbehandling, samt beskyttelse mot høye kostnader for dem som hadde behandlingsutgifter som oversteg 3 000 svenske kroner. Når foreslås det å justere opp dette beløpet, ettersom det er flere og flere som får utgifter i denne størrelsesorden. Rapporten mener at beløpet bør indeksreguleres til samme nivå som i 2008. Det samme bør skje med engangsbeløpet som gis til alle, det som på svensk heter Allmänt tandvårdsbidrag og forkortes ATB. Rapporten foreslår også at ATB forbedres for aldersgruppen 65–74 år, siden denne gruppen har størst behandlingsbehov og høyest utgifter til tannbehandling av samtlige grupper.

Politikeren Bengt Germundsson (kristdemokrat), kommunalråd, og dessuten tannlege, ble utnevnt som hovedansvarlig for utredningen. Seniorrådgiver Agneta Rönn ved Sveriges Kommuner och Landsting (SKL – som tilsvarende det norske KS) var utredningens hovedsekretær. Tidende møtte Rönn i Stockholm i slutten av februar 2016, og fikk en gjennomgang av rapportens hovedfunn og anbefalinger.

2008-reformen markerte et systemskifte, heter det først i rapporten. Reformens mål var å beholde den gode tann-



Seniorrådgiver ved SKL (Sveriges KS), Agneta Rönn, var hovedsekretær for utredningen som evaluerer tannhelsereformene fra 2008 og går inn for flere og sterkere pasienter i Sverige. Foto: Privat.

helsen for dem som hadde små eller ingen behandlingsbehov, å støtte dem med stort behandlingsbehov samt gi staten mulighet til god kostnadskontroll. En annen sentral ambisjon var å styrke pasientenes stilling innenfor tannhelsetjenesten.

Tidende skrev om reformen i nr. 5, 2009: <http://www.tannlegetidende.no/i/2009/5/Tidende05b-2738>

Tannhelse er et marked

– Tannhelsefeltet er i langt større grad å betrakte som et marked enn de øvrige helsetjenestene i Sverige, sier Agneta

Rönn. Siden folk betaler en så stor andel av kostnadene selv. Med dette som utgangspunkt har vi foreslått en bedre nettbasert tjeneste for prissammenligning og anbefalt at det skal bli en plikt for tannlegene som behandler pasienter for trygdens regning at de skal oppgi hvilke priser de opererer med. Vi ønsker at det skal bli mye mer åpenhet og standardisering rundt opplysningene om tannlegenes priser, og vi ønsker at pasientene, eller konsumentene, skal bli mer pris- og kvalitetsbevisste ved valg av tannlege.

Bedre opplysning

Utredningen ser behov for å gi betydelig bedre støtte til allmennheten og pasientene innenfor tannhelsetjenesten, først og fremst gjennom en større innsats hva angår informasjon og rådgivning. Det er behov for en folkeopplysningsinstans som kan bidra til et bedre fungerende tannhelsemarked der maktbalansen mellom pasient og behandler jevnes ut og pasientens stilling styrkes, lyder en av hovedkonklusjonene i rapporten.

– For den øvrige helsetjenesten gjennomføres det en årlig pasientenquete. En spørreundersøkelse altså, der pasientene selv vurderer kvaliteten på helsetjenesten de har mottatt. Vi ønsker at det skal gjennomføres en tilsvarende undersøkelse for tannhelsetjenester, eller at tannhelsetjenesten blir en del av den store nasjonale pasientenqueten. Stikkordet er pasientbedømt kvalitet. Når det er sagt viser de undersøkelser vi kjenner til at svenske tannlegepasienter er godt fornøyd med det de får fra sin tannlege. Det vi ønsker oss er mer åpenhet og sammenlignbare resultater, innhentet på samme vis over hele landet.

Bedre analyser og kontroll

– For øvrig medførte reformen fra 2008 at vi har fått et solid register over hvilken tannbehandling som gis. Det kan gjøres mye mer analyse enn det som er



Rapporten som evaluerer den svenske tannhelsereformen fra 2008 kom i august 2015, som en svensk offentlig utredning (SOU). Høringssvarene er innhentet og nå avventes socialdepartementets proposisjon overfor den svenske riksdagen. . .

gjort. Jeg har nesten ikke sett en helsetjeneste der det er så godt dokumentert hva som utføres. Det er en nesten utømmelig mengde data, som kan brukes til mye, sier Rönn.

Utredningen bringer også frem at det er behov for bedre kontroll, oppfølging og analyse samt bedre styring, for å motvirke feilaktige utbetalinger.

– Vi tror ikke at det er mye juks med trygdemidlene på tannhelsefeltet, men det forekommer her som på alle andre områder, legger Agneta Rönn til. Det er alltid noen behandlere som juksker, det gjelder også for tannleger.

Billigere enn antatt

Når det er sagt viser det seg at reformen ble billigere enn antatt da den kom i 2008. Årsaken til dette er dels at det er færre som har benyttet seg av mulighe-

ten til å få dekket utgifter til tannbehandling enn det ble tatt høyde for, og dels at tannhelsen er blitt bedre. Behandlingsbehovet hos dem som ikke har benyttet seg av muligheten til å gå til tannlegen er ukjent. Likevel antas det at det fortsatt er en del av de med størst behov som ikke har oppsøkt tannlegen. Samtidig er det færre enn før som oppgir at de tross behov avstår fra tannbehandling av økonomiske årsaker.

Videre oppfølging

I socialdepartementet har de nylig innhentet alle høringsuttalelsene fra ulike instanser etter at rapporten kom i august 2015.

Kansleriråd Anna Hedin forteller at de vil gå gjennom alle høringssvarene i tiden fremover, og at arbeidet med en proposisjon til riksdagen begynner samtidig med at de sammenstiller høringssvarene.

Debatteres

Samtidig har rapporten vakt reaksjoner og debatt. I den svenske Tandläkartidningen nr. 2, 2016 (<http://www.tandlakartidningen.se/debatt/tveksamt-underlag-bakom-slutsatser-om-tandvardsstodet/>) sier to tannleger, som også er professorer, og en direktør i Riksförsäkringsverket/Försäkringskassan at grunnlaget for konklusjonene i rapporten er tvilsomt. Debattantene sår blant annet tvil om påstanden om at den svenske befolkningens tannhelse er vesentlig forbedret siden 2008. Blant annet slår utredningen fast at gjennomsnittsalderen gjenværende tenner er 28 eller flere blant dem som er yngre enn 61 år. Dette har aldri vært rapportert i Sverige tidligere, og det virker usannsynlig, skriver debattantene, som også stiller spørsmål ved andre beregninger og konklusjoner i utredningen.

Ellen Beate Dyvi

NORTANN
- alltid vakre tenner
NORSMILE
- agent for V-Best Dental Technology Ltd. Hong Kong

NorTann AS lager alt av estetisk, fast og avtagbar tannteknikk i Norge. NorSmile AS leverer konkurransedyktig tannteknikk fra Hong Kong.

Kontakt oss for tannteknisk kompetanse. Vi gir deg gjerne navn på referanser.

Tlf: 22 29 27 14 - Tlf: 23 38 80 08
www.nortann.no - www.norsmile.no



14.–15. mars 2016, Scandic Holmenkollen Park Hotel, Oslo

Holmenkollsymposiet 2016

Rundt 370 deltakere hadde funnet veien til Holmenkollsymposiet, som i år hadde temaet diagnostikk – klinikk og radiologi for allmennpraktikere. Arrangementet var også i år lagt i etterkant av en stor skihelg i Holmenkollen: VM i skiskyting, som ble avsluttet søndag 13. mars.

Hele 25 foredragsholdere fra inn- og utland dekket et bredt spekter av kliniske fagområder, og en av nestorene innen radiologi, Stuart C. White, foreleste i flere omganger begge dager.

Moderatorer var Bamse Mork-Knutsen og Anne Møystad.



Fotografen Morten Krogvold var først ut i programmet og snakket om livet generelt og litt om bilder.



Stuart C. White er en nestor innen radiologi og har vært medforfatter på en av de mest brukte lærebøkene i faget.



Ca. 370 tannleger deltok på Holmenkollsymposiet 2016.



Låtskriver og musiker Stein Thorleif Bjella underholdt ved middagen.



Tord Walderhaug snakket om bruken av røntgenstråling og radioaktive stoffer de siste hundreårene.



Moderatorer var Bamse Mork-Knutsen og Anne Møystad.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

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




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 | Trude Hansen Tlf: 95471265 | Carmen Lundberg Tlf: 90526063 | Heidi Normann Svensson Tlf: 94838814

1 VITA is not a registered trademark of DENTSPLY International, Inc.

Dette er den fjerde artikkelen i en artikkelserie om pensjon. Artiklene er skrevet av Sissel Rødevand og Fredrik Haugen i Actecan. Tannlegeforeningen har en avtale med Actecan, som medlemmene i NTF kan benytte, om individuell pensjonsveiledning. Mer informasjon om samarbeidet finnes på www.tannlegeforeningen.no/medlem/fordeler/Actecan--pensjonsrdgivning.aspx

En arbeidsgruppe i Arbeids- og sosialdepartementet la like før jul frem en utredning om en ny pensjonsløsning for ansatte i offentlig sektor. Det er imidlertid ikke vurdert hvordan den foreslåtte nye løsningen vil kunne virke for offentlig ansatte med særaldersgrenser, herunder offentlig ansatte tannleger.

Forslag om ny offentlig tjenestepensjon – særaldersgrenser en utfordring

Arbeidsgruppens utredning skal danne grunnlag for å vurdere om partene i offentlig sektor sammen skal arbeide for å bli enige om en ny pensjonsordning, og departementet presiserer at rapporten kun «beskriver et mulighetsrom som en ny ordning kan utformes innenfor». Underveis i arbeidet med rapporten hadde departementet flere møter med partene i arbeidslivet, som kom med innspill til rapporten.

Kort om dagens pensjonsordning i offentlig sektor og særaldersgrenser

Det er noe ulike tjenestepensjonsordninger i henholdsvis staten, kommunal sektor og i helseforetakene. Alle har imidlertid det til felles at de sammen med alderspensjon fra folketrygden skal gi en samlet pensjon på 66 prosent av lønn ved 67 år (70 prosent i Oslo kommune). Tjenestepensjonsordningen definerer dermed nivået på samlet pensjon, og størrelsen på den enkeltes tjenestepensjon avhenger av hvor mye vedkommende får i alderspensjonen fra folketrygden. Alderspensjonen utbetales livsvarig.

Ansatte med særaldersgrense har rett på en tjenestepensjon på 66 prosent av lønn fra aldersgrensen for stillingen, eventuelt inntil tre år tidligere, dersom den ansatte har lang opptjeningsstid (kravet for å kunne ta ut pensjon før aldersgrensen er at summen av alder og opptjeningsstid er minst 85 år). Dette gjelder for eksempel tannleger i skolehelsetjenesten og tannleger ansatt i forsvaret, som i begge tilfeller har 65 års aldersgrense, og dermed kan ta ut

pensjon fra 62 år om de har lang opptjening.

Det kreves minst 30 års opptjening i offentlig sektor (uansett arbeidsgiver) for å få full pensjon. Kortere tjenestetid enn 30 år fører til en forholdsmessig avkortning i pensjonen. Mer enn 30 års opptjening gir ikke høyere pensjon.

I forbindelse med pensjonsreformen ble det innført levealdersjustering av offentlig tjenestepensjon fra 67 år, det vil si at pensjonen justeres i takt med endringer i befolkningens levealder. Levealdersjusteringen vil føre til at samlet pensjon vil bli lavere enn 66 prosent av lønn for yngre årskull. Tjenestepensjonen levealdersjusteres før 67 år for personer med særaldersgrense.

Det er ikke tillatt å ta ut tjenestepensjon før fra 67 år for ansatte uten særaldersgrense, men offentlig ansatte har en AFP-ordning som gir dem rett til AFP fra 62 til 67 år. AFP er altså ikke livsvarig som i privat sektor.

Departementets utgangspunkt for endringer i pensjonsordningen

Departementets utgangspunkt for en offentlig tjenestepensjonsordning er at den skal være «bedre tilpasset pensjonsreformen» enn dagens ordning. Dette betyr i klartekst at departementet ønsker at en ny ordning skal ha egenskaper som, etter deres syn, i større grad skal gjøre det mer attraktivt for eldre ansatte å stå i jobb enn det dagens ordninger gjør.

I mandatet for utredningen heter det at den nye ordningen skal bygge på følgende prinsipper:

* Alle år i jobb skal gi pensjonsopptjening.

* Tjenestepensjonen skal beregnes uavhengig av folketrygden.

* Pensjonen skal kunne tas ut fleksibelt fra 62 år og kombineres med arbeidsinntekt uten at pensjonen blir avkortet.

I rapporten pekes det på flere svakheter ved dagens ordning som begrunnelse for at offentlig ansatte bør ønske en ny pensjonsordning velkommen. Den viktigste er at levealdersjusteringen vil føre til at yngre ansatte får stadig mindre pensjon fra tjenestepensjonsordningen, samtidig som de må jobbe lenger enn ansatte i privat sektor for å kompensere for dette.

Departementet mener videre at pensjonsnivåene fra 67 år etter hvert vil bli så lave at svært få vil ønske å gå av tidlig med AFP.

Selv om rapporten med vedlegg er på over 250 sider, er det flere sentrale spørsmål som ikke er vurdert. To viktige forhold som ikke er vurdert, er hvordan pensjonsordningen som foreslås vil kunne virke for særaldersgrensepensjonister og hvilken alderspensjon uføre skal få i en ny pensjonsordning. Departementet ønsker at begge disse problemstillingene først skal behandles når en løsning for ny alderspensjonsordning er på plass.

Forslag til ny ordning: Påslagsordning – ikke innskuddspensjon eller hybridpensjon

Departementet mener, blant annet fordi offentlig tjenestepensjon skal gi livsvarig utbetaling og at det fortsatt skal være kjønns- og aldersnøytrale premier, at innskuddspensjon eller hybrid-



pensjon slik vi kjenner disse fra privat sektor ikke er aktuelle for offentlig sektor.

Det foreslås i stedet en såkalt «påslagsordning», som har mange likhetstrekk med innskuddspensjon og hybridpensjon. De mest sentrale egenkapene ved påslagsordningen er:

- * Alleårsopptjening: For hvert år i arbeid i offentlig sektor skal en viss andel av lønn gi en pensjonsrett (pensjonsopptjening) som samles opp i en pensjonsrettbeholdning. Det er i rapporten ikke tatt stilling til hvor høy den årlige opptjeningsprosenten bør være.

- * Opptjent pensjonsrettbeholdning skal reguleres i takt med G-veksten frem til pensjonsuttak

- * Valgfritt, fleksibelt uttak fra 62 år

- * Livsvarig utbetaling

- * Ved pensjonsuttak deles pensjonsrettbeholdningen på folketrygdens delingstall for å fastsette en livsvarig årlig pensjon.

For et gitt lønnsnivå vil både årlig opptjening og tilhørende årlig pensjon

være lik for kvinner og menn født i samme år. Med mindre det lages særskilte regler for ansatte med særaldersgrenser, vil disse få samme årlige opptjening som ansatte med ordinær aldersgrense.

Arbeidsgruppen foreslår videre:

- * at det fremdeles skal være like pensjonsordninger i ulike deler av offentlig sektor.

- * at overføringsavtalen, som sikrer at all offentlig tjenstepensjon utbetales fra siste pensjonsleverandør, skal videreføres.

- * at ordningen skal ha såkalt dødelighetsarv, det vil si at opptjent kapital for de som dør før pensjonen er tatt ut skal gå til forsikringskollektivet og ikke etterlatte etter avdøde (nødvendig for å sikre livsvarig utbetaling).

Departementet går videre inn for at offentlig AFP skal legges om etter modell av den private AFP-ordningen. I så fall vil AFP bli et livsvarig tillegg til folketrygd og tjenstepensjon for alle.

Alleårsopptjening passer dårlig med særaldersgrenser

Departementet mener en modell med alleårsopptjening er langt bedre tilpasset at offentlig tjenstepensjon skal levealderjusteres enn det dagens ordning er. Ved alleårsopptjening vil de ansatte få mer igjen for å stå lenger i jobb. Dermed vil det bli lettere å kompensere for levealderjusteringen enn det er i dag. Kompensering betyr i denne sammenheng at de ansatte ved å stå i jobb ut over det som var normal pensjonsalder tidligere kan nulle ut effekten av levealderjusteringen slik at de får like høy årlig pensjon som før pensjonsreformen.

Et system med alleårsopptjening og mulighet for kompensering for levealderjustering er godt tilpasset ansatte med ordinær aldersgrense. Det passer imidlertid dårlig for ansatte med særaldersgrense. Grunnen er at disse i utgangspunktet må fratre stillingen ved aldersgrensen, og dermed *ikke* vil

Oralkirurgisk klinikk AS

Spes.kirurgi

Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Spes.protetikk

Sonni Mette Våler

Spes.radiologi

Bjørn Bamse Mork-Knutsen

Spes.anestesi

Odd Wathne



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

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

ha mulighet til å kompensere for levealdersjusteringen.

Levealdersjusteringen vil innebære at tjenestepensjonen i et alleårsopptjeningssystem vil bli lavere og lavere for yngre årskull fra en gitt uttaksalder. Dersom det ikke lages spesielløsninger for særaldersgrensepensjonister, som altså ikke kan kompensere for denne reduksjonen ved å jobbe lenger, vil denne gruppen automatisk få lavere og lavere pensjon. Dette er åpenbart ikke en god løsning.

Skille mellom opptjening og arbeidsgivers premie

Den foreslåtte modellen vil føre til at arbeidsgivers utgifter til pensjon ikke vil bli lik den årlige opptjeningen til de ansatte, slik de er i innskudds- og hybridordninger i privat sektor. Dette skyldes at kapitalen pensjonsleverandørene må sette av for å sikre opptjente rettigheter vil bli større enn beholdningen de ansatte har tjent opp.

Pensjonsrettsbeholdningen skal deles på folketrygdens delingstall ved

uttak av pensjon. Men pensjonsinnretningene må ha nok midler til å sikre livsvarig utbetaling ut fra en forventet gjenstående levetid. Forventet gjenstående levetid for arbeidstakere ligger i dag langt over størrelsen på folketrygdens delingstall.

Overgang fra dagens til ny ordning

Det er liten tvil om at et av de mest kompliserte spørsmålene som må avklares er hvordan overgangen fra dagens ordning til den nye ordningen skal skje. Dette er både et spørsmål om når (fra hvilket tidspunkt og/eller for hvilke årskull) opptjening i ny tjenestepensjonsordning kan starte, og et spørsmål om når en ny AFP-ordning og fleksible uttaksregler kan innføres. Rapporten antyder noen løsninger, men her gjenstår mye arbeid og diskusjon med partene i arbeidslivet.

Hva skjer nå?

Etter fremleggelsen av rapporten kom arbeidstakerorganisasjonene som har medlemmer i offentlig sektor med en

felles pressemelding der de gir uttrykk for at den «er et utgangspunkt for en eventuell videre prosess med partene med sikte på forhandlinger om endringer i offentlig tjenestepensjon», men at det samtidig gjenstår en god del utredningsarbeid før det er mulig å bli enige om en ny ordning.

Arbeids- og sosialministeren møtte 18. februar partene i offentlig sektor for å diskutere veien videre. I dette møtet ble partene enige om å utarbeide et utkast mandat for den videre prosessen. Partene skal møtes på nytt før påske 2016 for å diskutere mandatet. Det er ikke sannsynlig at alle spørsmål knyttet til en ny tjenestepensjonsordning vil bli avklart i vårens tariffoppgjør.

Dersom departementet får det som de vil, skal dessuten særaldersgrensene og pensjon til særaldersgrensepensjonister som omtalt over først vurderes etter at partene har blitt enige om en ny pensjonsordning.

Tidendes pris for beste kaspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kaspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2016.

Prisen på 20 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kaspresentasjonene i løpet av to årganger av Tidende.

Tidende ønsker med dette å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunnlaget i tannhelsetjenesten. Vi er svært interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenest-

en i tillegg til kasus fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere, disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger samt illustrasjoner.

Spør advokaten

N TFs 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.

Oppdragstakermodellen

Jeg kjøper tjenester av annen tannlege etter oppdragstakermodellen. Oppdragstaker har selv sagt egen avtale med Helfo om direkte oppgjør, men pengene har gått direkte inn på min bedrifts konto. Hvis Helfo i etterkant foretar kontroll der det viser seg at vi har fått for mye refundert og dette gjelder kontraktøren, hvem er da juridisk ansvarlig for å tilbakebetale dette? Jeg mener at dette er den utførende behandlers ansvar, men er samtidig usikker i og med at refusjonen i første omgang har gått til min klinikk og jeg har videre utbetalt kontraktørens andel.

Svar: Helfo opplyser at de som utgangspunkt retter tilbakebetalingskrav til den de har direkteoppgjørsavtale med og som har fremsatt kravet. Helfo er kjent med at refusjonen i noen tilfeller går til praksiseier, men retter likevel tilbakebetalingskravet til behandler.

Helfo har imidlertid hjemmel til å rette tilbakebetalingskravet til mottakeren av feilutbetalingen. Hjemmelen finnes i folketrygdloven § 22 – 15a fjerde ledd: «Krav etter første ledd skal rettes mot mottakeren av feilutbetalingen.» I forarbeidene til denne bestemmelsen sies det «Som mottaker reknast den som faktisk har fått pengane utbetalt til seg, til dømes eigaren av kontoen som pengane har gått inn på.»

Helfo har opplyst til oss om at de hittil ikke har brukt denne hjemmelen, men at de ikke ser bort ifra at de i fremtiden vil kunne bruke den. Det er spesielt i tilfeller hvor oppdragstakertannlegen går konkurs eller han/hun ikke er å få tak i, at dette vil kunne bli aktuelt.

Helfo har på forespørsel fra en praksiseier også uttalt at det ikke er å anbefale at refusjonen går inn på praksiseiers konto. De mener altså at det er ryddigst at refusjonen utbetales til den som har ansvaret for at refusjonskravet er riktig fremsatt.

Zirkonzahn®

RESPEKTER
DITT TALENT

Kjære doktor, kjære pasient,

*for din skyld bruker jeg edelt og kostbart Zirkonia
fra Zirkonzahn.*

Ditt Tanntekniske laboratorium

Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tirol – T +39 0474 066 680
info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

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

Astrid Tredal,
tlf. 37 03 80 77

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 97 74 06 06

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Lise Opsahl,
tlf. 900 31 134

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**
Ole Johan Hjortdal,
tlf. 61 25 06 92

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 61 27 02 31

**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

Morten Nergård,
tlf. 950 54 633

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

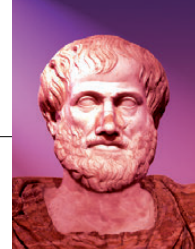
**Vestfold
Tannlegeforening**
Eva Nielsen,
tlf. 91 87 82 81

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



Tredjepart som betaler

Både som tannlege i det offentlige og private må vi forholde oss til ulike betalere av det arbeidet vi gjør, enten det er HELFO, NAV eller forsikringselskap. Alle utgjør de det vi kaller en tredjepart som kommer inn og dekker hele eller deler av det pasienten betaler. I NTFs etiske regler omtales dette i § 9:

§ 9 Pasientens økonomiske rettigheter

Tannlegen skal hjelpe sine pasienter til å oppnå økonomiske rettigheter og ytelser som følger av lovgivning.

Tannlegen skal overfor institusjoner som dekker helseutgifter medvirke til at pasienten ikke skaffes uberettiget økonomisk eller annen fordel.

De fleste, eller forhåpentligvis alle kolleger, har satt seg inn i lovverk og regler for ytelser som gir en økonomisk gevinst i form av billigere tannbehandling for pasienten. Det kan faktisk være en glede i å oppdage at pasienten får en ytelse. Avhengig av betaler kan kostnadsoverslaget eller den planlagte behandlingen variere. Det ligger absolutt en fristelse for tannlegen og pasienten i å maksimalisere gevinsten ved en tredjeparts ytelse.

Ved HELFO kan det innenfor de 15 innslagspunktene eksempelvis være kroner i stedet for kompositt, kanskje også flere kroner enn strengt tatt nødvendig. Særlig ved innslagspunkt 9 «Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon» har det blitt vist en del grelle eksempler. Takst 501 kan brukes inntil 14 ganger per kalenderår – ja da må den vel brukes 14 ganger, da. Litt slitasje på tennene, en bittskinne, takk!

Uten et bevisst forhold til bruk av regelverket vil det på sikt medføre endringer som ikke er i pasientens favør. Når vi er blitt våre egne «trygdetannleger» har vi fått tillit. Med tillit følger ansvar.

NAV har ulik praksis i ulike kommuner. Noen kommuner har egne tannleger som lager kostnadsoverslag og har avtale med tannleger som så gjør behandlingen. Andre har en overtannlege som vurderer overslagene, atter andre har ingen faglig vurdering av overslag. Overslag som kommer fra en tannlege kan være nødvendig behandling eller optimal behandling. Det er forskjell på et overslag med broer og implantat kontra ett overslag med en partiell protese. Pasienten ønsker seg sikkert en fast løsning, men er det den riktige løsningen, hvis NAV skal betale? Noen ganger er det sikkert det, andre ganger ikke. Tenk vi at det er en seier for oss og pasienten dersom overslaget blir godkjent av NAV, der vi vet det finnes en annen billigere minimumsløsning som vil oppfylle kravet til nødvendig tannbehandling? Både HELFO og NAV forvalter fellesskapets midler, burde ikke da også vi tenke det samme, eller er vår jobb å sørge for at pasienten får en optimal behandling styrt av pasientens ønsker.

To eksempler

Arne på 32 år mangler 14,15, 17 og 26. Han synes dette er blitt et problem. Det er fyllinger i de andre tennene og ingen periodontal behandling er nødvendig. Det er normal okklusjon med god plass mot antagonist og nabotenner. Han er arbeidssøkende og har dårlig økonomi. Tennene mistet han i midten av 20-årene i en litt kaotisk tid i livet, som han sier. Han opplyser at han vil søke NAV om støtte til tannbehandling. Tannlegen setter opp et behandlingsforslag med to implantat til en total kostnad på 49 000.

Etter lunsj kommer Sigrid på 39. Hun mistet 15 og 24 for ett år siden pga. karies og ønsker de erstattet med en fast erstatning. Normal okklusjon og ingen

periodontale problem her heller. Hun er i jobb, men som enslig mor med to barn er det trangt økonomisk. En partiell protese blir løsningen for å erstatte tennene.

Skal tannlegen i Arnes tilfelle her opplyse NAV i kommentarfeltet på overslaget om at det finnes en billigere løsning som objektivt sett er akseptabel? Er det rett at Sigrid som akkurat klarer seg økonomisk får en partiell protese, mens Arne skal få en fast erstatning i form av bro eller implantat? Alle pasienter opplyser ikke at de skal søke NAV, men der de gjør det, endrer det vårt ansvar?

Til slutt vil vi også gjøre oppmerksom på § 8 første avsnitt i NTFs etiske regler:

§ 8 Pasientbehandling

En pasient har krav på tannlegens råd og veiledning. Tannlegen skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra tannlegens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted. Behandlingen bør baseres på gjensidig tillit og skal bygge på informert samtykke.

Vi skal informere om behandlingsoveralternativer, ikke utføre overflødig eller unødig kostbar behandling. Dette må vel gjelde likt, enten det er pasienten selv som skal betale eller når det er NAV, HELFO eller et forsikringselskap som betaler?

I et presset marked øker fristelsene. Et bevisst forhold til våre etiske regler er viktig for vår tillit hos tredjepart, uansett om det er HELFO, NAV, forsikringselskap eller andre.

Lasse Hove og Lise Kiil
NTFs råd for tannlegeetikk



Vil måle det som gjør livet verdt å leve

Livskvalitet handler om det som gjør livet verdt å leve. Hva skal til for at befolkningens livskvalitet blir sett på som et viktig mål på hvordan samfunnet utvikler seg?

Nå starter Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå (SSB) arbeidet med å få på plass en anbefaling for måling av befolkningens livskvalitet.

Hensikten med prosjektet er å bidra til å skaffe bedre informasjon om hvordan mennesker i Norge har det, med hovedvekt på befolkningens egne vurderinger og opplevelser.

– Vi har helse og gode liv som mål. Da kan vi ikke bare se på hvor lenge folk lever – men også på livskvaliteten. Et viktig spørsmål er om livet blir bedre for alle, eller om det er noen grupper

i samfunnet som får det verre, i absolutt eller relativ forstand, sier avdelingsdirektør i Helsedirektoratet Ole Trygve Stigen.

– Vi vil gi anbefalinger om hvordan livskvalitet kan måles, hvilke typer data det er behov for, og hva slags praktiske grep som kan tas for å sikre bedre data-tilfang i fremtiden. Dette skal vi gjøre i samarbeid med Folkehelseinstituttet og SSB, og vi skal ha et forslag klart til Helse- og omsorgsdepartementet innen juni 2016, sier Stigen.

Stigen viser til at livskvalitetsdata kan gi viktig informasjon om samfunnsutviklingen og være nyttige som politisk styringsverktøy.

– At mennesker trives og fungerer godt er et viktig mål for myndigheter som har ansvar for oppvekst, barne-

hage/skole, arbeidsliv, kultur og fritid. Livskvalitetsdata kan derfor bidra til bedre forankring av felles mål i folkehelsearbeidet, sier Stigen.

Regjeringen har gjennom Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter, Meld. St. 19 (2014–2015) (regjeringen.no) stadfestet at psykisk helse skal få større plass og inkluderes som en likeverdig del av folkehelsearbeidet.

– For å oppnå dette er det nyttig med begreper som beskriver 'positiv psykisk helse', det å trives og fungere godt. Han viser til at folkehelseoven (lovdata.no) tydeliggjør ansvaret for å ha oversikt over befolkningens helse og trivsel, og faktorer som påvirker disse, både på lokalt og nasjonalt nivå, skriver Helsedirektoratet.

TILBAKEBLIKK

1916

Referater fra alle møter

Referater fra alle tandlægeforeningers møter burde tilstilles Tidende. Det vilde være av historisk interesse for vor stand at kunde ha alt dens arbeide, om end i korte træk, gjengit i landsforeningens tidsskrift. For at lette formænderne og sekræterene i deres arbeide har vi tilstillet samtlige foreninger blanketter, hvorpaa referaterne kan utfyldes. Vi vil haabe, at man vil gjøre flittig bruk av dem.

Mars 1916, 4de hefte

1966

Generalsekretær Knut Gard – minneord

Da NTFs populære generalsekretær Knut Gard døde 29. mars 1966, var han også president i FDI. Det påfølgende nummer av Tidende inneholdt en rekke minneord, både fra norske og utenlandske kolleger. Følgende var skrevet av Arne Sollund

som ble Gards etterfølger som generalsekretær:

«Knut Gard forstod å gjøre alle ansatte ved NTF's kontor til medarbeidere, til å føle oss som et team hvor den enes resultater gjøres mulig av de andre. Han eide den trygghet og ro som skaper tillit og en naturlig vennlighet som vant hjerterne.

Det tales meget om trivsel på arbeidsplassen, og det sies at den kan bare skapes når arbeidsledelsen også har forståelse for de underordnedes almenmenneskelige problemer og reaksjoner. Knut Gard hadde i så måte sjeldne lederegenskaper, og alle ved kontoret kan nevne personlige eksempler på hans forståelse, hjelpsomhet og omtanke. Vi har ikke bare mistet en avholdt sjef, men føler tapet av en felles venn.»

April 1966, hefte 4

2006

Munnhelsen hos institusjonsbeboere

Sosial- og helsedirektoratets prosjekt «Tenner for livet – ny giv i det helsefremmende og forebyggende arbeidet» sikter på å gi tannhelsetjenesten i fylkene inspirasjon og drahjelp i dette arbeidet. Målgruppene er barn under skolealder og syke eldre i institusjon. Som utgangspunkt for senere evaluering ble det utført en baselineundersøkelse der munnhelsen til 3440 institusjonsbeboere på 188 sykehjem ble registrert av tannpleiere som var kalibrert for dette. Kartleggingen bestod av en klinisk undersøkelse og en spørreundersøkelse. Femtifire prosent hadde bare egne tenner eller egne tenner og delproteser, 43 % var tannløse med proteser og 3 % var tannløse uten proteser. Gjennomsnittlig belegg- og slimhinneindeks varierte mye mellom individene, mellom sykehjemmene i et fylke og mellom fylkene.

April 2006, nr. 5



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

21.–22. april	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.–28. mai	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
1.–3. juni	Bergen	TMD-symposium. Multidisciplinary approach to TMD. Se www.tmdsymposium.no
7.–9. juni	Hamar	Samfunnsodontologisk forum 2016.
16.–17. juni	Tromsø	Midnattssolsymposiet. Tema: Periodonti. Se www.tannlegeforeningen.no
15.–20. aug	Arendal	Arendalsuka. Se www.arendalsuka.no
25.–28. aug	Oslo	Årsmøte i Scandinavian Academy of Esthetic Dentistry (SAED). Møtet holdes på Hotel Continental. Se www.SAED.nu
16.–17. sept.	Oslo	Årsmøte i praksiseierforeningen SPA. Se www.praksiseier.no Henv. Kari Odland, e-post: kodland@asatann.com
3.–5. nov.	Stavanger	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
23.–24. mars '17	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
9.–10. juni '17	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
19.–20. april '18	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
25.–26. mai '18	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
24.–25. mai '19	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net

UTLANDET

28.–30. april '16	København	Årskursus, Bella Center. Se www.tandlaegeforeningen.dk
28.–30. april '16	København	5th Copenhagen Trauma Symposium. Se: www.traumaguide.org
4.–8. mai '16	Bologna, Italia	NTFs utenlandskurs. Behandlingsplanlegging. Muligheter og umuligheter, hva er nødvendig og forsvarlig? Hverdagsodontologi for allmenntannlegen. Se www.tannlegeforeningen.no
26.–29. mai '16	Olsztyn, Polen	International orthodontic conference. Se www.polkard.pl
7.–10. sept. '16	Poznan, Polen	FDI. Se www.fdiworlddental.org
29. aug.–1. sept. '17	Madrid, Spania	FDI. Se www.fdiworlddental.org

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

Norges Kristelige Legeforening åpner for tannleger

Norges Kristelige Legeforening (NKLF) ble stiftet i 1936 primært for å jobbe med misjon. Foreningen har i dag mange lokale fellesskap, er opptatt av bistand og helsemessig, og har stort engasjement for studentarbeid. Foreningen er også en stemme i samfunnsdebatten om etiske spørsmål.

NKLF er medlem av den internasjonale organisasjonen ICMDA, International Christian Medical og Dental Association. På generalforsamling 28. februar i år endret NKLF vedtektene til at leger og tannleger, legestudenter og tannlegestudenter som slutter seg til foreningens formål kan bli medlemmer.

Les mer på www.nklf.no eller ta kontakt via magnar@vivilja.no eller 952 48 733.



fdi 
POZNAŃ 2016
7-10.09.2016

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



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi



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

Kongens fortjenstmedalje til Arild Stenvik

Professor Arild Stenvik ble den 16. mars tildelt Kongens fortjenstmedalje. Dekan ved Det odontologiske fakultet, Pål Barkvoll, overrakte medaljen i en høytidelig seremoni ved fakultetets Faculty club, hvor kollegaer og familie var til stede. En av Norges beste cellister, Sandra Lied Haga, spilte.

Hans Majestet Kongens fortjenstmedalje utdeles til personer som har gjort en særlig fortjenestfull innsats i samfunnet. Statuttene for denne medaljen sier blant annet: Medaljen utdeles som belønning for særlig fortjenstfullt arbeid gjennom lang tid i privat eller offentlig tjeneste, hvor innsatsen har ligget betydelig over det normale og hvor vedkommende også har vist aktivt samfunnsengasjement utover sin arbeidsinnsats, en pionérinnsats eller annen spesiell innsats av særlig samfunnsgevinnlig natur, og en livsinnsats som kan stå som eksempel for andre.

Det var tre initiativtakere til medaljen: Pål Barkvoll, dekan og professor ved Det odontologiske fakultet i Oslo, Geir Kristiansen, kjeveortoped og formann for Kjeveortopedisk forening og Per Skjelbred, professor og tidligere avdelingsleder ved Avdeling for kjevekirurgi og sykehusodontologi ved Ullevål universitetssykehus.

I sine taler la initiativtakerne vekt på Arild Stenviks store påvirkningskraft både innen faget kjeveortopedi spesielt,



Professor Arild Stenvik mottok den 16. mars Kongens fortjenstmedalje for sitt arbeid ved Universitetet i Oslo.

og for tannlegeutdannelsen generelt. Han har bidratt til å forme spesialistutdanningsprogrammene og tannlegeutdanningen i Norge og har spilt en ledende rolle for å forbedre tannlegeutdanningen i Europa. Det er ingen tilfeldighet at spesialistutdanningen ved kjeveortopedisk avdeling ved Det odontologiske fakultet har status som en av verdens aller beste. Han har vært drivkraften i å utvikle et felles europeisk kvalitetssystem for kjeveortopedisk behandling.

Stenvik er en verdsatt kunnskapsformidler og en dyktig forsker med en omfattende vitenskapelig produksjon bak seg. Han har publisert 103 artikler i vitenskapelige tidsskrifter og 12 lærebokskapitler. Han har hatt spesiell interesse og engasjement for oral rehabilitering av mindre heldigstilte pasientgrupper.

Hans forbilledlige faglige kvalitet, integritet, hjelpsomhet og klokskap ble fremhevet i talene.

I sin tale sammenlignet Stenvik seg med Espen Askeladd. I likhet med Askeladden hadde han møtt mange gode hjelpere på veien, både gjennom oppvekst, familie, venner og kollegaer.

– De har hjulpet meg til å bli den beste versjonen av meg selv, og uten dem hadde jeg aldri fått påskjønnelse av Kongen, sa Stenvik.

Hedersbevisninger

Andre hedersbevisninger er: Æresmedlem av Norsk Kjeveortopedisk Forening, æresdoktor ved Universitetet i Riga, Latvia, Fellowship, Royal College of Surgeons, Edinburgh, UK, Dewel Award for beste artikkel i 2002 fra American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.

Tekst og foto: Kristin Aksnes

Goda nyheter för din kompetensutveckling

Välkommen till höstens kurser för alla i tandvården.

www.tandlakarforbundet.se



Sveriges Tandläkarförbund



Dødsfall

Kirsten Marie Thunold, f.02.03.1932, tannlegeeksamen 1955, d. 05.02.2016
Karin Juliussen, f. 12.03.1934, tannlegeeksamen 1964, d. 27.12.2015
Jarle Kjersem, f. 19.05.1935, tannlegeeksamen 1966, d. 16.10.2015

Fødselsdager

90 år

Torgeir Togstad, Nesttun, 15. mai
Else Ingebrigtsen, Sand, 19. mai

85 år

Oddgeir Hæreid, Fredrikstad, 25. april
Anne-Lise Aamlid, Oslo, 28. april

80 år

Eivind Karlsen, Oslo, 24. april
Tore Kristian Vik, Hjellevad, 22. mai

75 år

Bjørn Solem, Moss, 24. april
Jørgen Bjelke-Holtermann, Strømmen, 2. mai
Arne Løvik, Førde, 5. mai
Paula Marjatta Gjennestad, Arendal, 11. mai
Gunnar Gravingen, Jevnaker, 12. mai
Knut Gøran Ahlberg, 18. mai

70 år

Ivar Olmar Svensli, Volda, 30. april
Gro Granfeldt, Halden, 2. mai
Helge Einar Pettersen, Harstad, 10. mai
Magnar Sverre Torsvik, Rong, 14. mai
Ragnar Sætervadet, Tønsberg, 16. mai
Ivar Nicolay Olsen, Tromsø, 20. mai

60 år

Ulf Stuge, Oslo, 27. april
Johnny Bjørnsen, Fevik, 30. april

Hege Endresen Løe, Steinkjer, 1. mai
Berit Lund-Andersen, Haugesund, 5. mai
Oddvar Lea, Oslo, 8. mai
Per-Erik Lien, Asker, 9. mai
Kari Målfrid Østerholt, Sandnes, 10. mai
Rune Kjønsvik, Hammerfest, 17. mai
Bjørn Ola Skavern, Brandbu, 18. mai
Morten Nergård, Trondheim, 19. mai

50 år

Marika Kellari, Arendal, 26. april
Reidulf Aasnæs, Sande i Vestfold, 2. mai
Seyed Sadeg H Sahafiha, Kongsvinger, 13. mai
Atle Hagli, Sandnes, 16. mai
Anvor Søvde Rossow, Oslo, 17. mai
Lars Knut Andersen, Florø, 18. mai
Mosallam Khalid Howari, Sandvika, 18. mai
Svein Leikanger, Grimstad, 22. mai

40 år

Yun Therese Korstadhagen, Oslo, 25. april
Jon Olav Kubberød, Rygge, 25. april
Jan Kristoff Bensch, Kyrksæterøra, 27. april
Øyvind Skjeldal, Kvaløya, 30. april
Frank Oddvar Nygård, Borgen, 1. mai
Magdalena Anna Pydo, Sandnes, 11. mai
Vidar Løland Ingvaldsen, Haugesund, 13. mai
Ronald Gårder, Bodø, 18. mai
Victoria Pegg, Tolvsrød, 18. mai
Dorina Sula Thelen, Nesttun, 18. mai
Mariann Saanum Hauge, Mandal, 20. mai
Nicolai Orsteen, London, 21. mai

30 år

Jens-Petter Su Luan Le, Sandefjord, 28. april
Malin Ludvigsen, Sarpsborg, 28. april
Mari Hoff Lund, Oslo, 29. april
Roza Yazdani, Bergen, 1. mai
Anette Vetnes Westre, Bergen, 10. mai
Sandra Marie Jakobsen, Tromsø, 13. mai
Nabila El Moussaoui, Oslo, 14. mai
Åse Iren Løset Kristiansen, Engelsviken, 15. mai
Elisabeth Britten Lind, Stokmarknes, 17. mai
Line Aronsen, Mo i Rana, 20. mai
Prabhdip Singh, Oslo, 22. mai

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.

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



Kompetansekurs i implantatprotetikk

Kursgivere

Kjell Størksen, sykehustannlege, Haukeland universitetssykehus

Sigbjørn Løes, spesialist i oral kirurgi og oral medisin,

Haukeland universitetssykehus og UiB

Harald Gjengedal, spesialist i oral protetik, Førsteamanuensis UiB

Forelesere fra fagmiljøene i Bergen og Oslo

Representanter for HELFO og leverandører

Kurset er utarbeidet av NTF på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sosial- og helsedirektoratet har godkjent det faglige innholdet. Tannleger som fullfører kurset vil i etterkant kunne utføre implantatprotetikk med bidrag fra trygden. Dette forutsetter samarbeid med spesialist i oral kirurgi eller periodonti.

Kursplan

Fire samlinger á to dager over fire måneder

- forelesninger i protetik, kirurgi og periodonti
- kliniske demonstrasjoner på stor-skjerm
- modellanalyse og kasuspresentasjoner

– gruppeoppgaver og klinisk virksomhet

– avsluttende test

Deltakerne må ha klarert et pasientkasus for implantatbehandling på forhånd. Pasienten skal ferdigstilles før kurset godkjennes.

Ved stor søkning vil følgende opptakskriterier bli fulgt:

– arbeidssted i geografisk område med få operatører

– allmennpraktiker foran spesialist

– allmennpraksis i 6 år eller mer blir tillagt vekt

Målgruppe

Allmennpraktiserende tannleger

Tid

26. og 27. august 2016

16. og 17. september 2016

14. og 15. oktober 2016

2. og 3. desember 2016

Kurssted

Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Kursavgift

Kr 27 500



Maks antall deltakere

30 personer

Søknadsfrist

27. april 2016

Påmelding

Søknadsskjema:

www.tannlegeforeningen.no,

Kurs og utdanning /

Implantatprotetikk

Skjemaet sendes til:

akes@tannlegeforening.no

Mer informasjon

Kontakt Øyvind Asmyhr,

tlf. 22 54 74 20

Spesialistutdanning i odontologi 2017

Ved Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske universitet i Tromsø skal det tas opp kandidater i følgende spesialiteter:

1. Pedodonti (suppleringsopptak).
2. Forsøksordningen klinisk odontologi. Forsøksordningen klinisk odontologi har blitt innvilget lønnstilskudd fra Helsedirektoratet. Det er derfor besluttet å gjennomføre en ny utlysning for 2017.

Alle kandidater som blir tatt opp vil bli registrert som student ved instituttet.

Søknad og opptak

Generelle opptakskrav er bestått odontologisk grunnutdanning, som berettiger til norsk autorisasjon og minst to års erfaring fra godkjent allmennpraksis. (I helt spesielle tilfeller kan det dis-

penseres fra kravet om to år.) For utfyllende regler, se interne nettsider. Søknad sendes til instituttet på eget skjema som kan lastes ned fra nettet:

I Tromsø søker man elektronisk gjennom Søknadsweb. (Søknader som kommer utenom søknadsweb blir ikke realitetsbehandlet). På instituttets hjemmesider kan dere lese mer om spesialistutdanningene.

Søknadsfrist er 15 mai 2016
 Oppstart: januar 2017

Adresser

Interesserte søkere anbefales å kontakte Instituttet for informasjon om utdanningsprogrammene. Nærmere informasjon om fagprogrammene gis av fagansvarlig ved de enkelte fagavdelingene.



Institutt for klinisk odontologi, UiT Norges Arktiske universitet, 9037 Tromsø.

Kontaktperson klinisk odontologi:
 Elisabeth Camling
 elisabeth.camling@tromsfylke.no
 Tlf. 474 89495

Kontaktperson pedodonti:
 Christer Ullbro
 christer.ullbro@uit.no Telefon 776 49134

Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



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

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

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

OPERASJONS AVDELING

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

Implantater:

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

Bentransplantasjon:

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

Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

Andre inngrep:

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

ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

PERIODONTI AVDELING

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

NARKOSE AVDELING

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

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



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

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2016


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

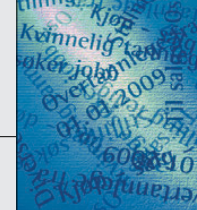
VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

De fleste av oss spiser brødkiver eller andre kornprodukter i løpet av en dag. Bytter du ut fine kornprodukter med grove, får du i deg mer næringsstoffer og holder deg mett lenger. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 HelseDirektoratet



■ STILLING LEDIG

Vestre Bærum

Vøyenenga Tannlegekontor AS søker en samvittighetsfull og kvalitetsbevisst tannlege 4–5 dager pr. uke.

Klinikken har eksistert siden 1985, og vi er pr. i dag 3 tannleger og 2 sekretærer.

Det er igangsatt bygging av ca. 350 boenheter på nabotomten, slik at det er store muligheter for opparbeidelse til full stilling.

For mer info ring 90 19 81 47, eller send e-post til sk_riskild@hotmail.com

Tannpleier eller assistenttannlege

søkes til deltidsstilling i privatpraksis i Kopervik, Karmøy kommune.

Stillingens størrelse er to dager i uken.

Henvendelse til hcon0258@gmail.com

Haugesund – tannlege søkes

Tannlegekontor i Haugesund sentrum søker tannlege i full stilling. Praksisen består i dag av 2 tannleger. Praksis med stort behandlingspanorama, også implantatkirurgi. Nextsys journalsystem med digitalt røntgen.

Henv. Tannlegekontoret Fides as

post@fides.no

tlf. 52712018

UNIK MULIGHET I SANDEFJORD

Vi søker en engasjert og dyktig tannlege til en hyggelig og travel tannhelseklinikk i Sandefjord sentrum.

Du må være kvalitetsbevisst, serviceinnstilt, selvstendig og like å jobbe i et hektisk miljø.

Vi kan tilby deg fulltidsstilling i en allsidig og moderne praksis i vekst, i nye og trivelige lokaler. Vi tenker langsiktig med mulighet for deleierskap. Ønsket oppstart helst i løpet av høsten 2016.

www.tannhelseklinikkensandefjord.no

Skriftlig søknad og cv sendes elektronisk til:

annette@tannlegeboevre.nhn.no

Tannhelseklinikken

Annette Bøvre as

Dronningensgate 3,

3230 Sandefjord

Tlf 33 46 38 25 / 90 03 09 38

BRATTVÅG PÅ SUNNMØRE

Brattvåg Tannlegekontor AS søker tannlege til trivelig privatpraksis i lyse lokaler med flott utsikt på Sunnmøre, 5 mil nord for Ålesund. Ledig fra 12. mai. Godt pasientgrunnlag, mulighet for kjøp. Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig. Søknad, CV og eventuelle spørsmål sendes på e-post til hallnodt@gmail.com. Søknadsfrist søndag 24. april.

Tannpleier søkes til kjeveortopedisk praksis

Dag Kjellands Tannklinikk på Jessheim.

Stilling 80 %, vikariat.

Stillingen innebærer klinisk behandling, mest på barn og ungdom, men også noe voksne.

Kom gjerne innom oss på dagtid for å oppleve arbeidsmiljøet og se klinikken i drift.

Eller ta kontakt med en av våre tannpleiere for mer informasjon.

Velkommen til en interessant og hyggelig jobb!

Henvendelse: 63 983910/ 90128154 - Helene

ledige stillingar i

tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

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



Tannlege søkes

Topp moderne tannlegepraksis med 4 tannleger og 1 kirurg søker tannlege/tannpleier til svangerskapsvikariat fra og med 1. august 2016, med muligheter for forlengelse etter vikariatets slutt. For ytterligere informasjon ta kontakt på 70128000 eller post@lovenvoldtannlegesenter.no



LØVENVOLD™
TANNLEGESENTER

Tannlege Oslo AS søker etter tannlege

Klinikken består av to moderne behandlingsrom med sentralt beliggenhet i Oslo, digital rtg. Tannlegen må være autorisert i Norge. Søknadsfrist ut April. Søknad, CV og eventuelle spørsmål sendes til post@oslotannlegeklinikk.no. Tlf: 21646410

Vilje gir vekst

Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no
Kontaktperson: Helene Haver
tlf. 51 51 69 07 eller helene.haver@throg.no



TANNHELSE
ROGALAND



ABA tannlegene

Tannlege søkes

Dine nye kolleger er et godt team med dyktige **spesialister og allmennpraktiserende tannleger**. Vi har flotte kontorer med topp moderne utstyr inkludert laserbehandling, 3D scanning og tilbud om full narkose.

www.abatannlegene.no

■ STILLING SØKES

Bergen og Omegn

Allmennpraktiserende tannlege med eksamen fra UiO i 2012 søker deltidsstilling som assistent tannlege i Bergen området. Jeg er omgjengelig, kvalitetsbevisst og har gode referanser. Ønsket tiltrødelse fra og med høsten 2016. Ta kontakt for en hyggelig prat.
staha57@gmail.com tlf; 0047 45287510.

■ KJØP OG SALG

Oslo sentrum

Ledig stol i moderne og velutstyrt klinikk i nærheten av Nationaltheatret for tannlege med egen pasientportefølje. Vi er også interessert i å kjøpe pasientportefølje fra tannlege som planlegger å avslutte sin drift. Ta kontakt pr mail: erfarentannlege@gmail.com



BUSKERUD
FYLKESKOMMUNE

STILLING LEDIG

TANNHELSETJENESTEN I BUSKERUD FKF

LEDIGE STILLINGER

Alle våre ledige stillinger i Tannhelsetjenesten i Buskerud KFK annonseres på www.bfk.no/ledigestillinger

www.bfk.no Skaper resultater gjennom samhandling



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

Introduksjonskurs implantater

Planlagte kursdatoer 2016:

lørdag 24. sept

lørdag 12. nov

Sted: **Oslo** / Pris: **2.500,-**

Før påmelding

e-post: post@maxfac.no / tlf: 22 20 50 50

Kurset holdes av tannlege/lege Karl Iver Hanvold,
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

www.osstem.no

OSSTEM^o

Spesialist i Periodonti,
dr.med. Annika Sahlin-Platt

Systematisk periodontal behandling
Regenerativ kirurgi
Muckogingival kirurg
Perimplantitbehandling
Implantatkirurgi

Parkveien 62, 0254 Oslo

tlf. 22 44 17 38

post@slottsparkentannklinikk.no

www.slottsparkentannklinikk.no



Slottsparken
Tannklinikk

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

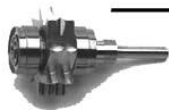
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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!



COLGATE® KOMPLETT

EFFEKTIV BÅDE PÅ HARDE OG MYKE FLATER FOR ALL-ROUND BESKYTTELSE^{1*}

Colgate® Komplett fluor tannpasta inneholder sinksitrat som **er effektiv på alle munnens overflater**, inkludert tenner, tunge, kinn og tannkjøtt. Ved å redusere nivået av bakterier på de myke vev begrenses overføring av bakterier til tenner, og på denne måten reduseres risikoen for karies og tannkjøttsykdom.

En ny klinisk studie har vist at Colgate® Komplett tannpasta gir **større reduksjon i bakteriegjenvekst** på tannkjøttet, kinn, tunge og tenner enn en vanlig fluortannpasta¹.

OMRÅDER I MUNNEN	% REDUKSJON I BAKTERIE- GJENVEKST ¹
Tannkjøttet	42% ↓
Kinn	43% ↓
Tunge	60% ↓
Tenner	48% ↓

Gi dine pasienter en mulighet til å reparere tidlige tann- og tannkjøtt problemer og opprettholde en sunn munn ved å anbefale Colgate® Komplett. Colgate® Komplett serien består av Komplett Daily Repair og Komplett Whitening

✓ TANNKJØTT

✓ KINN

✓ TUNGE

✓ TENNER



Colgate®

YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

1. Data on File August 2015, Colgate - Palmolive Company
* Definert som 12-timers antibakteriell beskyttelse for tenner, gingiva, kinn og tunge



EMS SWISS QUALITY

MED GODT UTSTYR GÅR JOBBEN SOM EN DRØM



Nå med dybdemål! →

AIR-FLOW® HANDY 3.0 PREMIUM
SUB og SUPRAGINGIVAL fjerning av biofilm og lett misfarging.

AIR-FLOW MASTER PIEZON®

3 funksjoner i 1 maskin! PIEZON® ultralydscaler med NoPain teknologien, AIR-FLOW® for effektiv fjerning av belegg og misfarginger supragingivalt og med PERIO-FLOW® som fjerner biofilmen i lommer og rundt implantater.

Kontakt W&Hs tannpleier og produktspecialist
Linda Kjølstadmyr, tlf: 40053691, for mer informasjon.



Heldagskurs i profesjonell tannrengjøring i Stockholm.
Se "EMS Norge" på Facebook!



AIR-FLOW® COMFORT
Natriumbikarbonat 40µ.



AIR-FLOW® PLUS
Erytритol 14µ.

Kontakt W&H eller din dentalleverandør ved spørsmål eller bestilling.
W&H Nordic AB, t: 32853380, e: office@whnordic.no, wh.com

