

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 127. ÅRGANG • NR. 10 NOVEMBER 2017



Hos oss møter du kundekonsulenter med:

LIC
SCADENTA

kunnskap
erfaring
god service...

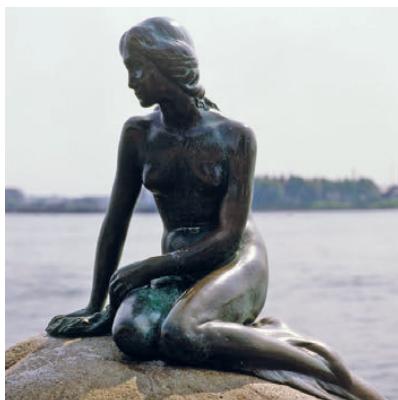
...du er trygg
hos oss!

Kontakt oss i dag, vi hjelper deg gjerne:

Tlf: 67 80 58 80

www.licscadenta.no

Demonstrerer mot kutt



Den danske regjeringen fortsetter sparselinjen overfor universitetene i neste års statsbudsjett. Den danske regjeringen har siden 2012 kuttet i utdanningsbevilgningene til universitetene hvert eneste år. Kuttene skulle stanse i 2020, men varsles nå videreført i 2021. Totalt vil universitetenes utdanningsbudsjett bli kuttet med 8,5 prosent fra 2012 til 2021, skriver Universitetsavisen.dk. Uddannelsesalliancen, et samarbeid mellom 40 organisasjoner som motsetter seg milliardkuttene, demonstrerte i København 5. oktober.

Akademisk rangering av universiteter

Shanghai Academic Ranking of World Universities er en liste over de akademiske merittene som ulike universiteter har oppnådd i en tidsperiode – en slags akademisk «skjønnhetsskonkurranse». Innen feltet odontologi og oral helse dominerer amerikanske universiteter, med University of Michigan, Ann Arbor på topp.

Universitetet i Turku i Finland er høyest rangert i Norden på en respektabel 18. plass. Göteborg universitet er på 26. plass og København universitet finner vi på plass 33. Universitetet i Helsinki er nummer 46, så finnene er sterkt representerert. På de urangerte plassene mellom 51–75 finner vi Universitetet i Bergen, sammen med Karolinska Institutet og Malmö universitet, mens Universitetet i Oslo er i 76–100-gruppen. Universitetet i Tromsø er ikke på denne listen som går til 200.

Rangeringen bygger mest på publisering og sitering av artikler, som

uttrykker vitenskapelig gjennomslagskraft. Undervisning inngår ikke i vurderingen.

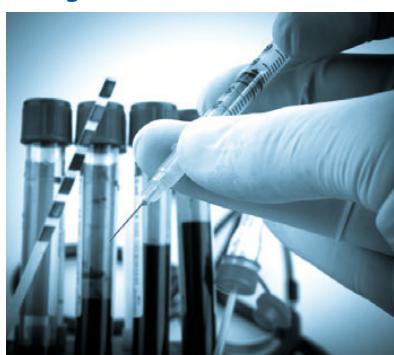
Blir i nord

Kandidatundersøkelsen 2017 ved Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges arktiske universitet, viser at 71 prosent av studentene blir igjen i Nord-Norge etter utdannelsen. 64 prosent av disse kommer fra Nord-Norge, skriver bladet Forskerforum.

Det betyr at landsdelen har en netto-tilflytting på syv prosent, opplyser UiT.no.

– Nordnorsk næringsliv har veldig bruk for kandidatene våre i fremtiden, sier Wenche Jacobsen, prorektor for utdanning ved UiT. Den samme undersøkelsen viser at 78 prosent av de uteksaminerte studentene er i jobb.

Kan gi bedre vaksiner



Ny forskning avslører bakteriene sine interne kamp om makten. Resultatet kan bli bedre vaksiner, skriver forskning.no.

Vi blir angrepet av bakterier hele tiden, men immunforsvaret vårt er godt trent til å forsøre seg. Noen av sykdommene vi får skyldes ukjente bakterier. Og her kommer vaksinene oss til hjelp. De kan trenere immunforsvaret til å forsvere seg mot nye bakterier. Problemet er at bakteriene forandrer seg og når de lykkes, kan vaksinene slutte å fungere.

Vi klarer ikke å utvikle vaksiner før vi har kjente sykdomstilfeller av en variant av en bakterie. I dette kappløpet mellom bakteriene og oss ligger vi med andre ord konstant på etterskudd.

– På sikt må vi utvikle vaksiner med lengre holdbarhet, og det er akkurat

dette vi har forsket på, sier Jukka Corander, professor i biostatistikk ved Universitetet i Oslo.

Bakteriene tilpasser seg og utvikler seg avhengig av hvilke mottak til immunforsvaret vårt møter dem med. Over tid utvikler det seg familiærer av ulike bakterier, og hver familie utvikler ulike egenskaper som gir dem fordeler i kampen om ressursene.

Hittil har man trodd at dette skjer ved mutasjon av kjernegenomet. Men ny tilgang til hele gensett for ulike bakterier har nå gitt forskerne muligheter til å studere denne interne maktkampen nærmere.

Corander fra Universitetet i Oslo og Nicholas Croucher fra Imperial College London har funnet en metode som skaffer oss et lite forsprang i kappløpet. Med avansert statistikk har de klart å gjenskape konkurransen mellom pneumokokk-bakteriene, som er en viktig gruppe sykdomsfremkallende bakterier hos mennesker.

De kan forutsi hvilken bakteriefamilie som trolig vil komme seirende ut og som kan forårsake neste runde med lungebetennelse.

I sin nyeste vitenskapelige studie har Corander og hans kolleger vist at pneumokokker utvikler seg ved noe som heter frekvensavhengig seleksjon.

– Dette kan sammenlignes med den mekanismen enkelte dyrearter som ligner på giftige dyr benytter seg av. De overlever fordi rovdyr som holder seg unna det giftige dyret, også holder seg unna dyr som ligner, sier forskeren.

– Det er med andre ord ikke mutasjoner i kjernegenomet, men hvor vanlige enkelte utbyttbare gener i kromosomet er som bestemmer utviklingen. Ikke alle medlemmene i en populasjon har disse genene, og det er det som gir dem deres styrke.

I sitt nye prosjekt analyserte Corander og Croucher DNA samlet over flere år, fra mange ulike land. Dette gav dem en stor variasjon av ulike pneumokokk-populasjoner. Resultatet viste at det selektive presset på de ulike populasjonene trolig er ganske likt over hele verden siden variasjonen av gener var ganske lik i alle populasjonene.

Dette gav forskerne mulighet til å bygge en datasimuleringsmodell som

bygde videre på Coranders tidligere arbeide. Modellen deres kunne nøyaktig forutsi hvilke bakteriestammer som ville øke i frekvens og hvilke som ville dø ut som følge av ulike vaksineringsprogram.

Seleksjonsmekanismen de har oppdaget vil normalt bremse effekten av en vaksine, men nå når de kjenner til den, kan de utvikle nye vaksiner som tar hensyn til dette og som i mindre grad blir svekket.

– Funnet gir oss en dypere forståelse for hvordan immunresponsen og konkurransen mellom bakteriestammer fungerer på befolkningsnivå. Dette gir oss en mulighet til å utvikle helt nye og bedre vaksiner i fremtiden, sier Jukka Corander.

Mot nikab-forbud



Høringsfristen fra Kunnskapsdepartementet om innføringen av forbud mot bruk av plagg som helt eller delvis dekker ansiktet i barnehager og utdanningsinstitusjoner, i realiteten et forbud mot nikab, gikk ut 20. september. Ifølge Khrono.no sier ni universiteter og høyskoler nei til regjeringens forslag. Så langt er institusjonene innen høyere utdanning alene om å si nei til forsaget.

– Vi bør ikke innføre restriksjoner som signaliserer at noen studenter er mer ønsket enn andre, skriver Universitetet i Oslo i sitt høringsssvar.

Register over utsalgssteder

Når alle utsalgssteder for tobakk må registrere seg skal det bli enklere for kommunene å føre tilsyn med at røyk og snus ikke selges til mindreårige.

Den nye registrerings- og tilsynsordningen for tobakksalg er vedtatt av Stortinget, og 1. november va det nasjonale registeret klart. Fra og med årsskiftet har kommunene ansvar for tilsyn med utsalgssteder i sin kommune, mens Helsedirektoratet får ansvar for tilsyn med grossister.

– Vi har et langsigkt mål om en tobakksfrei ungdomsgenerasjon. For å nå dette målet er det viktig at tobakkskadelovgivningen overholdes, og at røyk og snus ikke selges til ungdom under 18 år, sier avdelingsdirektør Jakob Linhave i Helsedirektoratet.

Alle virksomheter som selger tobakksvarer og tobakkssurrogater (som e-sigaretter) skal selv registrere sine salgssteder i Tobakkssalgeregistret. Det antas at registreringsplikten omfatter om lag 10 000–15 000 salgssteder, og 30–70 grossister.

– Registrering må skje innen 31. desember 2017. Salg av tobakksvarer eller tobakkssurrogater på steder uten registrering er ulovlig fra 1. januar 2018.

Salg av tobakksvarer og tobakkssurrogater må ikke skje til personer under 18 år, selv om vedkommende viser frem skriftlig fullmakt fra foreldre, foresatte eller andre. De ansatte på salgsstedene har ved tvil om alder rett og plikt til å kreve legitimasjon.

Pushvarsel for Tidende-appen



Hvis du har lastet ned Tidende-appen får du nå et pushvarsel ved hver nye utgave av bladet.

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

På nett



FOTO: VAV IMAGES.

Ny personvernlovgivning

I 2018 innføres ny personvernlovgivning i Norge og Europa. Det medfører nye rettigheter for brukere og nye plikter for alle norske virksomheter. Men det gjelder også for et større geografisk område. Behandlingsansvarlige som er registrert utenfor EU, men som tilbyr varer og tjenester til EU-borgere, vil bli omfattet av det nye regelverket. Det er ikke i dag. Det gjelder for eksempel nettbutikker som ikke er etablert i Europa, men som selger varer over nett, og kanskje tilbyr frakt til europeiske land og betaling i norske kroner.

Det nye er blant annet at personopplysninger kun skal behandles der det finnes et tydelig spesifisert formål. Dersom man ønsker å bruke opplysningene til andre formål, skal det innhentes samtykke, eller behandlingen må hjemles i lov. Det betyr blant annet at alle har rett til å motsette seg profiling gjort av offentlige myndigheter eller bedrifter, og til å motsette seg profiling for direkte markedsføring.

Alle norske virksomheter plikter å sette seg inn i regelverket, og datatilsynet har utarbeidet oversiktlig veiledere på sine nettsider.

Les mer på <https://www.datatilsynet.no>



Se det som ikke synes



Herde

1400mW/cm²
Doble bølgelengder
Effektiv polymerisasjon

Beskytte

Skånsom mot pulpa
700mW/cm²

Undersøke

UV-nært lys
Oppdag infisert dentin, plakk,
sprekker, mikrolekkasje m.m

D-Light® Pro fra GC

Herdelyslampe med
avansert LED-teknik



*Autoklaverbar *90 gram *2 batterier

, 'GC', '

GC Nordic AB
Box 70396
107 24 Stockholm, Sverige
Tel. +46 8 506 361 85
info@nordic.gceurope.com
<http://nordic.gceurope.com>

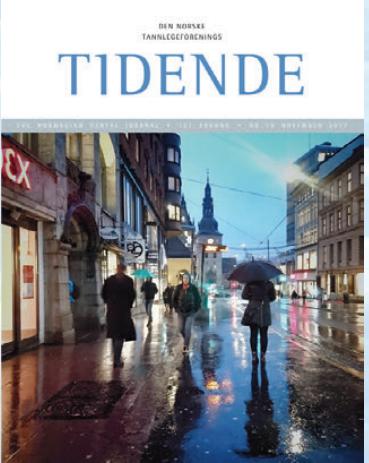


Foto: Liz Palm. Design: Mike Mills.

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 M. Gussgard,
Anne Christine Johannessen, Sigbjørn Løes,
Nils Oscarson, Nina J. Wang, Marit Øilo

Redaksjonskomité:
Jon E. Dahl, Anders Godberg, Malin Jonsson

ABONNEMENT

Abonnementspris for ikke-medlemmer
og andre abonnenter kr 1900,-

ANNONSER

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

E-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon VIIIs 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: 6 900. 11 nummer per år
Parallelpublisering og trykk: 07 Media AS
Grafisk design: Mike Mills

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

P PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLERT

MILJØMERKET TRYKKER
OFT PRINTMEDIA - 2041/0370

LEDER

Ytringsfrihet, og mot

Redaksjonell virksomhet krever varsomhet, og mot. I Tidsskriftforeningen, der Tidende er medlem, ble det nylig debattert om det er behov for en ny retningslinje for pressen, en Vær Modig-plakat, ved siden av den eksistrende Vær Varsom-plakaten. Eller kanskje det holder at det tas inn noe om mot i det nevnte eksisterende etiske regelverket? Det var det uenighet om.

Det hersker imidlertid ingen uenighet om at mot er påkrevet. Vilkårene for ytringsfrihet er ulike, i ulike deler av samfunnet, også i Norge. Dagens Næringsliv (DN) brakte nylig et innlegg som het «Påpakkning på jobb for privat ytring» som beskrev tilfeller der arbeidstakere er blitt presset til å forlate stillingene sine, etter private ytringer som arbeidsgiver har reagert på. Påpakkning for såkalt upassende ytringer svekker samfunnet, sier debattanten i DN. Avvik fra det ledelsen vil ha møtes med sanksjoner i form av psykisk press. Hovedårsaken til denne utviklingen er at klimaet i samfunnsdebatten er blitt mer emosjonelt, frontene steilere og skyttergravene dypere.

Mange debatter starter i et tidsskrift før de flyter over i andre medier og ut i en større offentlighet. Blant annet derfor er tidsskriftene viktige. NTFs ledelse har ønsket at debatten blant NTFs medlemmer helst skal foregå andre steder enn i Tidende. Der er jeg uenig, på lesernes vegne. Debatt er en viktig del av de redaktørstyrte mediene, og hører hjemme her.

Det er ikke lenge siden en debatt ble forsøkt stoppet i Tidende. Dette ble også en sak for Pressens Faglige Utvalg, der kjennelsen var klar og tydelig: Tidende har en god praksis når det gjelder håndtering av debatt. Det oppsiktsvekkende er at denne kjennelsen også ble forsøkt stoppet fra å bli publisert, med begrunnelsen at leserne ikke ville forstå hva det dreier seg om. Jeg tror ikke at dere leser trenger å bli fornærmet. Begrunnelsen var, slik jeg tolker den, vikarende. Samtidig er det ikke alle som vet forskjell på informasjonsvirksomheten i en organisasjon som NTF, og virksomheten til

et redaktørstyrkt tidsskrift, med den samme organisasjonen som eier og utgiver.

I Tidende kaller vi en spade for en spade. Og vi unnlater samtidig å gjøre en fjær til fem høns. Dette er to like viktige prinsipper. Begge er med i en annonseskampanje fra Fagpressen, der Tidende også er medlem.

Hos Tidsskriftforeningen snakket vi om redaktører som opplever å bli truet. Det er det flere år siden jeg er blitt, og det kan skje igjen. Det preller av. Det som er verre er det samme som ble sagt i DN, spekulasjonene om intensjoner. Påstander om at vi ønsker å skade noen når vi publiserer som vi gjør. Eller at de som får spalteplass blir tillagt slik motivasjon. De påstår å ha en agenda. Eller personlighetstrekk: Vedkommende har alltid vært en tulling, eller kverulant, helt siden barneskolen. Det handler om stigmatisering, og latterliggjøring.

Jeg mener at vi i mange deler av det norske samfunnet trenger et større rom og forståelse for at kritikk og debatt er avgjørende for utvikling. Jeg opplever for ofte at det minste snev av kritikk blir forøkt stoppet. Et eksempel fra denne Tidende-utgaven er saken om legemiddelforskning. Den er blitt hevdet å være uheldig for tannlegene. Hvorfor det? Skal vi late som at alt tannleger driver med er førsteklasses og tipp topp? Det er ingen yrkesgruppe som er sånn.

Vi lever i en tid der alle kan være sin egen redaktør, i sosiale medier, og der redaktørstyrte medier er viktigere enn noensinne. Sistnevntes eksistens handler mye om økonomi. For Tidende går det foreløpig bra. Vi har god økonomi og legitimerer dermed vår virksomhet – hvis god innstjening er kriteriet. Hvordan det blir i fremtiden vet vi ikke. Annonsemarkedet er ufortsigtbart. Mange nisjeblader er i den situasjonen at de ikke tjener penger. De eksisterer fordi deres utgivere og leserne likevel verdsetter det de representerer. Et sted der det er både riktig og lov å vise mot.

Ellen Beate Dyvi



FOTO: KRISTIN AKSNES

Har du pasienter som sliter med sosial snorking?

ArtiAir+



Pris kr
2.995,-

Bestill snorkeskinne
hos Artinorway i dag!
Telefon 22 87 19 80



Formidling og norsk produksjon av tannteknikk

Postboks 2031, Grunerløkka, 0505 Oslo, Norway - www.artinorway.no



Den viktige dialogen

Landsmøtet nærmer seg i skrivende stund – og vi gleder oss til å møte mange medlemmer på Lillestrøm. Dialog og kommunikasjon mellom medlemmene, sentrale tillitsvalgte og sekretariat er svært viktig. Landsmøtet er en av de viktigste arenaene vi har for å møtes. I følge NTFs vedtekter skal det på landsmøtet arrangeres et informasjonsmøte. Tanken var at dette skulle være et sted for dialog. De siste årene har informasjonsmøtet tapt terreng i konkurransen med andre spennende kurs, og deltagelsen har vært synkende. Vi opplever også at det er vanskelig for mange å ta ordet i en slik situasjon, og informasjonsmøtet har ofte blitt en enveis monolog, heller enn en dialog mellom NTFs sentralt og medlemmene. I år lanserer vi derfor informasjonsmøtet i ny drakt – som en fellesseanse med fagpolitisk tema fredag formiddag.

Vi har forståelse for at dere ønsker faglig spennende kurs når dere først er på landsmøtet. Likevel er det viktig med god informasjon ut til dere om hva som rører seg i foreningen, og det er viktig at vi når så mange som mulig. Noe av den informasjonen blir gitt gjennom åpningstalen min – og noe under åpningen av det nye informasjonsmøtet. Resten av seansen på fredag vil ha både et faglig og et politisk innhold, som forhåpentligvis kan vise dere mye av hvordan vi arbeider fagpolitisk med et viktig tema som antibiotika og resistens. Samtidig får dere viktig faglig påfyll og kliniske tips som kan tas med tilbake i hverdagen. Det kommer fremtredende politikere og fagpersoner, og komiker og lege Jonas Kinge Bergland skal lede oss gjennom seansen. Vi har planlagt en morsom og utfordrende

seanse rundt et meget viktig tema og det er svært mange påmeldte til arrangementet. Det er svært gledelig!

Det vil ikke bli mange dialogmuligheter under denne seansen, men vi ønsker likevel at dere skal få mulighet til å snakke med de sentrale tillitsvalgte hvis dere ønsker det. Hele hovedstyret, samt alle i sentralt næringsutvalg og sentralt forhandlingsutvalg har derfor «vakt» på NTFs torg sammen med de ansatte i sekretariatet, medlemmer av etisk råd og representanter for NTFs nye studentforening. Der skal dere alle få mulighet til å ta opp ting som er viktige for dere. Vi håper og tror at det skal være lettere å ta kontakt med oss på torget enn i plenum under et informasjonsmøte. Når du leser dette er landsmøtet over, og jeg håper at de som var der opplevde at det var mulig å komme i dialog med foreningens representanter. Har du forslag til hvordan vi kan gjøre det enda enklere for dere medlemmer å ta kontakt, så vil vi gjerne høre om det!

Dialog mellom medlemmene er viktig. Hovedstyret lanserte *NTFs medlemsforum* i et forsøk på å lage et nettforum hvor medlemmene kunne diskutere seg imellom. Man må logge seg inn med medlemsnummer for å bruke forumet, for å sikre at de som skriver faktisk er medlemmer. Det virker dessverre som om dette er en barriere for bruken av forumet. I dagens samfunn finnes det mange andre sosiale medier som er enda lettere tilgjengelige og enklere å bruke. NTF har mange kommunikasjonskanaler. Vi må hele tiden vurdere vår ressursbruk opp mot hva medlemmene ønsker og benytter seg av. Hovedstyret har derfor, i sammenheng

med sak om NTFs kommunikasjonsplan, hatt *NTFs medlemsforum* oppe til evaluering. Det har vi gjort fordi vi ønsket å gjøre noen tekniske endringer. I den sammenheng mente vi at det var riktig å vurdere om vi faktisk skal bruke midler på et forum som er svært lite brukt.

Siden opprettelsen i begynnelsen av 2015 er det publisert kun 58 innlegg, hvorav 11 er skrevet av NTFs tillitsvalgte (hovedstyremedlemmer) og ansatte i sekretariatet. Det vil si at dere medlemmer i løpet av nesten tre år kun har skrevet 47 innlegg på forumet. I gjennomsnitt har innlegg og kommentarer blitt lest av 23 personer. I en medlemsmasse på over 6 400 er det tydelig at vi ikke har lykkes i å nå medlemmene på dette forumet. Vi spør oss derfor om det er hensiktsmessig å bruke ressurser på å driftet et slikt forum.

Vi har mottatt noen innspill fra medlemmer som gjerne vil at forumet skal opprettholdes. Hovedstyret bestemte derfor at vi i denne omgangen skulle bruke ressurser på de tekniske endringene, for så igjen å åpne forumet. Frem til nyttår vil vi evaluere bruken. Deretter vil vi ta en avgjørelse på hva vi skal gjøre videre.

Min oppfordring til dere er: Ønsker dere fortsatt et *NTFs medlemsforum* på innloggede sider må dere bruke det – ellers er det sannsynlig at hovedstyret velger å bruke ressurser på andre kommunikasjonskanaler som medlemmene bruker mer.

Og har dere innspill eller ønsker til oss er det bare å ta kontakt!

Camilla Hansen Stenum

Anne Nordrehaug Åstrøm, Ferda Gulcan og Manal Mustafa

Oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge – en representativ befolkningsundersøkelse

Strategien for å redusere sosiale ulikheter i oral helse har vært å gi barn og unge (0–18 år) samt grupper av voksne med spesielle behov vederlagsfritt behandlingstilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten. Et relevant spørsmål er om der er sosiale forskjeller i unge voksnes orale helserelaterte livskvalitet til tross for tannhelsetjenestens innsats gjennom barne- og ungdomsårene? Den foreliggende spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført høsten 2016 og omfatter et representativt utvalg av voksne i Norge i alderen 25–35 år. Det ble søkt svar på følgende spørsmål: øker andelen personer som opplever problemer med tenner og tannkjøtt med økende alder og økende antall tapte tenner fra 25 til 35 år, er der sosiale forskjeller i oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne, er forskjeller i oral helserelatert livskvalitet etter alder og sosiale kjennetegn uavhengig av forskjeller i tannstatus. Resultatene viste at en betydelig andel unge voksne har erfaring med redusert oral helserelatert livskvalitet. Overraskende var omfanget størst i den yngste aldersgruppen 25–29 år. Oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne var vurdert dårligst blant individer med innvandrerbakgrunn, lav utdannelse og lite sosialt nettverk. Variasjonen etter alder og sosiale kjennetegn lot seg ikke forklare av variasjon i tannstatus blant unge voksne i Norge.

Tannstatus i den norske befolkning er blitt bedre, og studier tilsier at andelen tannløse i Europa er redusert over tid (1–3). Mens hver sjette voksen i Norden var helt tannløs på begynnelsen av 1970-tallet, gjelder tilsva-

Forfattere

Anne Nordrehaug Åstrøm, forsker, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland og professor Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen.
Ferda Gulcan, PhD stipendiatur. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
Manal Mustafa, forsker. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland

rende for hver tredje nordmann etter årtusenskiftet (4). Dette til tross, informasjon om tannhelse og livskvalitet i den norske voksne befolkning er svært begrenset (5,6). Sammenlignet med epidemiologiske undersøkelser over tannstatus og tannsykdom er nordiske studier av oral helserelatert livskvalitet sjeldent forekommende. Det er altså mangelfull kunnskap om hvordan forhold i munnen påvirker daglige gjøremål og trivsel i alle aldersgrupper av den norske befolkningen.

Et skille mellom sykdom og helse kan tilbakeføres til Verdens Helseorganisasjons definisjon av helse som ikke bare fravær av sykdom men også en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære (7,8). Ifølge denne definisjonen er helse noe mer enn fravær av sykdom. God helse og livskvalitet kan oppleves uavhengig av sykdom og fysisk skade. For eksempel vurderer noen sin tannhelse som god selv om alle naturlige tenner er gått tapt (9). Mens tannsykdom studeres ved hjelp av kliniske og epidemiologiske målemetoder, kan opplevd tannhelse måles enklest ved at man ber personer vurdere sin tannhelse på en skala fra meget god, til meget dårlig. I tillegg er det utviklet en rekke indeks til bruk ved vurdering av oral helserelatert livskvalitet. I dette begrepet inkluderes betydningen av oral helse for menneskers livskvalitet (7,8). Holst og Dahl (10) brukte indeksen Oral Health Impact Profile 14 (OHIP 14) i en deskriptiv studie av oral helserelatert livskvalitet i den norske voksne befolkningen. Åstrøm og medarbeidere (11,12) brukte indeksen Oral Impacts on Daily Performances, OIDP, i et landsrepresentativt utvalg av norske voksne og

Hovedbudskap

- En betydelig andel unge voksne i Norge har erfaring med redusert oral helserelatert livskvalitet.
- Omfanget av redusert oral livskvalitet var størst i den yngste aldersgruppen, blant deltakere med innvandrerbakgrunn, lav utdannelse og lite sosialt nettverk.
- Kunnskap om sosiale forskjeller i unge voksnes tannhelse og orale helserelaterte livskvalitet er viktig for planlegging av fremtidens tannhelsetjenester.

kartla om problemer fra tenner og tannkjøtt har betydning for åtte forskjellige daglige gjøremål.

Teoretisk er oral helserelatert livskvalitet antatt å være en kompleks funksjon av sosiale og personlige faktorer og ikke primært en konsekvens av tann- og sykdomsstatus (7,8,13,14). Et uventet funn i flere studier er at forekomst av redusert oral helserelatert livskvalitet synker med økende alder, unge voksne opplever mer ubehag og problemer med sin tannhelse sammenlignet med den eldre del av befolkningen (10,11,12). Tilsvarende retning på sammenhengene mellom alder og oral livskvalitet er også observert i longitudinelle studier av eldre over 65 år i Norge og Sverige (5). Andre har funnet at redusert livskvalitet knyttet til tenner og tannkjøtt øker med økende alder eller at oral livskvalitet ikke er påvirket av alder i det hele tatt (16). Noen studier har påvist sammenhenger mellom tanntap og redusert oral helserelatert livskvalitet samt ulikheter knyttet til sosiale kjennetegn, mens andre studier ikke har kunnet verifisere slike sammenhenger. I panelstudier blant eldre over 65 år i Norge og Sverige har man funnet at sosiale forskjeller i livskvalitet opprettholdes over tid og ikke primært skyldes påvirkning i seint voksent livsløp (15). Tidligere nordiske studier har også vist at forbedringen i tannstatus har vært større i de lavere enn i de høyere sosiale status grupper hvilket tyder på en reduksjon i sosiale forskjeller over tid (17). Resultatene fra studier av oral helserelatert livskvalitet varierer altså mellom ulike land og mellom undergrupper i samme befolkning, sannsynligvis fordi helsekulturelle oppfatninger varierer og at valg av måleinstrument gir ulike resultater. Fremdeles vet man lite om hvordan alder og sosiale faktorer påvirker oral helserelatert livskvalitet i den en yngre del av Norges voksne befolkning.

Kunnskap om hvordan sosiale kjennetegn henger sammen med oral helserelatert livskvalitet i ulike befolkningsgrupper er viktig for planlegging av fremtidens tannhelsetjenester. Det antas at alder og sosiale forhold hver for seg påvirker oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge. Det antas også at sosiale kjennetegn påvirker oral helserelatert livskvalitet indirekte gjennom tannstatus. I den foreliggende studien av unge norske voksne søkes det svar på følgende spørsmål: 1) øker andelen personer som opplever problemer med tenner og tannkjøtt med økende alder fra 25 til 35 år, 2) øker andelen personer som opplever problemer med tenner og tannkjøtt med økende antall tapte tenner blant unge voksne, 3) er der sosiale forskjeller i oral helse relatert livskvalitet blant unge voksne i Norge 4) er forskjeller i oral livskvalitet etter alder og sosiale kjennetegn uavhengig av forskjeller i tannstatus?

Metode

Datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av web-baserte spørreskjema i september-oktober 2016. Skjemaene ble sendt ut av NORSTAT (www.norstat.no) til et enkelt tilfeldig utvalg av voksne i alderen 25–35 år. I alt ble skjema sendt ut til 9052 voksne i den aktuelle aldersgruppen. Utvalget ble trukket per telefon fra Norstat's internetpanel som dekker 96,3 % av den voksne befolkningen i Norge, 15–100 år. Total svarprosent ble 29 % (2635/

9052). I tillegg ble 84 personer fjernet på grunn av ufullstendige besvarelser. Analysene i denne artikkelen er basert på et utvalg bestående av 2551 personer i alderen 25–35 år. Utvalget er vektet opp mot befolkningens sammensetning på kjønn, alder og landsdel. Prosjektet er godkjent fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) høsten 2016.

Sosiale kjennetegn ble målt med følgende variabler: alder, kjønn, norsk/utenlandsk bakgrunn, utdanningsnivå, sivilstatus, bruttoinntekt og antall personer i det sosiale nettverket. Tannstatus ble målt som antall gjenværende egne tenner og selvrappert oral helse ble målt med spørsmålet «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med tennene dine slik de er i dag». Responskategorier var 1=svært fornøyd, 2=fornøyd, 3=hverken fornøyd eller

Tabell 1. Frekvensfordeling av antall tenner, selvrappert tannhelse og sosiale kjennetegn blant unge voksne 25–35 år (n=2551)

Variabler	Kategorier	% (n)
<i>Antall tenner</i>		
	Alle tenner	68,9 (1758)
	Mistet en eller flere	31,1 (793)
<i>Selv rapportert tannhelse</i>		
	Fornøyd	58,1 (1482)
	Misfornøyd	41,9 (1069)
<i>Fødeland</i>		
	Norge	91,5 (2333)
	Nordisk land	2,6 (66)
	Utenfor Norden	6,0 (152)
<i>Sivilstatus</i>		
	Enslig	36,6 (935)
	Samboer/gift	63,4 (1616)
<i>Høyeste utdannelse</i>		
	Grunn/videregående	27,3 (679)
	Bachelor	38,6 (962)
	Universitet/høyskole	34,1 (850)
<i>Bruttoinntekt</i>		
	400 000 eller mer	19,5 (413)
	400 001–800 000	41,2 (876)
	>800 000	39,3 (835)
<i>Sosialt nettverk</i>		
	Lite (maks 3–5 personer)	26,7 (682)
	Stort (> 5 personer)	73,3 (1869)

misfornøyd, 4= misfornøyd og 5 = svært misfornøyd. For analyse ble variablene ble omkodet til (1) fornøyd (oppinnelige kategorier 1,2) og (2) misfornøyd (oppinnelige kategorier 3–5). Livskvalitet relatert til oral helse ble målt ved hjelp av skalaen Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) (13). OIDP består av 8 enkle spørsmål angående problemer med daglige gjøremål på grunn av plager med tenner og munnhule. Hvert spørsmål er målt på en femgradert skala fra (1) hver dag eller nesten hver dag til (5) aldri. Enkeltpørsmålene er omkodet, (1) plager en gang i måneden eller oftere (oppinnelige kategorier 1–4) og (0) aldri plager (oppinnelig kategori 5) og summert til en 0–8 skala som angir antall plager (impacts). Indre konsistens reliabilitet for OIDP-skalaen målt etter Chronbach's alpha var 0,89. OIDP-skalaen er tidligere validert i et landrepresentativt utvalg av norske voksne i alderen 16–67 år og i en prospektiv kohortstudie av norske eldre fra 65 til 70 års alder (5,11,12).

Statistiske analyse

Data ble analysert i SPSS, Statistical Package for Social Sciences 22 (IBM Corporation, NY, USA). Krysstabeller er utført med Kjikkvadrat. ANOVA-analyse er utført for å måle gjennomsnitt på sum OIDP-skala etter selvrappert oral helse. Flervariabel analyse er utført med logistisk regresjon der odds ratios (OR) og 95 % konfidensintervall (KI) angir styrke og presisjon på sammenhenger mellom sosiale kjennetegn, tannstatus og oral helserelatert livskvalitet.

Tabell 2. Redusert oral livskvalitet etter OIDP-skalaen. % (n) som angir redusert oral livskvalitet minst en gang i måneden

I løpet av de siste 6 måneder-hvor ofte har ulike plager med tenner og tannkjøtt gjort det vanskelig for deg å:	% (n) Totalt	% (n) 25–29 år	% (n) 30–35 år
Spise	40,7 (1037)	43,1 (509)	38,6 (529)*
Snakke tydelig	11,7 (300)	13,1 (155)	10,6 (145)*
Rengjøre tenner	26,2 (668)	30,3 (358)	22,6 (310)**
Sove og slappe av	18,6 (474)	20,8 (246)	16,7 (228)*
Smile og vise tenner	18,0 (460)	18,4 (218)	17,7 (242)
Være følelsesmessig stabil	13,8 (351)	15,6 (184)	12,2 (167)*
Glede seg over sosialt samvær	13,3 (339)	13,6 (161)	13,0 (178)
Utføre daglige gjøremål	9,5 (242)	10,6 (125)	8,5 (117)
En eller flere problemer etter OIDP	51,0 (1300)	53,7 (635)	48,5 (665)*

**p<0,001, *p<0,05

Resultat

En analyse av representativiteten i utvalget tilsier at de yngre deltakere, 25–29 år, utgjorde 46 %. Tilsvarende andel i befolkningen, 25–39 år, var 46,3 % per desember 2016. Andelen 30–35-åringer i utvalget og i befolkningen var henholdsvis 54 % og 53 %. Kjønnsfordelingen i utvalget var 51 % menn og 49 % kvinner. Tilsvarende fordeling i befolkningen var 51,3 % versus 48,7 %. Prosentfordeling 25–39-åringer i utvalget var 9,5 (Nord Norge), 14,7 (Midt Norge), 21,7 (Vestlandet), 32,6 (Østlandet), 6,9 (Sørlandet med Telemark) og 14,5 (Oslo). Tilsvarende prosent andeler 20–44-åringer på landsbasis var 8,6, 8,7, 26,1, 31,5, 8,4 og 16,5 (<https://www.ssb.no/befolking>).

Tabell 3. Prosentandel deltagere med redusert livskvalitet etter selvrappert tannhelse og antall tenner(n=2551)

	Fornøyd % (n)	Misfornøyd % (n)	Alle tenner % (n)	Tapt en eller flere % (n)
Vanskelig å spise	30,4 (450)	54,9 (597)**	35,34 (621)	52,5 (416)**
Vanskelig å snakke tydelig	8,8 (130)	15,9 (170)**	9,2 (162)	17,4 (138)**
Vanskelig med tannrengjøring	19,2 (285)	35,8 (383)**	22,2 (390)	35,2 (279)**
Vanskelig å sove og slappe av	12,3 (183)	27,2 (291)**	15,1 (265)	26,3 (208)**
Vanskelig å smile og vise tenner	9,2 (136)	30,3 (324)**	13,5 (238)	28,0 (222)**
Vanskelig å være følelsesmessig stabil	8,7 (129)	20,8 (222)**	10,0 (175)	22,2 (176)**
Vanskelig å glede seg over sosialt samvær	7,7 (114)	21,0 (225)**	9,9 (175)	20,8 (165)**
Vanskelig å utføre daglige gjøremål	6,1 (91)	14,1 (151)**	6,8 (119)	15,5 (123)**
En eller flere problemer	38,9 (577)	67,6 (723)**	45,1 (794)	63,8 (506)**

**p<0,001, *p<0,05

Tabell 4. Gjennomsnittlig sumskår OIDP etter selvopplevd tannhelse (n=2551)

Selvopplevd tannhelse	Sumskår Gjennomsnitt (sd)	
Svært fornøyd	0.7 (1.7)	293
Fornøyd	1.1 (1.8)	1189
Verken fornøyd eller misfornøyd	1.6 (2.2)	689
Misfornøyd	2.9 (2.5)	323
Svært misfornøyd	4.8 (2.6)	58

Tabell 5. OR og 95 % konfidens intervall for å rapportere OIDP>0 (plager en gang i måneden eller oftere) + god oral tannhelse og OIDP=0 (aldri plager) + dårlig tannhelse

	OIDP>0+god OH OR (95 % KI)	OIDP=0 + dårlig OH OR (95 % KI)
25–29 år	1	1
30–35 år	0.8 (0,6–0,9)	1.2 (0,9–1,5)

Tabell 1 viser frekvensfordeling av sosiale kjennetegn, selvrapporert tannhelse og antall gjenværende egne tenner hos 2551 personer som deltok i undersøkelsen i 2016. De fleste (68,9 %) hadde ikke tanntap, og 58,1 % var fornøyd med tennene slik de ser ut i dag. Totalt hadde 34,1 % utdannelse på universitets /høyskolenivå, 63,4 % var gifte eller samboere mens 73,3 % oppga å ha et brett sosialt nettverk.

Tabell 2 beskriver andelen som har problemer med daglige gjøremål totalt og etter alder. På fem av de totalt åtte OIDP-indikatorene oppga en statistisk signifikant høyere andel av yngre enn eldre deltakere at de hadde problemer. Således oppga 43,1 % av 25–29-åringene versus 38,6 % av 30–35-åringene at de hadde problemer med å spise og tygge maten. Tilsvarende oppga 30,3 % og 22,6 % at de hadde problemer med tannrengjøring. Andelene som oppga at de hadde problemer med å glede seg over samvær med andre var omrent like store i hver aldersgruppe. Problemer med å spise og problemer med daglige gjøremål var det mest og minst hyppige problem i begge aldersgruppene. Problemer med å sove og slappe av var den tredje hyppigst nevnte indikator blant yngre. Tilsvarende hos eldre var problemer med å smile og vise tenner. Sumskåren for OIDP uttrykker den samlede belastningen av problemer. Skåren rangerte fra 0 til 8 og angir antall rapporterte problemer. Totalt oppga 51 % av utvalget at de hadde problemer med minst en daglig aktivitet.

Tabell 3 viser frekvensfordeling av problemer med daglige gjøremål etter selvrapporert tannhelse og antall gjenværende tenner. Hver OIDP-indikator diskriminerte statistisk signifikant mellom respondenter som oppga at de var fornøyd og misfornøyd

Tabell 6. Prosentandel % (n) deltagere med redusert oral livskvalitet (OIDP=1) etter sosiale karakteristika i ujusterte og justerte analyser (Kji-kvadrat test), OR og (95 % KI)

Trinn 1	% (n)	OR (95 % CI)
<i>Alder</i>		
25–29 år	53,9 (602)	1
30–35	48,7 (699)**	0,7 (0,6–0,9)
<i>Kjønn</i>		
Mann	50,0 (553)	1
Kvinne	51,7 (748)	1,2 (1,0–1,5)
<i>Fødeland</i>		
Norge	50,2 (1177)	1
Nordisk land	58,1 (36)	1,6 (0,8–2,9)
Utenfor Norden	61,1 (88)*	1,8 (1,2–2,7)
<i>Sivilstatus</i>		
Enslig	54,4 (496)	1
Samboende/gift	49,1 (805)*	0,8 (0,7–1,1)
<i>Høyeste utdannelse</i>		
Grunn/videregående	57,4 (392)	1
Bachelor	51,0 (494)	0,8 (0,6–1,0)
Universitet/høyskole	46,1 (388)**	0,7 (0,6–0,9)
<i>Bruttoinntekt</i>		
400.000 eller mindre	59,3 (243)	1
400.001–800.000	51,3 (44)	0,8 (0,6–1,1)
>800.001–	46,9 (394)**	0,8 (0,6–1,1)
<i>Sosial kontakt</i>		
Lite (max 3–5 personer)	56,2 (388)	1
Stort (> 5 personer)	49,1 (913)*	0,8 (0,6–1,0)
<i>Trinn 2</i>		
<i>Antall tenner</i>		
Mistet en eller flere tenner	63,7 (503)	1
Har alle tenner	45,3 (798)**	0,5 (0,4–0,6)
<i>Tannhelsen</i>		
Fornøyd	38,4 (568)	1
Misfornøyd	68,4 (733)**	2,8 (2,3–3,4)

**p<0,001, *p<0,05

med egne tenner og mellom respondenter med og uten tapte tenner. I gruppen som var misfornøyd med tennene, var det konsistent høyere andeler som rapporterte problemer med daglige gjøremål sammenlignet med gruppen som var fornøyd med tennene slik de ser ut i dag. Samme konsistente mønster ble observert i gruppen med og uten tapte tenner. Andelen med redusert oral helserelatert livskvalitet var høyest i gruppen som rapporterte tanntap. Dette mønster av sammenhenger tilsier tilfredsstillende kriterievaliditet for OIDP-skalaen ettersom svarenes retning henger entydig sammen med svar på spørsmål om oral helse og antall gjenværende tenner. Tabell 4 viser at gjennomsnittet for sumskåren OIDP ble gravis høyere (reduksjon i oral livskvalitet) mellom ytterkategoriene svært fornøyd og svært misfornøyd med egne tenner slik de ser ut i dag. Tabell 5 viser at sammenlignet med den yngre aldersgruppen hadde den eldre aldersgruppen lavere sannsynlighet ($OR\ 0,8,\ 95\%\\ CI\ 0,6-0,9$) for å rapportere redusert oral livskvalitet ($OIDP>0$) til tross for at de var fornøyd med tennene.

For å vurdere den uavhengige betydningen av alder, sosiale kjennetegn og tannstatus på oral helserelatert livskvalitet ble det gjort bruk av trinnvis multippel logistisk regresjonsanalyse. Alder, kjønn og sosiale kjennetegn ble lagt inn i analysens første trinn etterfulgt av tannstatus og selvrapportert oral helse i trinn 2. Ifølge Chen og Hunter (18) vil alder og sosiale kjennetegn påvirke livskvaliteten både direkte og indirekte via livsstilvariabler og tannstatus. Som vist i Tabell 6 hadde alder og flere sosiale kjennetegn signifikant sammenheng med oral helserelatert livskvalitet også etter at tannstatus var trukket inn i analysens trinn 2. Odds rater (OR) for redusert oral helserelatert livskvalitet minnet med økende alder ($OR\ 0,7,\ 95\%\\ CI\ 0,6-0,9$), med høyere utdannelse ($OR\ 0,7,\ 95\%\\ CI\ 0,6-0,9$) og med fravær av tanntap ($OR\ 0,5,\ 95\%\\ CI\ 0,4-0,6$). Odds rater for redusert oral helserelatert livskvalitet økte med utenfor Nordisk bakgrunn ($OR\ 1,8,\ 95\%\\ CI\ 1,2-1,7$) og med misnøye med tannhelsen ($OR\ 2,8\ 95\%\\ CI\ 2,3-3,4$).

Diskusjon

Det finnes få studier av tannhelse og livskvalitet med stort generaliseringspotensial i den norske voksne befolkning. Den foreliggende studien har ekstern validitet da den er basert på et representativt utvalg av unge norske voksne i alderen 25–35 år. Resultatene er vektet til de riktige befolkningstall i Norge etter kjønn, alder og landsdel slik at de er landsrepresentative.

Resultatene viser at en betydelig andel unge voksne i Norge har erfaring med redusert oral helserelatert livskvalitet. Totalt oppga 51 % av deltakerne at problemer med tenner og tannkjøtt påvirket en eller flere av deres daglige gjøremål. Funksjonelle problemer med det å spise og å holde tennene reine var hyppigst forekommende både blant yngre og eldre deltakere. Psykologisk og sosialt ubehag som problemer med å sove og slappe av, smile og vise tenner, være følelsesmessig stabil og glede seg over samvær med andre var mindre hyppig forekommende. Forekomsten av redusert oral helserelatert livskvalitet i denne studien er høyere enn den Åstrøm og medarbeidere (11,12) fant (18 %) i tilsva-

rende aldersgruppe (25–44 år) og med bruk av samme måleinstrument i 2003. Forekomsten er imidlertid i overenstemmelse med den som er rapportert fra befolkningsundersøkelser i andre land (se 11,12). Hvaring og medarbeidere (19) brukte OIDP-skalaen i et utvalg kjeveortopediske pasienter 10–17 år og fant en forekomst redusert oral livskvalitet på 62 %. I en befolkningsundersøkelse fra Sverige er det rapportert en forekomst av redusert oral helserelatert livskvalitet på 40 % blant voksne uavhengig av aldersgruppe (20). En kan spørre seg om redusert oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge har øket over tid fra 2003 til 2016 samtidig som tall viser at tannstatus er blitt stadig bedre. Sammenligning av aldersspesifikke prevalenser basert på tverrsnittstudier utført på forskjellige tidspunkt kan være problematisk da en ikke kan fastslå om de observerte endringer skyldes cohort-effekter eller tidsrelaterte trender (11,12). Muligens kan generasjonsforskjeller i subjektive terskelverdier forklare at forekomsten av redusert oral livskvalitet var forskjellig i de to studiene. I overensstemmelse med resultatene fra den foreliggende studien har tidligere studier blant unge voksne i Norge funnet at de yngste med minst karieserfaring fremsto som dem som var mest misfornøyd og rapporterte mest plager (21). I den foreliggende studien økte imidlertid forekomsten av redusert oral helserelatert livskvalitet med antall tapte tenner og med andelen som sa seg misfornøyd med tannhelsen. Disse funn støtter tidlige resultater i litteraturen (14) og bygger opp under kriterievaliditeten til OIDP-skalaen.

Det er overraskende at de yngste deltakerne, 25–29 år, hadde en høyere forekomst av redusert oral helserelatert livskvalitet enn de eldste, 30–35 år. Holst og Dahl (10) fant i sin studie av norske voksne mellom 20 og 80 år at alder hadde en tydelig negativ sammenheng med oral helserelatert livskvalitet. På 11 av de 14 OHIP-indikatorene hadde en større andel av de yngste enn de eldste deltakerne opplevd problemer i forbindelse med tannhelsen. Åstrøm og medarbeidere (11,12) fant også en negativ sammenheng mellom alder og OIDP etter å ha justert for tannstatus i analysene. Forekomst av redusert oral helserelatert livskvalitet synes å minke med økende alder uavhengig av aldersvariasjonene i tann- og sykdomsstatus. Basert på en prospektiv cohortsstudie i Norge og Sverige der deltakerne følges individuelt over tid er det også rapportert nedgang i redusert oral helserelatert livskvalitet fra 65 til 70 års alder (5). I studien til Østerberg og medarbeidere (20) ble det derimot ikke funnet sammenheng mellom oral helserelatert livskvalitet etter å ha justert for effekten av andre sosiale og demografiske kjennetegn. Trolig kan de observerte aldersforskjeller i den foreliggende studien forklares dels som en alderseffekt per se men også som en konsekvens av at man sammenligner forskjellige cohorts som, til tross for det smale aldersspennet, har forskjellige erfaringer og ulike forventninger til sin egen tannhelse. Som bekjent har kariessituasjonen på landsbasis hos unge voksne blitt bedre over tid. For eksempel viser tall fra Statistisk Sentralbyrå at andelen kariesfrie 18-åringer økte fra 16,6 % til 21,0 % i tidsrommet 2010–2014 (22). Det kan være at sensitiviteten for å oppfatte tilstanden i tenner og tannkjøtt som problematisk senkes i takt med at tannstatus

bedres og sykdomsforekomsten går ned. Dermed er terskelen for å oppfatte noe som problematisk lavest hos de yngste som har den beste tannstatus- altså «et prinsessen på erten fenomen». Resultatene fra levekårsundersøkelsen i 2008 viste imidlertid at andelen som rapporterte god tannhelse var høyest blant yngre voksne i alderen 21–24 år og minnet med stigende alder. Resultatene fra den foreliggende studien viser at det ikke er fullstendig overensstemmelse mellom egenvurdert tannhelse og OIDP en diskrepans som imidlertid minket med økende alder (tabell 4).

Det offentlig tannhelsetjenestetilbud i Norge til barn og ungdom antas å ha en utjevnende effekt på forskjeller i tannhelse relatert til hjem, miljø og samfunn. Den foreliggende studien viser imidlertid lignende sosiale sammenhenger med tannhelse og livskvalitet som dem man har observert i studier av voksne i alle aldre og i panel-studier av eldre i Norge og Sverige (11,12,15,16). Redusert oral helserelatert livskvalitet var hyppigst forekommende hos unge voksne med lav utdannelse, enslig sivilstatus, innvandrerbakgrunn og smalt sosialt nettverk. Sammenhengene mellom sosiale kjennetegn og oral helserelatert livskvalitet var signifikant også etter at tannstatus var justert i flervariabe analyser. Dette antyder at sosiale forhold har en selvstendig direkte effekt på oral livskvalitet som ikke formidles via forskjeller i tannstatus (18). Det bør også noteres at analysemodellen mangler potensielle viktige prediktorer for oral helserelatert livskvalitet som ikke ble målt i undersøkelsen blant unge voksne i Norge.

Konklusjon

Denne studien viste at 1) En betydelig andel unge voksne i alderen 25–35 år har erfaring med redusert oral livskvalitet, 2) Forekomsten av redusert oral helserelatert livskvalitet er større blant yngre enn blant eldre unge voksne i Norge, 3) Oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne er vurdert dårligst i grupper av innvandrere, lavt utdannede, enslige og de med lite sosialt nettverk, 4) Variasjonen i oral helserelatert livskvalitet etter alder og sosiale kjennetegn lar seg ikke forklare av variasjon i tannstatus blant unge voksne i Norge.

English summary

Åstrøm AN, Gulcan F, Mustafa M.

Oral health related quality of life – a representative study of young Norwegian adults

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 860–6

Universal coverage of public dental care services free of charge to children and adolescents have been a strategy to even out social differences in oral health in Norway. In spite of these efforts, it might be questioned whether social differences in oral health related quality of life are present among young adults in Norway. A questionnaire survey was conducted in 2016 focusing a national representative sample of 2551 25–35 year olds. Oral health related quality of life was measured using the Oral Impact of Daily Performance indicator (OIDP). The following questions were addressed: Does the prevalence of OIDP increase with increase in

age and tooth loss among young Norwegian adults. Does OIDP vary according to social characteristics in young Norwegian adults, are age and social differences in OIDP independent of variation in dentition status. A total of 51 % Norwegian adults reported one or more oral impacts. The prevalence was greater among 25–29 than among 30–35 year olds. Oral impacts were also most frequent among those with low education, small social networks, unmarried and people of foreign country of birth. Social differences in dentition status did not explain variation in oral health related quality of life according to age and social characteristics.

Referanser

1. Holst D, Schuller AA, Dahl KE. Bedre tannhelse for alle? Tannhelseteutvikling i den voksne befolkning i Nord-Trøndelag fra 1973 til 2006. Nor Tannlegeforen Tid. 2007; 117: 804–11.
2. Muller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly populations in Europe? Clin Oral Impl Res. 2007; 18: 2–14.
3. Holst D, Skau I, Tenner og tannstatus i den voksne befolkning i Norge. Hvor stor er den sosiale ulikheten? Nor Tannlegeforen Tid. 2010; 120: 164–9.
4. Petersen PE, Kjøller M, Bøge Christensen L, Krstrup U. Changing dentate status of adults, use of dental services and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. J Public Health Dent. 2004; 64: 127–35.
5. Gulcan F, Nasir E, Ekback G, Ordell S, Åstrøm AN. Change in oral impacts on daily performances (OIDP) with increasing age: testing the evaluative properties of the OIDP frequency inventory using prospective data from Norway and Sweden. BMC Oral Health. 2014; 14: 59.
6. Haugejorden O, Klock KS, Trovik TA. Incidence and predictors of self reported tooth loss in a representative sample for Norwegian adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31: 261–8.
7. Locker D. Oral health and quality of life. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 247–53.
8. Locker D. Measuring oral health status: a conceptual framework. Community Dent Health. 1988; 5: 3–18.
9. Skaret E, Åstrøm AN, Haugejorden O. Oral Health related quality of life review of existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. In: Bourgeois SM, Llodra JC, eds. European global health indicators development project. Paris: Quintessence International 2004; 99–110.
10. Holst D, Dahl KE. Påvirker oral helse livskvaliteten? En representativ, deskriptiv befolkningsundersøkelse. Nor Tannlegeforen Tid. 2008; 118: 212–8.
11. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral Impacts on Daily Performances in Norwegian adults: The influence of age, number of missing teeth and socio-demographic factors. Community Dent Oral Epidemiol. 2006; 114: 115–21.
12. Åstrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Kock KS. Oral impacts on daily performances (OIDP) in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. Eur J Orl Sci. 2005; 113: 289–96.
13. Adulyanont A, Sheham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD ed. Measuring oral quality of life. Chapell Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997; pp152–60.
14. Tsakos G, Marques W, Sheham A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. Oral Health Prev Dent. 2004; 2: 211–20.

15. Gulcan F, Elback G, Ordell S, Lie SA, Åstrøm AN. Inequality in oral health related to early and later life social conditions: a study of elderly in Norway and Sweden. *BMC Oral Health*. 2015; 15: 20.
 16. John MT, Koepsell TD, Hujio P, Miglioretti DL, Lereshe L, Michelis W. Demographic factors, denture status and oral health related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32: 125–32.
 17. Suominen-Taipale AL, Alanen P, Nordblad A, Uutela A. Edentulism among Finnish adults of working age, 1978–1997. *Community dent Oral Epidemiol*. 1999; 27: 353–65.
 18. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med*. 1996; 43: 1213–22.
 19. Hvaring CL, Birkeland K, Åstrøm AN. Discriminative ability of the generic and condition specific oral impacts on daily performance (OIDP) among adolescents with and without hypodontia. *BMC Oral Health*. 2014; 14: 57.
 20. Østberg AL, Andersson P, Hakeberg M. Cross cultural adaptation and validation of the oral impacts on daily performances (OIDP) in Sweden. *Swed Dent J*. 2008; 32: 187–95.
 21. Berge KA, Fylkesnes K. Tannlegesøkning og tannhelse. *Nor Tannlegeforen Tid*. 1991; 101: 408–12.
 22. Statistisk Sentralbyrå. *Tannhelsetenesta* 2014. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse/aar/2015-07->.
- Adresse: Anne Nordrehaug Åstrøm. Adresse: Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Email: Anne.Aaastrom@uib.no*
- Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.*
- Åstrøm AN, Gulcan F, Mustafa M. Oral helserelatert livskvalitet blant unge voksne i Norge – en representativ befolkningundersøkelse. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 860–6.*

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner 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 2018.

Prisen på 20 000 kroner tildeles forfatter(en(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene 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.

SUNSTAR



PAROEX®

Selgs på Boots Apotek!



9 av 10 synes at Paroex smaker bedre! *

• Klorhexidin-skyll med GOD SMAK

- Pasienten **fullfører behandlingen**

• Optimal konsentrasjon

- 0,12 CHX + CPC gir **like bra effekt** som 0,20% CHX og **færre bivirkninger**

Mail info@se.sunstar.com
eller ring 909 84 154 **for prøver!**

* I en undersøkelse utført på 125 spesialkinikker.



SunstarGUM.no

*Trine Walberg Vingsnes, *Fredrikke Arenfeldt Omdal, Ivar Espelid, Ingvild Johnsen Brusevold

Lang reisevei reduserer sannsynligheten for henvisning til spesialistbehandling i pedodonti

Henvisninger til Universitetet i Oslo 2012–2014

Bakgrunn. I de nordiske land er det en samfunnsoppgave å tilby alle barn og unge et oppsøkende tannhelsetilbud. I Norge, Sverige og Island er pedodonti en egen odontologisk spesialitet. Behandlingspanoramaet ved spesialistklinikker i pedodonti i Norge og Sverige er beskrevet i flere artikler. Det er ennå ikke gjort tilsvarende beskrivelser av henvisninger i Østlandsområdet.

Mål. Hensikten med denne studien var å kartlegge henvisningene til Avdeling for pedodonti, Universitetet i Oslo, for å se hvem som henviste, hvorfra og hvorfor.

Metode. Totalt ble 395 henvisninger fra årene 2012–2014 kartlagt med tanke på henviser, henvisningsårsak og andre relevante opplysninger. Resultatene ble sammenliknet med tilsvarende studier gjort i Norge og Sverige.

Resultater. De fleste henvisningene kom fra Oslo og Akershus med over 66 % av henvisningene. Det var hovedsakelig tannleger fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) som henviste, og hyppigste henvisningsårsak var diagnostisering av tannutviklingsforstyrrelser. Dernest kom diagnostisering og behandling av traumer.

Konklusjon. Terskelen for henvisning ble høyere med økende avstand til spesialistklinikken. Dette samsvarer med andre tilsvarende studier i Norge og Sverige.

I de nordiske land er det en samfunnsoppgave å tilby alle barn og unge et oppsøkende tannhelsetilbud. I tillegg til et velutbygget offentlig finansiert tannhelsetilbud finnes det

også henvisningsinstanser for de barne- og ungdomspasientene som har behov for mer spesialiserte tjenester. I Norge, Sverige og Island er pedodonti en egen spesialitet (1). Spesialisten i pedodonti skal kunne gi et odontologisk tilbud til barn og ungdom med komplekse orale tilstander som krever mer kompetanse enn det allmenntannlegen har. Behandlingspanoramaet ved spesialistklinikker i pedodonti i Norge og Sverige er beskrevet i flere artikler (2–4). Studien fra Sverige gjelder pedodontiklinikker i hele Sverige, og er en oppfølging av flere tidligere studier som har kartlagt behandlingspanoramaet ved disse kliniklene gjennom flere år. Sverige har i mange år hatt en tannhelselovgivning som sikrer at det finnes pedodontister i hvert län. Dette har resultert i at det finnes betydelig flere spesialister i Sverige sammenliknet med Norge. Svenskene har et velutbygd tilbud for spesialisert tannpleie for barn og unge på klinikker hvor også andre spesialiteter er representert slik at det er lagt til rette for tverrfaglig samarbeid. Klingberg et al. presenterte en sammenlikning av spørreundersøkelser som ble gjennomført ved fem ulike anledninger i Sverige i perioden 1983 til 2008 (4). Hensikten var å kartlegge hvilke tjenester pedodontister utførte. I denne studien ble det sendt ut spørreskjemaer til samtlige spesialister i hele landet for å kartlegge det daværende henvisningspanoramaet og sammenlikne med tidligere tilsvarende undersøkelser. Det viste seg å være en økning i antall henvisninger tross samme antall spesialister, samt flere årsaker til henvisning enn tidligere. De hyppigste årsakene til henvisning var behandlingsproblematikk av psykologisk art, allmennsykdom

Forfattere

- *Begge forfatterne bidro like mye til artikkelen
Trine Walberg Vingsnes, tannlege, Den offentlige tannhelsetjenesten, Oslo
Fredrikke Arenfeldt Omdal, tannlege, Den offentlige tannhelsetjenesten, Østfold
Ivar Espelid, professor, dr. odont., Universitetet i Oslo
Ingvild Johnsen Brusevold, tannlege, forsker, spesialistkandidat i pedodonti, Universitetet i Oslo

Hovedbudskap

- Flesteparten av henvisningene til Avdeling for pedodonti ved Universitetet i Oslo kom fra tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo og Akershus
- Tannutviklingsforstyrrelser var den vanligste henvisningsårsaken
- Jo lengre reisevei pasientene har til spesialist, desto færre henvisninger

og svært høy kariesaktivitet. I tillegg viste det seg at bruken av sedasjon har økt. De påviste med denne studien at henvisningsmengden og behandlingsbehovet i Sverige øker, og at det dermed er behov for flere spesialister i pedodonti i framtiden (4).

I Norge er det publisert en artikkel som omhandler Tannhelse-tjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) og en som gjelder Seksjon for pedodonti ved Universitetet i Bergen (2, 3). Edblad og Crossner beskrev behandlingspanoramaet for pedodontipasienter ved TkNN i løpet av en fem års periode, fra oktober 2006 til september 2011. Forfatterne ville undersøke behovet for spesialistbehandling av barn og unge basert på erfaringer fra de fem første årene hvor TkNN hadde et pedodontitilbud. De mest sentrale årsakene til henvisning til pedodontist var allmennsykdom, tannutviklingsforstyrrelser, erupsjonsforstyrrelser og behandlingsproblematikk av psykologisk art (3). Resultatene her viser at omtrent 1 % av alle barn og ungdommer i regionen årlig har behov for spesialisert tannpleie, noe som stemmer med svenske tall (4). Edblad og Crossner fant også at nærhet til pedodontist synes å være en medvirkende faktor for henvisning.

Hensikten med denne studien var å registrere mottatt henvisninger i perioden 2012 til 2014 ved Avdeling for pedodonti og aferdsfag ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo for å beskrive hva som henvises og hvem som henviser. Ett av målene med studien var å sammenligne funn fra Osloregionen, som har størst befolkningstetthet i landet, med funn fra Tromsø og Bergen.

Tabell 1. Henvisninger fordelt på fylker

Fylke	Antall	Prosent
Akershus	184	46,6 %
Oslo	78	19,7 %
Buskerud	42	10,6 %
Østfold	21	5,3 %
Telemark	20	5,1 %
Hedmark	18	4,6 %
Vestfold	11	2,7 %
Aust-Agder	8	2,0 %
Oppland	4	1,0 %
Møre og Romsdal	3	0,8 %
Sør-Trøndelag	2	0,5 %
Vest-Agder	2	0,5 %
Hordaland	1	0,3 %
Rogaland	1	0,3 %
Totalt	395	100,0 %

Materiale og metode
Alle skriftlige og elektroniske henvisninger er arkivert ved Avdeling for pedodonti og aferdsfag ved UiO. Grunnlaget for studien er 395 henvisninger som avdelingen mottok i løpet av årene 2012, 2013 og 2014. Inklusjonskriterium var henvisninger av barn og unge mellom 0–20 år. Alle data ble registrert anonymt for hver henvisning. Ti variabler ble registrert i Excel regneark for hver henvisning i tillegg til et løpende registreringsnummer. Følgende variabler ble registrert:
1. Henvisningsdato
2. Pasientens alder ved henvisningsdato

3. Pasientens kjønn
4. Henviser
5. Geografisk område henvist fra
6. Hovedårsak for henvisning
7. Allmennsykdom
8. Første behandlingsdato
9. Behandlingsomfang
10. Bruk av sedasjon

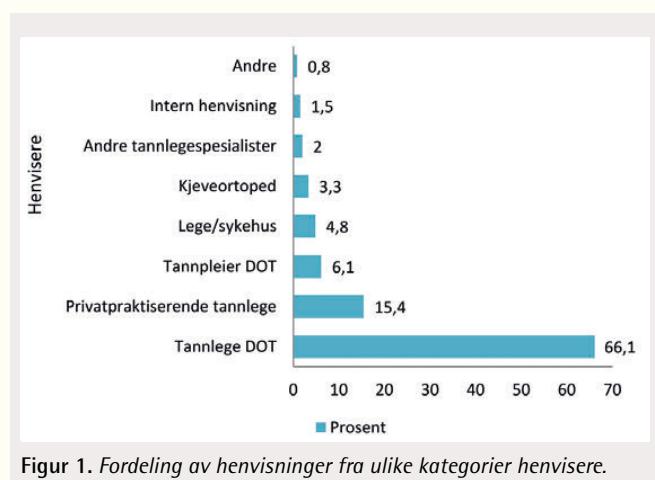
Opplysningene fra alle de 395 inkluderte henvisninger ble så overført fra Excel til SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0./ IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 23. Armonk, NY: IBM Corp.). Deskriptiv statistikk som frekvensfordeling, prosent og krysstabeller ble fremstilt. Opplysninger om første behandlingsdato, omfang og eventuell bruk av sedasjon ble hentet ut fra epikriser som ble sendt til henviser etter konsultasjon/behandling.

I denne prosessen ble det også beregnet tiden fra henvisningsdato til første tilbudte timeavtale. Datainnsamlingen var anonymisert ved at det ikke ble registrert navn eller fødselsnummer eller annet som kunne identifisere pasienten. Studien ble vurdert som ikke meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste fordi den ikke omfattes av lov om behandling av personopplysninger. Formålet med denne loven er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Undersøkelsen var også en kvalitetssikring av avdelingens rutiner knyttet til henvisninger.

Resultater

I perioden fra og med januar 2012 til og med desember 2014 mottok Avdeling for pedodonti og aferdsfag ved Universitetet i Oslo 395 henvisninger som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Tabell 1 viser geografisk fordeling av hvor henvisningene kom fra, og det fremgår at over 75 % kom fra de nærmeste fylkene; Oslo (19,7 %), Akershus (46,6 %) og Buskerud (10,6 %). Nabofylker som Østfold, Hedmark og Telemark representerte alle rundt 5 % hver av alle henvisningene. Deretter synker antall henvisninger med geografisk avstand til avdelingen.

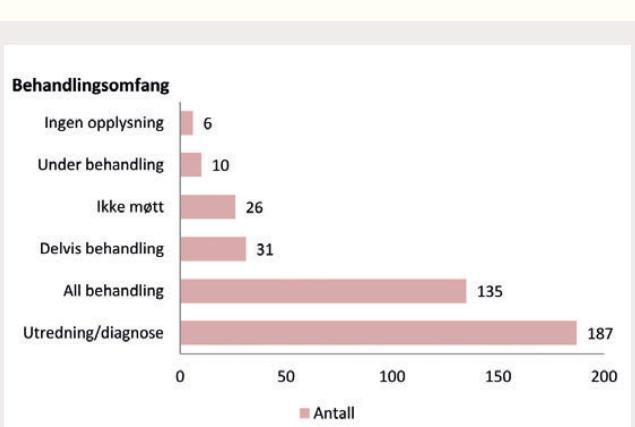
De fleste henvisningene kom fra tannleger i DOT med 66 %, deretter privatpraktiserende tannleger (15 %). Tannpleiere, kjeve-



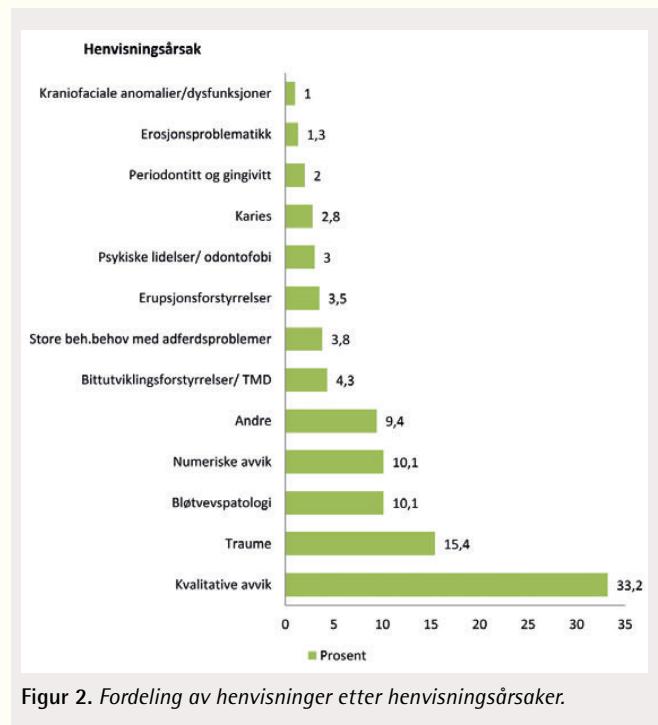
Figur 1. Fordeling av henvisninger fra ulike kategorier henviser.

ortopeder, andre tannlegespesialister samt leger/sykehus utgjorde en liten del av alle henvisere (figur 1). Over 40 % av henviserne ga ingen opplysninger om pasientens helsetilstand eller medikamentanamnese.

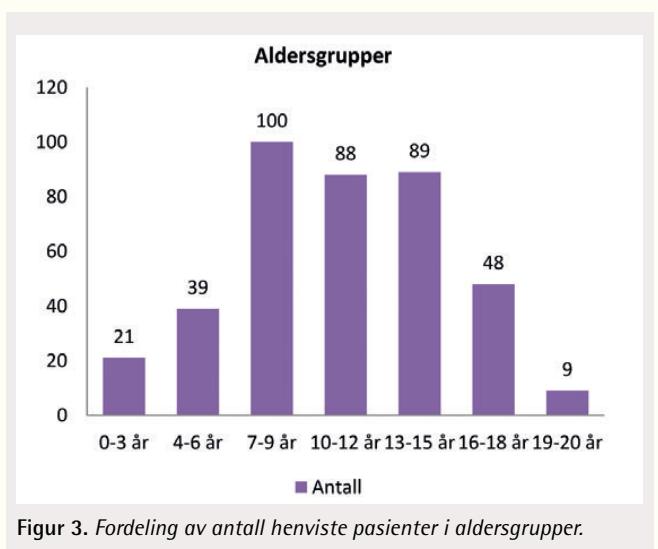
Figur 2 viser fordelingen av henvisningsårsaker. Tannutviklingsforstyrrelser av typen kvalitative avvik (mineralisering-forstyrrelser), dominerte med over 30 % av henvisningene. Traumekasus stod for omtrent 15 % av henvisningene. Kategoriene tannutviklingsforstyrrelser (numeriske avvik), bløtvevspotologi og «andre» var alle representert med ca. 10 % av henvisningene. En stor del av henvisningene i kategorien «andre» var aldersbestemmelser av flyktninger og innvandrere.



Figur 4. Behandlingsomfang som oppgitt i epikrisen.



Figur 2. Fordeling av henvisninger etter henvisningsårsaker.



Figur 3. Fordeling av antall henviste pasienter i aldersgrupper.

Fordelingen mellom kjønnene var jevn, men det var én henvisningsårsak som viste tydelig kjønnsforskjell. Dette gjaldt henvisninger i gruppen TMD (temporomandibulær dysfunksjon). Jenter utgjorde en større andel enn gutter (n=14 vs. n=3) ($p=0,025$). Av pasientene som ble henvist for traumer, var det en del flere gutter, men her var ikke forskjellen statistisk signifikant (n=35 vs. n=26) ($p=0,11$).

Figur 3 viser fordelingen av pasientenes alder på henvisnings-tidspunktet, denne er tilnærmet normalfordelt med en gjennomsnittsalder på 11 år. De fleste henvisningene gjaldt pasienter i alderen 7 til 15 år. Ifølge henvisningene hadde 10 % av alle henviste pasienter en form for allmennsykdom, men dette var ikke egen henvisningsårsak.

Figur 4 viser en oversikt over behandlingsomfanget som ble utført ved avdelingen og som er oppgitt i epikrisen. Om lag halvparten (47 %) av de henviste pasientene ble utredet og fikk diagnose, men mottok så ingen behandling ut over dette ved avdelingen. Om lag en tredjedel (34 %) fikk all behandling utført. En liten del (8 %) fikk noe behandling og ble så sendt tilbake til henviser, ofte med forslag til behandlingsplan. Av alle de henviste pasientene var det 7 % som aldri møtte til konsultasjon.

Av de 135 pasientene som fikk full behandling ved avdelingen var det til sammen 23,5 % (n=34) som ble behandlet under sedasjon. Av disse fikk 8,8 % (n=3) generell anestesi og 14,7 % (n=5) ble behandlet under våken sedasjon. Våken sedasjon inkluderte benzodiazepiner og lystgass, hvor det var noen flere som fikk benzodiazepiner enn lystgass. Av alle de 395 pasientene var det 10 som fortsatt var under behandling, hvorav to hadde blitt sedert minst én gang. I 59 av epikrisene ble det ikke opplyst om sedasjonsbruk.

Diskusjon

Det var hovedsakelig tannleger fra DOT som henviste til Avdeling for pedodonti og atferdsfag for spesialistkonsultasjon/behandling. Den største andelen var fra nærliggende fylker som Akershus og Oslo. Begge fylker hadde i denne perioden et eget, men begrenset spesialisttilbud i pedodonti, men sannsynligvis var det kapasitetsmangel og faglige grunner for at pasienter likevel ble henvist. De hyppigste henvisningsårsakene var tannutvi-

klingsforstyrrelser, særlig kvalitative avvik samt traumer. Hovedvekten av de henviste pasientene var mellom 7 og 15 år gamle, gjennomsnittsalderen lå på 11 år. De fleste, 187 pasienter, ble utredet og fikk stilt en diagnose, deretter var det 135 pasienter som fikk all nødvendig behandling ved avdelingen. Mindre enn 8 % fikk delvis behandling og skulle følges opp videre av henviser.

Resultatene viser at terskelen økte for å henvise med økende geografisk avstand til spesialisten. Dette skyldes ikke at det er lavere folketall i de andre fylkene lenger unna Oslo, da for eksempel Hedmark, Oppland og Buskerud til sammen har omtrent like mange barn som Oslo, men henviser langt færre (tabell 1) (5). Dette samsvarer med resultatene fra studiene gjort i Bergen og i Tromsø. Her var også de fleste henvisningene fra de nærmeste områdene og ble gradvis færre med økende avstand til spesialistklinikken (2, 3). Resultatene tyder dermed på at barn i Distrikts-Norge ikke får det samme spesialiserte tannhelsetilbuddet som barn i sentrale områder.

Utdeling og diagnostisering av mineraliseringsforstyrrelser (kvalitative avvik) var den hyppigste henvisningsårsaken til Avdeling for pedodonti. Dette harmonerer med funnene i Bergen og Tromsø. Denne henvisningsårsaken forekom langt sjeldnere i Sverige (4). Der har det i flere tiår vært god dekning av pedodontister i hvert län (6). Det fremholdes i den svenske artikkelen at spesialistene også har som oppgave å øke kompetansen blant allmenntannlegene. Muligens kan dette være forklaringen på at de ikke finner det nødvendig å henvise for utredning av tannutviklingsforstyrrelser. Tidligere var det i Norge en generell oppfatning av at det var krav til spesialkompetanse for å diagnostisere mineraliseringsforstyrrelser for stønadssberettigelse fra NAV/HELFO. Dette har aldri vært tilfelle, men mange allmenntannleger føler seg kanskje ikke sikre på sin kompetanse på dette området. Man kan også tenke seg at avdelingens spesialkompetanse innen tannutviklingsforstyrrelser kan bidra til den store andelen diagnostiseringforespørslar samtidig som det blant noen tannleger har vært tradisjon for å henvise i tilfeller hvor en er i tvil om diagnosen. Det var tidligere vanlig at lokale trygdekontor likevel, til tross for at det ikke var et krav fra NAV/HELFO, krevde spesialistvurdering av pasienter som søkte trygdestønad for tannutviklingsforstyrrelser.

Enda en interessant forskjell mellom Norge og Sverige var at det i Sverige var grav karies og gjerne i kombinasjon med atferdsproblemer som toppet henvisningsstatistikken. Kanskje har norske tannleger i DOT opparbeidet seg god kompetanse på dette området? Det hevdtes i artikkelen til Skeie et al. (2). Tannlegeutdanningen i Norge har sterkt fokus på forebygging, noe som kanskje kan være årsaken til denne forskjellen. Eventuelt kan det være så enkelt som at den gode tilgangen på spesialister i Sverige tillater tannlegene å henvise de noe enklere kasusene og kasus som muligens over tid har blitt ansett som spesialistarbeid, slik som høy kariesaktivitet i kombinasjon med atferdsproblemer.

Alders- og kjønnsfordeling så ut til å samsvare mellom de tre universitetsavdelingene. Det var jevn fordeling mellom henviste gutter og jenter, og aldersgruppene 7 til 14 var sterkest represen-

tert. I Tromsø var det i tillegg mange pasienter henvist i aldersgruppen 16–18, i motsetning til i Bergen og Oslo. Selv om det var jevn kjønnsfordeling på henvisningene, var det signifikant flere jenter i gruppen TMD. Dette samsvarer med andre undersøkelser som viser at flere kvinner enn menn er plaget med kjeveleddslidelser (7–9). Kjeveleddslidelser sto for ca 4 % av henvisningene i Oslo, noe lavere i Sverige og Tromsø, og var dermed ikke noen vanlig henvisningsårsak til pedodontist ved noen av fakultetene i Norge og Sverige (2–4).

Mer enn 60 % av alle henviserne til avdelingen var tannleger i DOT. Litt over 15 % var privatpraktiserende tannleger, deretter kom tannpleierne i DOT, som utgjorde omtrent 6 %. Dette samsvarer delvis med resultatene fra Tromsø, der DOT-tannlegene henviste omtrent 60 %, mens privatpraktiserende tannleger kun stod for 5 % av alle henvisningene. Dette kan skyldes at den totale andelen privatpraktiserende tannleger er lavere i Nord-Norge.

Av de 135 pasientene som fikk full behandling ved avdelingen var det til sammen 23,5 % (n=34) av pasientene som ble sedert. Over 8 % (n=13) ble behandlet under narkose. Nesten dobbelt så mange, 14,7 % (n=21) fikk våken sedasjon. Av den svenske studien finner man tilnærmet like resultater, her var det til sammen 22,3 % av alle behandlede pasienter som fikk en form for sedasjon (4).

Kun 7 % av pasientene møtte ikke til time. Statistikk fra 2000 viser at andelen personer som ikke møtte til avtalt time i DOT i Akershus var nær 20 % (10). Det er nærliggende å tro at årsaken til det lave tallet ved Avdeling for pedodonti er at en timeavtale ved en spesialistavdeling kan oppfattes som viktigere enn ordinære tannlegetimer. Foreldre som ønsker en utredning og diagnose for sitt barns tenner vil trolig passe godt på å møte til time. Det faktum at det er ventetid for å få time (varierte fra 0 til 10 måneder) vil muligens også kunne bidra til å senke ikke-møttprosenten. Dette fordi foresatte som oftest må ta seg fri fra jobb og planlegge fram i tid for å ha mulighet til å følge barnet. Barn blir derfor en sårbar pasientgruppe i denne sammenhengen, da de er avhengige av foresatte for å møte til time. Selv om andelen som ikke møtte til time var lavere enn hos tannhelsetjenesten, skal det bemerknes at 7 % fortsatt er et høyt tall, og utgjør et ikke ubetydelig tidstap for avdelingen.

Pedodonti – historiske betraktninger

Norge var tidlig et foregangsland innen barnetannpleien, allerede i 1917 var Norge det første landet i verden som innførte allmenn skoletannpleie i kommunal regi. Det var allikevel ikke før i 1949 at en offentlig tannhelselov ble innført, noe som blant annet førte til gratis årskontroll for alle barn mellom 6 og 18 år. Også på undervisningsfronten var Norge et forbilde. Oslo var først i Skandinavia til å innføre pedodonti som undervisningsemne på universitetet, dette skjedde allerede i 1924. Foregangsmannen for dette var professor Guttorm Toverud (1896–1969), som også bidro til å opprette en egen avdeling for pedodonti og kariesforebygging ved Tannlegehøgskolen i 1931. Selv om pedodonti ble godkjent som en odontologisk spesialitet i Sverige alle-

rede i 1963, måtte det gå hele 16 år før Norge gjorde det samme, altså først i 1979 (11).

Pedodonti som odontologisk spesialitet

Pedodonti som klinisk odontologisk spesialitet skal gi tannpleie til barn og unge med spesielle behandlingsbehov. I Norge er det samfunnets ansvar å tilby tilstrekkelig helsehjelp til alle, dermed skal også spesialisert barnetannpleie være en prioritet. FN's konvensjon om barnets rettigheter ble enstemmig vedtatt av alle landene i FN den 20. november 1989, og i Norge trådte den i kraft den 2. september 1990. Barnekonvensjonen består av 54 artikler som til sammen beskriver alle rettigheter som barn i en stat skal ha.

Hensikten med konvensjonen er å sikre og beskytte alle barn under 18 år, der det er staten som har ansvaret for barna i landet. Barnekonvensjonen sier at alle barn er like mye verdt og har de samme rettighetene; at alle barn har rett til beskyttelse, skolegang, lek, fritid og hvile; og at alle barn har rett til best mulig helsehjelp (12).

Artikkelen 24 i Barnekonvensjonen omhandler barns rettigheter til helse, og i punkt 1 konstateres følgende: «Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike helsetjenester».

Det er altså her pedodonti kommer inn som en opplagt del av barns helsetilbud i Norge. En god, spesialisert barnetannpleie forutsetter et nært samarbeid med kommunal helsetjeneste og øvrige odontologiske spesialiteter. Det er derfor også et ansvar for DOT å tilby spesialisttjenester for barn og ungdom som har spesielle behandlingsbehov (13). Widström et al diskuterte i 2009 dekningen av tannlegespesialister i fylkene i Norge. Her kom det fram at i 2007 hadde bare syv fylker pedodontist, og at hele fjorden av fylkestannlegene mente det var DOTs ansvar å sørge for nødvendige tannhelsetjenester til prioriterte grupper – herunder også spesialisttjenester (14). Konklusjonen her var at de regionale forskjellene i det spesialiserte tannhelsetilbuddet er store, og at behovet for flere spesialister i de sju tannlegespesialitetene trolig vil øke i fremtiden.

I de senere år har vi måttet se mot Sverige, som allerede i 2003 hadde over 170 spesialister innenfor pedodontien (6). Statens Helsetilsyn fastslo i 1999 i sin Spesialistutredning at «det er åpenbart et behov for spisskompetanse og fordypning innen pedodontiske emner» (15). Denne satsningen ble også nevnt i Stortingsmelding nr.35 fra 2006–2007, her i form av blant annet satsning på regionale kompetansesentra (16). I 2007 var det bare syv av nitten fylker som hadde pedodontisk spesialkompetanse. Det økende behovet for spesialister innenfor pedodontien har i senere tid ført til nylig opprettede kompetansesentre. Nå har også alle de tre norske utdanningsinstitusjonene videreutdanning i pedodonti. Det rår ingen tvil om at pedodontisten i fremtiden vil stå i sentrum for planlegging og delegering av et langsiglig og helhetlig behandlingsregime av komplekse pasientkasus, særlig ved behov for tverrfaglig samarbeid (6).

Avdeling for pedodontis virksomhet

Avdeling for pedodonti ved Det odontologiske fakultet på Universitetet i Oslo driver klinisk virksomhet for skolekretser, allerede innskrevne pasienter, veiledning og rådgivning til allmenn-tannlegetjenesten, diagnostisering og utredning, studentundersøkning på barneklinikken, etter- og videreutdanning/spesialisering samt forskning. Spesialistkandidatene i pedodonti ved Det odontologiske fakultet har i hovedsak behandlet pasienter som har vært henvist for spesifikke problemstillinger. I 2010 ble omrent 100 pasienter behandlet av spesialistkandidater på avdelingen, men dette tallet har trolig økt siden DOT nå kan henvise uten å måtte dekke kostnadene.

Henvisning

Henvisningene inkludert i denne studien var stort sett av standard type fra journalprogrammer som OPUS eller liknende, dermed var alle kontaktopplysninger med. En stor del av henvisningene til avdelingen omhandlet diagnostisering av dentale utviklingsforstyrrelser. De fleste henviserne hadde selv foreslått en tentativ diagnose. Funn og prøvesvar var ofte ikke nevnt, og vedlagte røntgenbilder var nesten utelukkende trykket på papir – ikke fotopapir. Disse var sjeldent av diagnostisk verdi, med mindre hensikten var å vise til en overallig tann eller liknende. Det er nærliggende å tro at det medfører for mye ekstraarbeid å overføre bilder digitalt. Dette bør allikevel tilstrebtes. Da suboptimale røntgenbilder på papir ofte er det eneste spesialisten får fra henviser, må det tas nye røntgenbilder når pasientene kommer til avdelingen. Dette medfører en økt stråledose som kunne være unngått hvis bildene fra henviser var av god nok kvalitet. Elektroniske henvisninger og tilgang til henviste pasienters elektroniske journal vil bedre kvaliteten i informasjonsutvekslingen. Våre resultater viser at over 40 % av henvisningene var uten helseopplysninger. Dette er uheldig. Også hvis pasienten er frisk og ikke bruker medisiner er det veldig greit for spesialisten å vite nettopp dette.

Wigen et al har oppsummert noen viktige momenter som de mener må være med i en god henvisning (17). De hevder det er vesentlig at en henvisning skal inneholde informasjon om allmenntilstand og legemiddelregime, i tillegg til standardopplysninger som kontaktinformasjon og henvisningsårsak.

Konklusjon

Denne studien viste at 395 barn ble henvist til Avdeling for pedodonti ved Universitetet i Oslo i tidsrommet januar 2012 til desember 2014. Hovedvekten av henvisningene kom fra Oslo og Akershus, og det var hovedsakelig tannleger fra DOT som henviste. Diagnostisering av tannutviklingsforstyrrelser var den hyppigste henvisningsårsaken. Terskelen for henvisning til spesialist i pedodonti økte med avstanden til avdelingen. Dette er i tråd med erfaringene i Tromsø og Bergen.

English summary

Vingsnes TW, Omdal FA, Espelid I, Brusevold IJ.

Increased travel distance reduces the probability of referral to pediatric dentistry specialist

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 868–73

The aim of this article was to examine the referrals to the Department of Pediatric Dentistry and Behavioral Science, Institute of Clinical Dentistry at the University of Oslo to chart who was referring and the reason for referring. The results of the survey were compared to similar studies from Norway and Sweden. In total, 395 patients were referred between January 1st 2012 and December 31st 2014. More than 66 % of the referrals came from the counties Oslo and Akershus. Dentists from the Public Dental Health Service referred most of the patients, and the most frequent cause of referral was dental developmental defects. The results showed that the longer the distance to the specialist clinic, the less likely the patient was to be referred.

Referanser

- Eaton K, Widström E. Factors guiding the number of dental specialists in the European Union and Economic Area. Nor Tannlegeforen Tid. 2006; 116 (11): 718–21.
- Skeie MS, Johannessen J. Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 254–8.
- Edblad E, Crossner CG. Pedodonti som klinisk specialitet vid Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2012; 122 (5): 354–9.
- Klingberg G, Andersson-Wenckert I, Grindefjord M, Lundin SA, Ridell K, Tsilingaridis G, et al. Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective. Int J Paediatr Dent. 2010; 20 (5): 313–21.
- Statistics Norway. Demografisk bilde av norske barn: <https://www.ssb.no/a/barnogunge/2016/bef/>; 2016 [lest 11/10–16]
- Espelid I. Spesialistens plass i fremtidens barnetannpleie. Nor Tannlegeforen Tid. 2003; 113: 552–4.
- Ferreira CL, Silva MA, Felicio CM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in women and men. CoDAS. 2016; 28 (1): 17–21.
- Fernandes G, Franco-Micheloni AL, Siqueira JT, Goncalves DA, Camparis CM. Parafunctional habits are associated cumulatively to painful temporomandibular disorders in adolescents. Brazilian oral research. 2016; 30.
- Meijersjo C, Ovesson D, Mossberg B. Oral parafunctions, piercing and signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school students. Acta Odontol Scand. 2016; 74 (4): 279–84.
- Wang N, Schiøth J. Ikke mott til avtalt time – et problem? Nor Tannlegeforen Tid. 2000; 110: 874–7.
- Magnusson BO, Koch G, Poulsen S. The Development of children's dentistry. Pedodontics – A systematic approach: Munksgaard; 1981.
- De Forente Nasjoner. FNs Barnekonvensjon. Artikkel 24. 1989: 19–20. 1989.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Tannhelsetjenesteloven. Lov av 3. juni 1983 nr.54 om tannhelsetjenesten, sist endret 01.01.2015.
- Widstrom E, Nordengen R, Olsen T. Få tannlegespesialister i distrikte. Tidsskr Nor Laegeforen. 2010; 130 (6): 595.
- Statens helsetilsyn. Utredningsserie 5–99. IK-2701. Utdanning av spesialister og opprettelse av regionale odontologiske kompetansesentre. 1999.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 35. 2006–2007. 2006.
- Wigen EC, Skjelbred P, Skoglund LA. Den gode henvisning. Nor Tannlegeforen Tid. 2010; 120: 676–9.

Adresse: Ingvild Johnsen Brusevold, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, PB 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post:
i.j.brusevold@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Vingsnes TW, Omdal FA, Espelid I, Brusevold IJ. Lang reisevei reduserer sannsynligheten for henvisning til spesialistbehandling i pedodonti. Henvisninger til Universitetet i Oslo 2012–2014. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 868–73



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



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden



Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetikk

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
Helge Risheim
spesialist i oral kirurgi,
maxillofacial kirurgi,
og plastikkirurgi

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
Spesialist i protetikk



VISSTE DU AT DU IKKE TRENGER Å BRUKE SALT FOR Å FÅ MER SMAK 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

 Helsedirektoratet

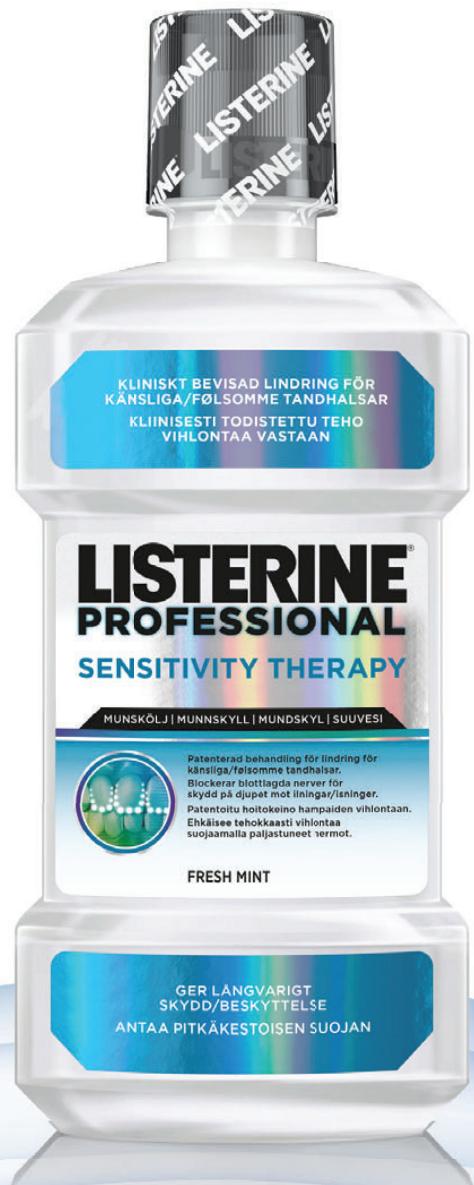
BLOKKERER 92 % AV DENTINKANALENE ETTER BARE 6 SKYLLINGER in vitro^{*1}

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

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

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

Profesjonell munngleie hjemme



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

1) Sharma D et al, 'A novel potassium oxalate-containing tooth desensitizing mouthrinse: A comparative in vitro study' Journal of Dentistry Vol 41 S4 2013 Pg S18-S27 2. Ved bruk 2 ganger daglig. 3. Relief of hypersensitivity DOF 4 - 2012, Combination Tubule Occlusion, DOF 2 - 2012. *Basert på % hydraulisk konduktansreduksjon. NO/LI/13-0070a(1)

Camilla Kofod, Sascha Eriksen og Lene Heise Garvey

Anafylaktisk shock udløst af klorhexidinskylning hos tandlæge

Baggrund – Livstruende allergiske reaktioner forekommer sjældent i tandlægepraksis. Diagnosen er vanskelig at stille, men det er vigtigt at erkende og behandle anafylaktiske reaktioner hurtigt. Symptomer fra luftveje og kredsløb samt til tider fra mave-tarm-kanalen ledsages i de fleste tilfælde af hudsymptomer såsom kløe, udslæt eller hævelser. Behandlingen er intramuskulær adrenalin 0,3 mg evt. gentaget. Efterfølgende allergiudredning er nødvendig for at identificere den udløsende årsag.

Patienttilfælde – Her beskrives en ung kvinde, som får anafylaktisk shock efter skylning med klorhexidin ved eftersyn og tandrensning hos tandlægen. Kort efter skylning får hun opkastning og diarré, bliver svimmel og besvimer og får udslæt. Hun responderer på intramuskulær adrenalin og køres på hospital. Efterfølgende allergiudredning bekräfter allergi overfor klorhexidin.

Konklusion – Patienttilfældet illustrerer behovet for at erkende anafylaktiske reaktioner samt vigtigheden af hurtig og korrekt behandling af disse livstruende situationer. Desuden gøres opmærksom på allergi overfor klorhexidin, som er en sjælden allergi, der ikke må overses.

Livstruende allergiske straksreaktioner (anafylaksi) forekommer sjældent i relation til tandlægebosøg. Hypophysigheden er i ét studie anslået til 0,013 pr. år pr. tandlæge, dvs. at der går omkring 75 år imellem, at en given tandlæge ser en anafylaktisk reaktion (1). Anafylaksi kan være vanskelig at erkende, men det er vigtigt, at diagnosen stilles, og at korrekt behandling initieres så hurtigt som muligt. Symptomer som utilpashed, svimmelhed, hjertebanken, tryk-

Forfattere

Camilla Kofod, tandlæge, Centertandlægerne Rødovre
Sascha Eriksen, tandlæge, Centertandlægerne Rødovre
Lene Heise Garvey, overlæge, ph.d., Klinik for allergi, Hud- og allergiafdelingen, Herlev og Gentofte Hospital

Artikkelen ble først trykket i Tandlægebladet nr. 6, 2017.
Tandlægebladet. 2017; 121; 336–9.

ken for brystet og påvirket vejtrækning ses relativt ofte i relation til smerter, angst eller bivirkninger til lokalbedøvelse. De kan være svære at skelne fra anafylaksi, som dog oftest ledsages af hudsymptomer som udslæt og kløe. Anafylaksi i relation til tandlægebosøg kan udløses af forskellige eksponeringer, fx latex, klorhexidin, lokalbedøvelse og antibiotika. Allergi overfor lokalbedøvelse er uhyre sjælden, og hyppigheden af reaktioner på latex er aftagende. Klorhexidin bliver ofte beskrevet som et skjult eller overset allergen, og der er beskrevet et stigende antal reaktioner på klorhexidin igennem de sidste år, især i forbindelse med operation og bedøvelse (2).

Her beskrives et patienttilfælde, hvor en patient får anafylaktisk shock efter klorhexidinskylning ved afslutning af et tandeftersyn. I diskussionen er der fokus på diagnosticering og korrekt behandling af anafylaksi i tandlægepraksis samt på klorhexidin som et sjældent allergen, der ikke må overses.

Patienttilfælde

Kliniske oplysninger

En 19-årig kvinde kommer til årligt tandeftersyn. Hun er sund og rask uden kendte allergier. Hun har god mundhygiejne og

Klinisk relevans

- Allergiske reaktioner forekommer i tandlægepraksis, men er sjældent alvorlige og livstruende. Når livstruende anafylaksi forekommer, er det imidlertid ofte dramatiske forløb med hurtig symptomudvikling. Det er derfor vigtigt, at tandlæger kan genkende relevante symptomer på anafylaksi og har en plan for behandling, som omfatter intramuskulær adrenalin 0,3 mg evt. i form af en adrenalinpen. Efterfølgende allergiudredning på specialstafdeling er nødvendig for at påvise årsagen til reaktionen. Klorhexidin overses ofte som årsag, og hyppigheden af allergiske reaktioner overfor klorhexidin er stigende. Da klorhexidin bruges meget udbredt i sundhedssektoren, inklusive i tandlægepraksis, er der stor risiko for accidentiel eksponering..

Anafylaktisk reaktion?

Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

Diagnose:

- Akut debut af symptomer (min til få timer)
- Livstruende A, B eller C-problemer
- Ofte ledsaget af hudsymptomer

Symptomer:

- **Luftvejs- og/eller vejtrækningsproblemer** (synkebesvær, hæshed, stridor, dyspnoe, bronkospasme, cyanose, respirationsstop)
- **Blodtryksfald** (takykardi, synkope, konfusion, inkontinens, kollaps)
- **Hud og/eller slimhinder** (generaliseret kløe, flushing, urticaria, angioødem)

KALD HJÆLP og bliv ved patienten

Adrenalin i.m.



Primærbehandling: adrenalin autoinjektor

- Børn < 25 kg 0,15 mg i.m.
- Voksne og børn ≥ 25 kg 0,3 mg i.m.

Kan gentages efter 5-10 minutter ved utilstrækkelig effekt

- Fjern eventuel udløsende årsag
- Læg patienten ned med eleverede ben, evt. løftet overkrop ved besværet respiration
- Etabler frie luftveje
- Ring 112

Modificeret fra tværrégional (RegionH og Region Sjælland) vejledning "Erkendelse og behandling af anafylaksi hos voksne og børn" 2017

Figur 1. Algoritme til erkendelse og behandling af anafylaksi modificeret fra tværrégional vejledning (Region H og Region Sjælland) «Erkendelse og behandling af anafylaksi hos voksne og børn» 2017.

velholdt tandsæt, men beskriver gener fra underkæbrens venstre side. Klinisk ses semiretineret -8, plakbelagt, med randrødme, hævelse og blødning fra gingiva. Diagnosen pericoronitis acuta stilles, og hun instrueres i renhold med solotandbørste og opfordres til skylling med klorhexidin. Der foretages tandrensning inkl. regio -8 for at fjerne belægninger, og der ses blødning fra området. Ved behandlingens afslutning skyldes under gingivalappen med ca. 0,2 ml 0,05% klorhexidin med stump sprøjte.

Patienten skyller med vand ved vasken. Efterfølgende, i forbindelse med udredning, har patienten oplyst, at hun fik sunket en smule klorhexidin, og at det straks medførte brænden i spiseørret og stikken i huden over hele kroppen. Da hun rejser sig fra stolen, bliver hun utilpas med kvalme, voldsomme mavesmerter og afføringstrang. Undervejs til toilettet bliver hun svag og siger, at det sortner for hendes øjne. Hun lægges på gulvet med eleverede ben, og en tandlægekollega tilkaldes. Man mistænker et vasovagalt anfall. Hun har dog voldsom afføringstrang og må hjælpes på toilettet. Her ses udslæt på hendes lår, og allergisk reaktion mistænkes. Der tilkaldes ambulance. Mens hun sidder på toilettet, besvimer hun og bliver straks lagt ned på gulvet i sideleje pga. risiko for at inhalere opkast. Hun er bleg, har haft vold-

som opkastning og diarré og er kun kontaktbar ved voldsomme klap på kinden. Der er frie luftveje og ingen hævelser af mund og svælg. Der rykkes for ambulansen. Hun bliver tiltagende bevidsthedspåvirket og bliver til sidst ukontaktbar, hvorefter der administreres intramuskulær adrenalin 1 mg dybt i låret. Adrenalinen har øjeblikkelig effekt, hun kommer til bevidsthed og svarer relevant på spørgsmål, men er fortsat svært utilpas. Hun forbliver ved bevidsthed, indtil ambulancen ankommer ca. 25 minutter efter første opringning. Hendes blodtryk måles af ambulancepersonale til 70/30 ca. 15 minutter efter indgift af adrenalin. Blodtrykket normaliseres efter væskebehandling i ambulancen.

Da reaktionen kom i umiddelbar tilknytning til administration af klorhexidinskyllevæske, mistænkes denne som årsag. Samme skyllevæske havde været brugt til andre patienter uden problemer.

Videre forløb

Patienten blev indlagt til observation, men frembød ikke yderligere symptomer, fratænkt at hun var træt og rystet. Patienten og hendes mor blev informeret om mistanken til klorhexidin som årsag til reaktionen, og at udredning burde iværksættes via egen læge. Patienten besøgte tandlægeklinikken et par dage senere og snakkede hændelsen igennem til gavn for tandplejepersonale og patienten selv.

Opfølgning

Patienten blev henvist til udredning på Klinik for allergi, Hud og allergiafdelingen, Gentofte Hospital. Her blev allergi overfor klorhexidin bekræftet på prikttest og i en blodprøve med fund af antistoffer af IgE-typen mod klorhexidin. Hun fik udleveret CAVE-kort og blev informeret om vigtigheden af at undgå al kontakt med klorhexidin samt om den omfattende brug af klorhexidin i sundhedssektoren og i hjemmet.

Som 10-årig havde patienten fået voldsomme hævelser af ørerne efter desinfektion med klorhexidin i forbindelse med, at hun fik huller i ørerne. Hun havde selv troet, der var tale om nikkelallergi. Hun havde ikke været eksponeret for klorhexidin i mange år, men havde netop fire uger før reaktionen købt klorhexidinsæbe til vask af huden på benene pga. follikulit. Hun for-

talte, at benene kløede, men der var ingen sikker lokal reaktion i huden efter vask.

Nogle måneder efter den voldsomme reaktion fik patienten smerter svarende til samme visdomstand og fik konsultation hos akuttandlæge. Hun informerede grundigt om sin allergi og fremviste CAVE-kort flere gange. Før behandling gik i gang, kom tandlægen med en sprøjte, som patienten genkendte fra tidligere. Patienten spurgte, om sprøjten indeholdt klorhexidin, hvilket tandlægen bekræftede, og der blev herefter skyllet med et alternativ. Behandlingen forløb uden allergisk reaktion.

Klorhexidinallergi

- Klorhexidin er et særdeles effektivt desinfektionsmiddel
- Bruges udbredt i sundhedssektoren til desinfektion af hud og slimhinder
- Straksallergi overfor klorhexidin er uhyre sjælden
- Symptomer varierer fra lokale hudsymptomer til systemiske livstruende shockreaktioner
- Patienter har ofte haft mild reaktion ved tidligere eksponering
- Patienter med kendt allergi overfor klorhexidin har høj risiko for accidentiel re-eksponering i sundhedssektoren

Diskussion

Dette patienttilfælde illustrerer først og fremmest vigtigheden af at kunne erkende og behandle anafylaksi. Patienten har initialt symptomer, som kunne være et vasovagalt anfall, men symptomerne forværres og ledsages af symptomer fra andre organsystemer inklusive hudsymptomer. Anafylaksi defineres som livstruende symptomer fra luftveje (Airway-truende tillukning i hals eller Breathing – svær astma) og/eller kredsløb (Cirkulation – nærbesvimelse og symptomer på lavt blodtryk) oftest ledsaget af hudsymptomer (Fig. 1). I få tilfælde er der også påvirkning af tarmsystemet, som i dette tilfælde med mavesmerter, opkastning og diarré. Da patienten ikke retter sig hurtigt som forventet ved et vasovagalt anfall, mistænkes anafylaksi, og denne diagnose understøttes af udslæt på benene og fortsat kredsløbspåvirkning med besvimelse. Der kaldes 112, og man planlægger at give adrenalin. Dette forsinkes ca. 5 minutter, da det kræver to personer at lægge hende på gulvet, og ligeledes distraheres man grundet opkast og diarré. I de efterfølgende ca. 5 minutter det tager for tandlægen at finde og optrække adrenalin, når patienten at blive ukontaktbar. Hun responderer dog øjeblikkeligt på intramuskulær adrenalin i alt 1 mg og vågner op.

Retningslinjer for behandling af anafylaksi anbefaler 0,3 mg adrenalin intramuskulært, så snart diagnosen mistænkes, som kan gentages ved manglende virkning (Fig. 1). Da anafylaksi er en sjælden tilstand, kan der opstå tvivl om den rette dosering. Ved brug af forfyldt adrenalinautoinjektor indeholdende 0,3 mg til voksne og 0,15 mg til børn undgås tvivl om dosis eller unødig tidsforbrug på optræk af medicin. Overdosering kan have alvorlige bivirkninger pga. adrenalins potente effekt på kredsløbet, især hos ældre og hjertesyge patienter. I det beskrevne patienttilfælde blev der givet 1 mg adrenalin, og der tilkom ikke væsent-

lige bivirkninger, da patienten var en ung rask kvinde med svært kompromitteret kredsløb. Adrenalinbehandling blev imidlertid forsinket af flere årsager, og ved behandling tidligere i forløbet ville den rekommenderede dosis på 0,3 mg i.m. sandsynligvis have været tilstrækkelig.

Da reaktionen skete umiddelbart efter subgingival administration af klorhexidin, blev dette mistænkt som udløsende årsag, hvilket blev bekræftet ved efterfølgende allergiudredning. Allergi overfor klorhexidin er sjælden, men hyppigheden er stigende, sandsynligvis pga. øget brug af klorhexidin i sundhedssektoren. Reaktioner varierer i sværhedsgrad fra udslæt til anafylaktisk shock og i sjældne tilfælde dødsfald. To patienter er døde af reaktioner på klorhexidin i England efter skyldning af «dry socket» (2,3). I en oversigtsartikel fra 2008 er det oplyst, at der på daværende tidspunkt ikke var rapporteret om dødsfald i relation til tandlægebehandling i Danmark i en længere årrække (4). Anafylaksi er meget sjælden, og reaktioner på klorhexidin er uhyre sjældne, hvilket betyder, at man nemt kan overse klorhexidin som muligt allergen. Patienter med klorhexidinallergi har ikke sjældent haft en mild reaktion ved tidligere eksponering, som de ofte ikke selv har erkendt. Hos denne patient havde der været én reaktion i forbindelse med desinfektion af huller i ørerne mange år i forvejen. Der er ingen tvivl om, at klorhexidin er et særdeles effektivt desinfektionsmiddel med en favorabel bivirkningsprofil (5), men det er vigtigt at identificere de få patienter, som har allergi. Direkte udspørgen om symptomer såsom rødme, klø og hævelse efter eksponering for klorhexidin (eller latex og antibiotika) giver ofte mere detaljerede oplysninger, end man får ved at spørge patienterne mere overordnet «om de har nogle allergier».

Endelig er det ekstremt vigtigt at sikre, at de få patienter, som er diagnosticeret med klorhexidinallergi, ikke bliver re-eksponeret ved kontakt med sundhedssektoren. En undersøgelse af patienter med tidligere perioperative reaktioner udløst af klorhexidin har vist, at 1/3 bliver accidentelt re-eksponeret, nogle gange med alvorlige reaktioner til følge (6). I dette tilfælde var det patientens egen ørvågenhed, som kun få måneder efter den beskrevne reaktion afværgede en potentielt livstruende re-eksponering ved besøg hos akuttandlæge trods forevisning af CAVE-kort til relevant klinikpersonale.

English summary

Kofod C, Eriksen S, Garvey LH.

Anaphylactic shock provoked by rinsing with chlorhexidine in the dental surgery

Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 876–9

Background – Life-threatening allergic reactions (anaphylaxis) in relation to dental treatment are rare. The diagnosis may be difficult to make, but it is important to identify and treat anaphylaxis promptly. Symptoms from airways and/or circulation, and occasionally from the gut, are usually accompanied by skin symptoms e.g. itch, rash or swelling. The treatment is intramuscular adrenalin 0,3 mg, repeated if needed. Allergy investigations should be carried out to identify the culprit.

Case study – This case describes a young woman who developed anaphylaxis after rinsing with chlorhexidine following a routine dental check. Shortly after rinsing, she developed vomiting, diarrhoea, dizziness and fainting associated with a rash. She responded well to intramuscular adrenalin and is brought to the hospital. Allergy investigations confirm allergy to chlorhexidine.

Conclusion – This case illustrates the need for recognizing anaphylaxis promptly and the importance of rapid and correct treatment of these life-threatening reactions. It also draws attention to chlorhexidine allergy; a rare allergy, which must not be overlooked.

Referanser

1. Wilson MH, McArdle NS, Fitzpatrick JJ et al. Medical emergencies in dental practice. *J Ir Dent Assoc* 2009; 55: 134–43.
2. Pemberton MN, Gibson J. Chlorhexidine and hypersensitivity reactions in dentistry. *BritDent J* 2012; 213: 547–50.
3. Pemberton MN. Allergy to chlorhexidine. *Dent Update* 2016; 43: 272–4.
4. Sewerin I. Dødsfald med relation til behandling i tandlægepraksis. *Tandlægebladet* 2008; 112: 708–19.
5. Petersen JK. Er præoperativ skyldning af mundhulen med chlorhexidin en god idé? *Tandlægebladet* 1998; 102: 1018–21.
6. Opstrup MS, Poulsen LK, Malling HJ et al. Dynamics of plasma levels specific IgE in chlorhexidine allergic patients with and without accidental re-exposure. *Clin Exp Allergy* 2016; 46: 1090–8.

Supplerende litteratur

Link til tværregional vejledning (Region H og Region Sjælland) «Erkendelse og behandling af anafylaksi hos voksne og børn» (Set april 2017). Tilgængelig fra: URL: <http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X98F8B1D35E653B4BC12580FA002E139F&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g&level=1501>

Adresse: Camilla Kofod, Rørskærsvej 19, 2820 Gentofte, Danmark.
Email adresse: cammy_ifh@hotmail.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Kofod C, Eriksen S, Garvey LH. Anafylaktisk shock udløst af klorhexidinskyldning hos tandlæge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2017; 127: 876–9.

VIRTUOSO BY
ZIRKONZAHN



PRETTAU® ANTERIOR®-KRONER PÅ KUNSTSTOFFSTRUKTUR OG TECNO MED MINERAL BARR

TT Marco Heidel,
Zirkonzahn Education Center Brunico, Italia



FOREDRAG:

SMART WORKFLOW SOLUTIONS FOR
AESTHETIC CHALLENGES!
28.11.2017 OSLO
REGISTRER DEG NÅ

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



Vi kaller dette en spade

Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.



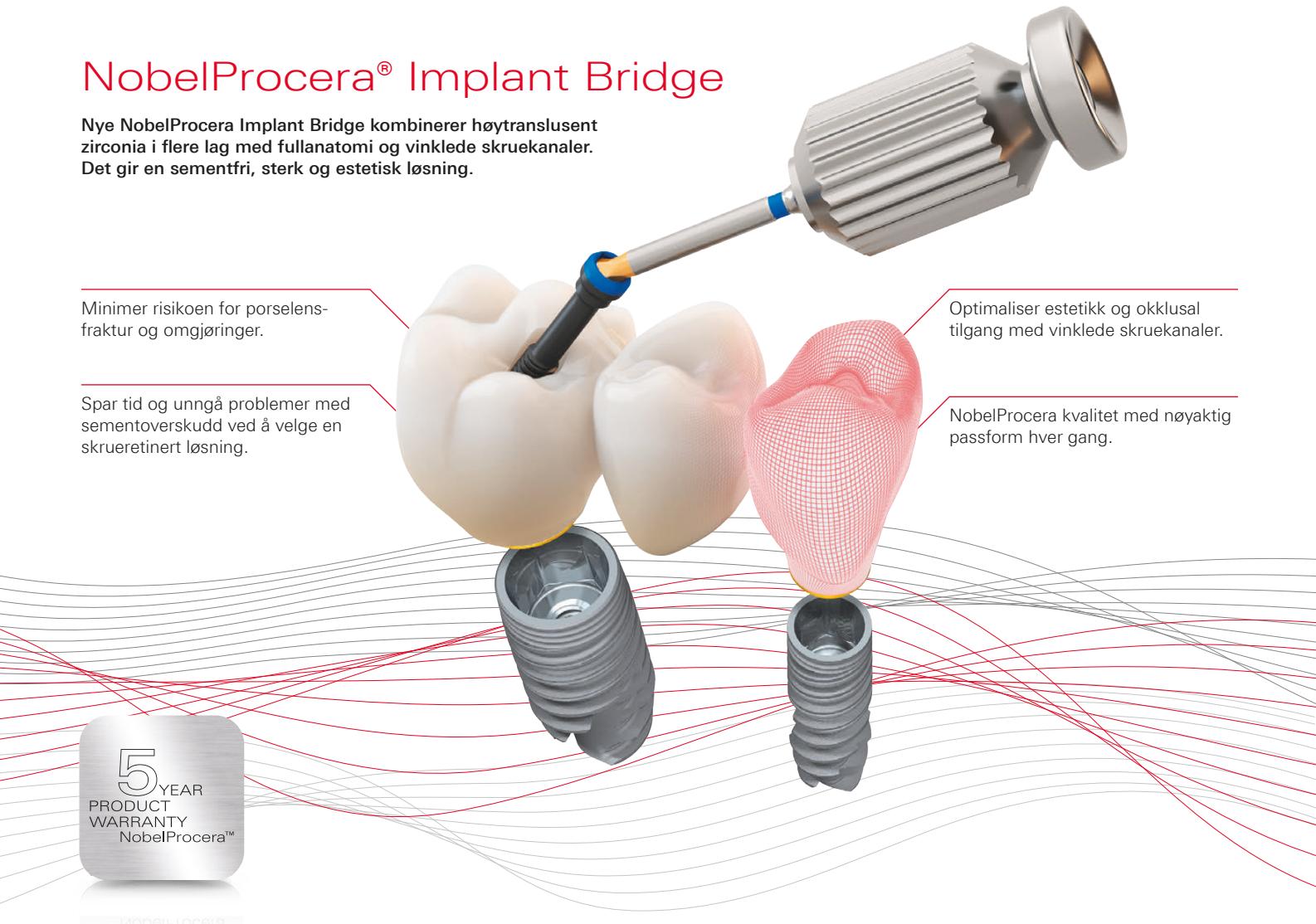
Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig

Originalen nå enda bedre



NobelProcera® Implant Bridge

Nye NobelProcera Implant Bridge kombinerer høytranslusent zirconia i flere lag med fullanatom og vinklede skruekanaler. Det gir en sementfri, sterkt og estetisk løsning.



Les mer på: nobelbiocare.com/fcz

GMT 52732 © Nobel Biocare Norge AS 2017. All rights reserved. Nobel Biocare, the Nobel Biocare logotype and all other trademarks are, if nothing else is stated or is evident from the context in a certain case, trademarks of Nobel Biocare. Please refer to nobelbiocare.com/trademarks for more information. Product images are not necessarily to scale.



Kompositmateriale – utlekking av monomer og cytotoxisitet

NIOM har på oppdrag fra Helsedirektoratet undersøkt fire kompositmateriale: ett Own Brand Label (OBL)-materiale, to bulk-fill materiale og et mye benyttet universalmateriale. Det ble funnet ubetydelige forskjeller i utlekket monomer mellom produktene. I en cytotoxisitets-screening med ekstrakter fra produktene var det noe forskjell mellom materialene. Ytterligere molekylærbiologiske undersøkelser viste imidlertid ingen indikasjon på celleskade. Basert på disse undersøkelsene kan ingen av produktene bedømmes som mindre sikre enn de andre.

Det har i den senere tid blitt stilt spørsmål om dentale kompositer er trygge å bruke, spesielt de såkalte OBL-materialene. Det finnes begrenset informasjon om utlekking fra og cytotoxisitet av dentale kompositer som materialgruppe, selv om det er blitt publisert en rekke studier om enkeltkomponenter, særlig monomerer. Når det gjelder spesifikke produkter er det lite tilgjengelig informasjon.

Biokompatibiliteten til et materiale vil avhenge av sammensetningen til materialet og av hvilke forbindelser som lekker ut. Sammensetning og utlekking, sammen med cytotoxisitet for individuelle substanser og materialekstrakter, kan undersøkes i laboratoriet og gi grunnlag for vurdering av biologiske egenskaper. Det er imidlertid viktig å presisere at det er usikkerhet knyttet til overføring av konklusjoner fra laboratoriestudier til kliniske forhold. De homogene cellelinjemodellene som normalt benyttes i laboratoriestudier kan blant annet ha egenskaper som skiller seg fra celler i en levende organisme der det er et komplekst samspill mellom ulike celletyper.

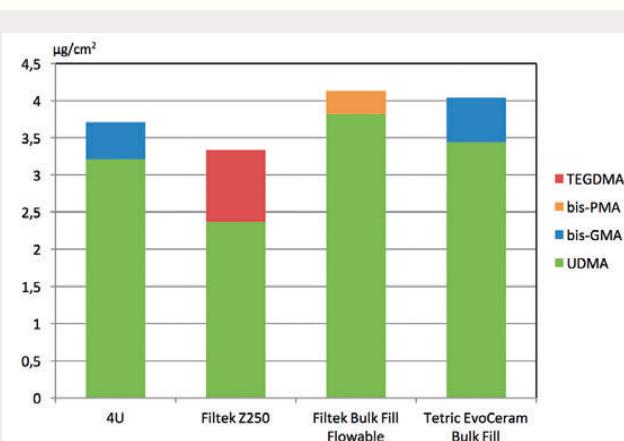
Helsedirektoratet har bedt NIOM undersøke noen kompositmateriale med hensyn til utlekking og toksisitet i cellekultur. NIOM har kvantitativt bestemt utlekking av monomerer fra kompositmaterialene og gjennomført ulike cytotoxisitets-undersøkelser med ekstrakter fra materialene. De undersøkte materialene var 4U (Nordenta, OBL-materiale), Filtek Bulk Fill Flowable (3M ESPE), Tetric EvoCeram Bulk Fill (Ivoclar Vivadent) og Filtek Z250 (3M ESPE). Filtek Z250 ble

valgt som et referanse materiale fordi det er godt etablert og har vært i klinisk bruk i en årekke.

Konklusjonen fra utlekkings-analysene er at de ulike materialene ikke viser noen vesentlig forskjell i total mengde utlekket monomer. Innledende screening viste et mulig cytotoxisisk potensiale for to av materialene, men mer omfattende undersøkelser støttet ikke disse funnene. Samlet sett synes de undersøkte materialene å ha like biologiske egenskaper, basert på metodene som er benyttet her.

Metode og resultater

Prøvelegemer av kompositmaterialene ble herdet fra én side med herdelampe og herdetid som anbefalt av materialprodusenten. Overflaten til prøvelegemene ble slipt med slipepapir etter herding for å fjerne uherdet sjukt, og for å etterligne klinisk praksis, i henhold til beskrivelser i standard metode (ISO 7405, referanse 1). Ekstrakter ble laget på samme måte til cytotoxisitets- og lekkasjestudiene: til cytotoxisitets-undersøkelsene ble ekstraktene laget i celledyrkingsmedium (en veldig løsning); til lekkasje-analysene ble det benyttet rent vann



Figur 1. Konsentrasjon av kvantifiserte monomerer samlet for de ulike kompositene, angitt som mikrogram per kvadratcentimeter kompositoverflate. (bis-GMA: bisfenol A-glycidyl metakrylat; bis-PMA: propoksylert bisfenol A-glycidyl metakrylat; TEGDMA: trietylenglykol-dimetakrylat; UDMA: uretan-dimetakrylat).

som ekstraksjonsmiddel. Ekstraksjon ble gjort over 24 timer ved 37 °C under lett risting.

Sammensetningen til kompositmaterialer er sjeldent oppgitt nøyaktig av produsent og ble derfor først undersøkt ved å identifisere monomerer i råmaterialene ved kromatografisk analyse. Kvantitativ lekkasje ble analysert for de to monomerene som det var mest av i hvert materiale. Resultater fra analysene er presentert i figur 1 som viser samlet lekkasje fra hvert materiale.

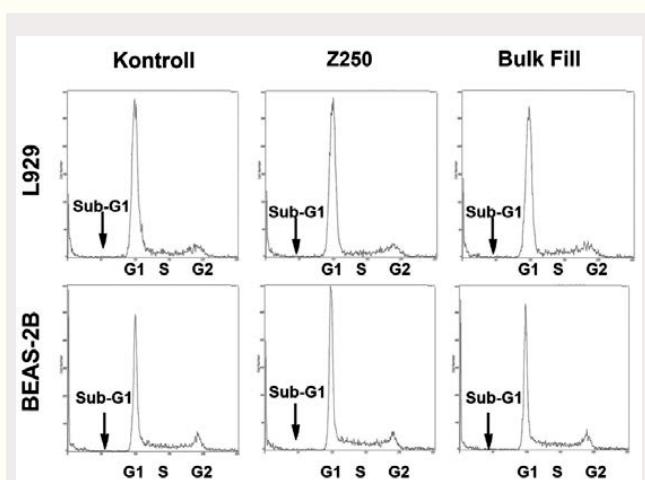
Analysen viser ikke et fullstendig bilde av mulig utlekket monomer, men kun de to monomerene med størst mengde. Andre monomerer vil trolig også lekke ut, men i mindre mengder. Samlet sett er det ikke grunnlag til å si at noen av materialene har betydelig større eller annerledes lekkasje enn de andre materialene.

Evaluering av cytotoxisitet ble gjort i flere trinn for å underbygge og utfylle de innledende resultatene som kun kan ansees som screening av mulig cytotoxisitet. Først ble det gjennomført standardisert celleviabilitets-test (MTT metode) på muse-fibroblast (L929 celler). Samme metode ble gjennomført på en mer sensitiv cellelinje (BEAS-2B, bronkiale epitelceller). For to av materialene som etter begge innledende undersøkelser viste lavest overlevelse, ble det i tillegg målt endringer i cellevekstmønster og celledød med flow cytometri. I tillegg ble det utført molekylærbiologiske undersøkelser.

Resultater fra MTT-undersøkelsene er gitt i tabell 1. I følge standarden (ISO 10993-5, referanse 2) skal en prøve tolkes å kunne ha et cytotoxisisk potensiale hvis en analyse utført med MTT-test gir celleoverlevelse under 70 %. Det er viktig å presisere at resultatene fra slike laboratorietester ikke er direkte overførbare til menneske-eksponering, men er en indikasjon om mulig skadepotensial i menneske. Det kan derfor ikke utelukkes at et testet materiale som får celleoverlevelse større enn 70 % har et

Tabell 1. MTT resultater etter eksponering for ekstrakter fra kompositmaterialene, angitt som prosent celleoverlevelse relativt til kontroll (gjennomsnitt (standardavvik), n=3)

Materialer	L929 celler	BEAS-2B celler
4U	81,0 (3,9)	95,3 (1,5)
Filtek Bulk Fill Flowable	50,8 (2,1)	64,8 (7,4)
Filtek Z250	66,8 (1,9)	71,4 (4,9)
Tetric EvoCeram Bulk Fill	75,8 (4,8)	93,2 (7,6)



Figur 2. Eksempler på flow cytometriske analyser av ikke-eksponerte kontrollceller og celler eksponert for ekstrakt fra Filtek Z250 og Filtek Bulk Fill Flowable.

skadepotensial, eller at et testet materiale med celleoverlevelse mindre enn 70 % er trygt å bruke.

Ytterligere analyser ble utført på materialene som hadde mindre enn 70 % overlevelse for enten å bekrefte eller avkrefte tilstedsdeværelse av en toksisk respons. Dette ble gjort med flow cytometri av celler eksponert for ekstrakt fra Filtek Bulk Fill Flowable og Filtek Z250. Flow-histogram (figur 2) viser fordeling av celler i de forskjellige fasene av cellevekstszyklus (G1, S og G2). Endret fordeling mellom disse fasene kan være tegn på vekstforstyrrelser i skadede celler. Undersøkelsene påviste ingen endring av vekstmønster eller økt celledød for de to undersøkte materialene sammenliknet med kontroll. Molekylærbiologiske undersøkelse viste ingen indikasjon på celleskade i form av økt oksidativt stress, DNA-skade eller protein-skade i BEAS-2B celler som ble eksponert for ekstrakter fra Filtek Z250 eller Filtek Bulk Fill Flowable.

Les hele rapporten på NIOMs hjemmesider: www.niom.no/kompositmaterialer

Referanser

1. ISO 7405: 2008 Dentistry -- Evaluation of biocompatibility of medical devices used in dentistry
2. ISO 10993-5: 2009 Biological evaluation of medical devices -- Part 5: Tests for in vitro cytotoxicity

Adresse: Hilde B. M. Kopperud, NIOM. E-post: h.b.m.kopperud@niom.no

Uten redaktør



Med redaktør



Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.



Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig

BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.
Skjemaet dekker spørsmålet fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir sett i forbindelse med tannmaterialer.
Selv om det er vilt om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt at skjemaet blir fyllt 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 yrkesammenheng (se yrkereaksjoner neste side).

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Tlf.:

E-post:

Poststed:

Klinikktype:
 Tannlege Tannpleier
 Offentlig Privat
 Lege Sykehus
 Primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnosør:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonene(e)?
 Innen 24 timer Innan 1 måned Innan 1 år
 Umiddebart Innan 1 uke Innan måneder Ukjent

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

Ingen

Pasientens funn

Ingen

Rapportørens funn

Ingen

Intraoralt:

- Svie/brennende følelse
- Smerte/omhet
- Smakstørstyrteier
- Stiv/hummen
- Tørhet
- Økret spott/slimmengde

Annet:

Lepper/ansikt/kjever:

- Svie/brennende følelse
- Smerte/omhet
- Stiv/hummen
- Hudreaksjoner
- Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

- Musklertedd
- Mage/farm
- Hjerteriskulasjon
- Hud
- Øyne/syn
- Ørehørsel, nese, hals

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

Reaksjonen opptrådte før første gang i hvilket år:

Hevsesjødem
 Sårblommer
 Eksem/utslitt
 Enfem/tubor

Annet:

Øvrige funn:

- Hevsesjødem
- Urikania
- Sårblommer
- Eksem/utslitt
- Enfem/tubor

Angi lokalisasjon:

- Hevsesjødem
- Urikania
- Sårblommer
- Eksem/utslitt
- Enfem/tubor

Annet:

- I forbundelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)?**
- Fyllinger (direkte teknikk)
 - Innlegg, fasader
 - Faste protetiske erstatninger
 - Avtagbare protetiske erstatninger
 - Bitfysiologisk behandling
 - Midlertidig Behandling
 - Røtterbehandling (rotfylling)
 - Tannkjøtsbehandling
 - Oral kirurgi
 - Tannregulering
 - Forebyggende behandling
- Annet:**

Produktnavn og produsent
av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e):
Legg gjeme ved HMs-datablad.

Bivirkningsregisterets notater

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

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

- Amalgam
- Komposit
- Komporer
- Glassionorer
- Kjemisk
- Lyshendende
- Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
- Isolatings-/fyringsmaterialer
- Fissurseglingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varnish, fensiss, fluorlakk)
- Pulpaverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- vambaseret
- plastbaseret
- Metall/karam (MK, PG)
- metal/legning
- keram
- Materialer for kroner/broer/fimplugg
- metall/legning
- plastbaseret
- keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- metall/legning
- plastbaseret
- Materialer for intradental gjeveoptopedisk apparatur
- metall/legning
- plastbaseret
- Materialer for ekstroraoralt kjeveontopedisk apparatur
- metall/legning
- plastbaseret
- Materialer for bitfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avtynkksmaterialer
- hydrokolid
- elastomer
- Midlertidige materialer - faste proteser
- hydrokolid
- midlertidige materialer - avtakbare proteser
- Andre midlertidige materialer
- Forhukksmaterialer (f.eks. hanskter, koferdam)
- Andre materialer

Ytkesreaksjoner

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

Ønsker flere skjema tilsendt

Antall:

Bivirkningsgruppen
5009 Bergen

Ansvarlig:
Bivirkningsgruppen
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 gjeme kommentarer.

Henvisninger
Et patienten henvis for utredning/undersøkelse/ behandling av reaksjonen(e)?
 Nei
 Ja til
 Bivirkningsgruppen
 tannlege
 odontologisk spesialist
 alminnelige
 medisinsk spesialist eller på sykehus
 alternativ terapeut
Annet:



Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer
Ver 6.2

Så mange som 1 av 3 kan lide av ising i tennene*

Slik kan de følsomme områdene av tannen se ut gjennom ett mikroskop.
Små hull i dentinet er eksponert.

Klinisk bevist for langvarig
beskyttelse mot ising**



Sterk reparerende effekt gjennom ett hardt lag***

*Addy M. Int Dent J 2002; 52: 367-375. **Ved børsting 2 ganger daglig ***Danner ett beskyttende lag over de sensitive områdene av tennene.

Om prioriteringer i helsevesenet som tannhelsetjenesten er en del av:

Det viktigste først

I april 2017 nedsatte regjeringen et utvalg der også tannhelsetjenesten er representert. Utvalget skal se på hvordan vi best kan prioritere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (1).

Med dette tvinger det seg frem en bevisstgjøring rundt tannhelsetjenestens rolle i den samlede helsetjenesten. Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over det nasjonale prioriteringssarbeidet som også tannhelsetjenesten må forholde seg til. Helsetjenester er organisert ulikt i forskjellige land, noe som kan innebære nasjonale forskjeller av betydning for prioriteringssarbeidet. I det følgende er det derfor lagt vekt på eksempler fra Norge.

Innledning

Å velge noe fremfor noe annet skjer i alles liv hver dag. Det kan i de enkle tilfellene dreie seg om preferanser av de mer trivuelle slag, men dreier seg ofte om at noe må velges bort til fordel for noe annet, når økonomien ikke tillater begge deler. Når dette løftes ut av privatøkonomien, og budsjettene øker til hundremillionersklassen, må det stadig gjøres valg. Når disse valgene ikke bygger på privat økonomi som «kjennes på kroppen», men på samfunnets totale ressurser, kan konsekvensene oppstå fjernere fra beslutningstakeren og resultatene bli dårligere i det lange løp (2).

Helsevesenet er en smeltedigel av spisskompetente aktører som, hver for seg, kan ha ideelle målsettinger for pasientene. De overordnede resultatene kan imidlertid bli skadelidende hvis enhver metode eller medisin som isolert sett viser positive resultater, skulle komme til erstatning for gjeldende tilbud – uten en helhetlig vurdering (2). Tannhelsefeltet disponerer begrensede

ressurser og glimrer med sitt fravær i de fleste utredninger som er gjort om prioriteringer i helsetjenesten. Tannhelsetjenesten leverer imidlertid primærhelsetjenester der de svakest stilte pasientene ofte har sammensatte behov. Tiltak vil ofte være nødvendige fra flere helse- og omsorgstjenester i tillegg til andre deler av kommunenes tjenesteapparat, for å gi disse pasientene et velfungerende tilbud. I et slikt bilde må også tannhelsetjenesten akseptere at tilgjengelig økonomi brukes på en helhetlig og forsvarlig måte.

I det følgende gjennomgås sentrale temaer i arbeidet med prioritering i helsetjenesten. Flere utvalg har beskrevet mål og virkemidler uten at tannhelse i særlig grad er trukket inn. Ikke desto mindre må lederne i tannhelsetjenesten, som blant annet finansieres gjennom offentlige budsjetter, kontinuerlig gjøre vurderinger i tråd med føringene fra nasjonale helsemyndigheter.

Lønning-utvalgene

Prioritering i helsesektoren ble for alvor en del av den politiske dagsorden i 1985. Regjeringen satte det året ned det første offentlige utvalget på området, ledet av professor Inge Lønning. Utvalget skulle «belyse prosessene som ligger bak prioriteringene, samt vurdere og foreslå ulike kriterier og retningslinjer som kan legges til grunn når man foretar prioriteringer». Videre het det at «utvalgets arbeid skal ha som siktemål å utarbeide retningslinjer for prioriteringer innenfor helsevesenet. Retningslinjene må utformes slik at de kan brukes av helseadministratører, lokale helsepolitikere og andre interesserte». Utvalget avgav sin innstilling «Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste» 30. juni 1987. Prioriteringssystemet, først og fremst beregnet på beslutningstakere på politisk og administrativt nivå, skulle ha fem prioriteringsnivåer i prioritert rekkefølge:

1. Tiltak som er nødvendige i den forstand at det har umiddelbart livstruende konsekvenser for enkeltpersoner, pasientgrupper eller samfunnet som helhet, dersom de ikke iverksettes umiddelbart;

2. Tiltak som er nødvendige i den forstand at svikt får katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt for enkeltpersoner, pasientgrupper eller samfunnet som helhet;

3. Tiltak med dokumentert nytteeffekt, hvor konsekvensene av svikt er klart uønskede, men uten å være så alvorlige som under første og andre prioritet;

4. Etterspurte tiltak med antatt helse- og livskvalitetsfremmende effekt, der skadevirkningene ved svikt er klart mindre tungtveiende enn ved svikt i tiltak av høyere prioritet;

5. Helsetjenester som er etterspurt, men som hverken er nødvendige eller har klart dokumentert nytteverdi (også omtalt som null prioritet).

I innstillingen ble de fem kategoriene oppfattet å representere en rangering ut fra tilstandens alvorlighetsgrad. Man ser også antydningen til et kommende kriterium, nemlig tiltakets effekt. I tillegg pekes det på at nytteeffekten bør være dokumentert.

Et nytt prioriteringssutvalg ble opprettet i 1996, også det ledet av professor Inge Lønning. Lønning II-utvalget hadde i mandatet i oppgave å «utarbeide retningslinjer for prioritering i helsevesenet som en videreføring av prioriteringssutvalgets innstilling, NOU nr. 23 1987». I tillegg ble utvalget bedt om å drøfte hvordan høyteknologisk medisin kan avvies mot billigere og mindre avansert medisin. «Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste» (NOU 1997: 18) ble avgitt 15. mai 1997. Hovedkonklusjonen var at for grunnleggende helsetjenester (prioritet

riteringsgruppe 1) måtte følgende tre kriterier «som alle er relevante i en prioriteringssammenheng» være oppfylt: *tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet*. Utvalget pekte videre på mulige analyseredskaper for bedre prioritering (metodevurdering) og foreslo opprettelsen av et samordnende permanent prioriteringsutvalg. Utvalget anbefalte videre etablering av representative faggrupper som skulle gi anbefalinger om prioriteringer innenfor sine respektive felt, samt klarlegge hva som skulle legges i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet for ulike grupper.

Parallelt med arbeidet i Lønning II gjennomgikk et annet utvalg, ledet av professor Jan Grund, «dagens ordning med offentlig refusjon til legemidler som forskrives på blå resept». I NOU 1997 nr. 7: 9, kapittel 5, viser dette utvalget til arbeidet i Lønning II og sier: «de tre prioriteringsskriteriene som er viktige, og som også kan brukes på legemiddelområdet, er kravet om tilstandens alvorlighet, legemiddelets effekt og legemiddelets kostnadseffektivitet. I tillegg er intensjonen med behandling viktig når en skal dimensjoner til takene» (3).

I desember 1999 la Sosial- og helsedepartementet frem stortingsmeldingen «Om verdiar for den norske helsetenesta» (St. meld. Nr. 26 1999–2000). I denne, som baserte seg blant annet på NOU 1997: 18 (Lønning II), ønsket regjeringen å drøfte «sentrale verdospørsmål knyttet til planlegging, utbygging og drift av den norske helsestena i tida framover» (4). Departementet tok også til orde for å opprette et nasjonalt rådgivende organ i prioriteringsspørsmål og begrunner det med at det er behov for et slikt organ for å gi råd «om prioritering av ulike tenester i høve til kvarandre». Stortinget støttet dette og i 2001 så Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten dagens lys. Det er senere også blitt opprettet nasjonale faggrupper og 32 prioriteringssveiledere er produsert.

Norheim-utvalget

Det siste prioritertingsutvalget, ledet av professor Ole Frithjof Norheim, overleverte 12. november 2014 sin utredning «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» NOU 2014: 12 (2). Utvalget bygger denne på de foregående utredningene og hadde som mandat

å gjennomgå *prinsipper for prioritering, kriterier for prioritering, virkemidler for prioritering og prosess for brukermedvirkning, åpenhet, oppslutning og implementering*.

Årene hadde gått, og i mandatet ble flere presiseringer med relevans fra hverdagerfaring trukket inn. Eksempelvis skulle utvalget vurdere hvordan *alvorlighetskriteriet* fra Lønning II kan anvendes på en systematisk og konsistent måte. Utvalget ble videre bedt om å diskutere forskjellige forhold knyttet til *nyttebegrepet*. Eksempler på dette: En nedre grense for når *nyttebegrepet* kan sies å være oppfylt, *nyttebegrepet* skulle sees i forbindelse med livsforlengende behandling og hvorvidt helsetjenesten vurderer *nyttebegrepet* annerledes enn pasientene. Også spørsmål om hvordan kriteriet *kostnadseffektivitet* skal brukes, var del av mandatet.

De grunnleggende verdiene som utvalget gir sine råd på er: «Helsetjenesten skal bidra til å sikre flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt».

Utvalget slår fast at en rekke andre forhold knyttet til for eksempel oppvekst, arbeidsliv, lokalmiljø etc. er viktige med tanke på å oppnå flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt. Dette er, slik utvalget uttrykker det, målet for helsepolitikken og helsesektoren. Helsepolitikken skal fremme helse og forebygge sykdom.

Utvalget sier følgende: Prioriteringsarbeidet i Norge bør bygge på fire hovedprinsipper for god prioritering:

Prioriteringer bør søke målet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt»

Prioriteringer bør følge av klare kriterier

Prioriteringer bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning

Prioriteringer bør gjennomføres med et helhetlig sett med effektive virkemidler

Hva gjelder kriterier, så introduseres tre nye:

Helsegeinstkriteriet erstatter både det tidligere nyttekriteriet og deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette fremhever, etter utvalgets syn, helsegevinster i form av gode leveår, men åpner samtidig for at andre relevante velferdsgevinster kan ha betydning for prioritering. Slike gevinster kan være knyttet til redusert belastning for pårø-

rende og bedret arbeidsevne for pasienten.

Ressurskriteriet erstatter deler av kostnadseffektivitetskriteriet. Dette, mener utvalget, fremstår som mindre teknisk. Sengeplasser, teknisk utstyr, transportmiddel så vel som egen tid og oppmerksomhet er viktige i denne sammenheng, og dekkes bedre gjennom nytt navn.

Helsetapskriteriet erstatter alvorlighetskriteriet. Selv om forventet levealder i Norge ved fødsel er litt over 80 år, er antallet forventede *gode leveår* om lag 67 år. De dårligst stilte, de med mest helsetap, og færre *gode leveår*, er tenkt bedre prioritert gjennom dette kriteriet.

Kriteriene er altså forskjellig formuleret i utvalgsarbeidet fra 2014:

Lønning II: Alvorlighet – nytte/virkning – kostnadseffektivitet

Norheim: Helsegeinst – ressursbruk – helsetap

Utvalget mener videre at prioriteringsskriteriene må innarbeides gjennom flere virkemidler. De må eksempelvis understøttes av lovverket, både i lov- og forskriftstekst. Dette innebærer at de innarbeides både i pasientrettighetsloven, men også i lovverk som regulerer aktiviteten hos ansvarlige tilbydere av helse- og omsorgstjenester samt i helsepersonellloven. Også i legemiddelloververket bør kriteriene presiseres. Ledere innen helsetjenesten bør ha god utdanning i prioritering.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Utvalget ønsker å videreføre Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, samtidig som dagens ansvar for kvalitet overføres til andre organer. Det bør derfor gjøres tydelige endringer i rådets formål, mandat, arbeidsform, størrelse og sammensetning. De overordnede prioriteringsskriteriene knyttet til helsegeinst, ressursbruk og helsetap må ligge til grunn for arbeidet. Vurdering av eksisterende tiltak og av hvorvidt noen av disse kan nedskaleres for å frigi ressurser til viktigere tiltak, bør være del av mandatet. Videre bør rådets mandat inkludere vurdering av: Om det utvikler seg uakseptable forskjeller i tjenestetilbud og egenbetaling på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper; spørsmål om hvilke nasjonale retningslinjer som bør utformes og innholdet

i disse; spørsmål knyttet til utforming av prioritiseringsveiledere for utvalgte områder; spørsmål om prioritering av forebyggende tiltak, inkludert individ- og befolkningsrettede tiltak. Det nye rådet bør på samme måte som dagens råd arbeide slik at anbefalinger flettes åpent og gjennom prosesser som sikrer legitimitet og aksept i befolkningen.

Utvalget anbefaler at prioritering blir en del av pensum for helserelaterte utdanninger på alle nivåer.

Overbehandling og overdiagnostikk

Overbehandling: Behandling som gir liten eller ingen effekt på forløpet av de prosesser man søker å påvirke.

Overdiagnostisering: Diagnostikk av en tilstand som ikke har gitt symptomer og som heller ikke kommer til å gi symptomer eller forkorte livet.

Retningslinjer og veiledere

Nasjonale retningslinjer og veiledere er blant de viktigste virkemidlene vi har for systematisk å integrere verdier og mål for prioritering med oppdatert kunnskap og klare faglige anbefalinger. Alle faglige retningslinjer og prioritiseringsveiledere bør basere seg på informasjon om helsegevinst, ressursbruk og helsetap knyttet til de aktuelle tiltakene. En overflod av ukoordinerte retningslinjer og veiledere vil virke mot sin hensikt. Det er viktig at antallet retningslinjer og veiledere holdes på et håndterbart nivå. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2011 (15) slås det i § 12–5 fast at Helsedirektoratet nå er eneste aktør med mandat til å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale, faglige retningslinjer og veiledere. Disse inneholder systematisk utviklede, faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper. Grunnlaget for valg av tiltak og utvelgelse av pasienter blir med andre ord begrunnet ut fra medisinsk effekt og vitenskapelig dokumentasjon. Norheim-utvalget skriver: «Etter utvalgets vurdering har ikke det store potensialet for prioritering med støtte i faglige retningslinjer, både for fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten, vært tilstrekkelig erkjent og utnyttet.» (2)

Samfunnskontrakten

Velferdsstaten Norge omfordeler innsamlede goder (skatter og avgifter) i henhold til en samfunnskontrakt: Goder og byrder fordeles rettferdig. Alle borgere er sikret grunnleggende velferdstjenester uavhengig av hvilke egenskaper de er født med, sosial status, kjønn, seksuell orientering, etnisk tilhørighet, bosted eller personlig økonomi. Tjenestene finansieres gjennom skattesystemet etter den enkeltes betalingsevne; tjenestene fordeles etter den enkeltes behov. Dette skal gi forutsigbarhet og likebehandling, men forutsetter gode prioriteringer.

Helsetjenestens ressurser er alltid begrenset av budsjetter eller knapphet på personell. Hvis tjenesten ønsker å prioritere nye tilbud, må enten budsjettet økes, eller ressursene må omfordeles fra et annet område innenfor helsetjenesten (2).

Tannhelse

Norheim-utvalgets NOU 2014: 12 er på 188 sider. Tannhelse omtales over fem linjer (s. 49). Utredningen som ble ledet av professor Ole Frithjof Norheim, hadde særlig relevans for spesialisthelsetjenesten, legemidler og for fastlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten (5). En OECD-rapport fra 2016 viser at andelen som har behov for tannhelsetjenester i Norge, men som ikke får dem, i gjennomsnitt er på 3,3 prosent. Andelen av udekke behov er på kun 0,5 prosent blant dem med god råd og 9,3 prosent blant dem med dårlig råd. Denne typen ulikhet – og en lang rekke andre spørsmål – skal det nyutnevnte utvalget se på. I mandatet heter det at formålet med utvalget er å få en helhetlig drøfting av prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – og innen tannhelse (5). Hvordan dette vil bli behandlet i utvalget er spennende, ikke minst med bakgrunn i at tannhelsetjenesten er forankret annerledes enn de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, med budsjett i fylkeskommunen, og dessuten fordi det meste av voksenbehandlingen er privat finansiert. I den grad det forekommer fusjoner, så er disse fra statlige budsjetter hjemlet i folketrygdloven. Det er med andre ord ikke helt åpenbart at ulikheter innen tannhelse hører inn i et utvalg som dette. På den annen side utvikles forskjellene i tannhelse lokalt, i pasientenes nærmiljø, og det er ikke

helt ubetydelige forskjeller i 18-åringenes tannhelse fylkene imellom.

Det kan innledningsvis være hensiktsmessig å sammenlikne allmenn-tannlegenes virksomhet med primærhelsetjenestens fastleger. I bunnen ligger *Det finansielle ansvarsprinsippet*, hvilket innebærer at den enhet eller aktør som avgjør ressursbruk, bør ta ansvaret for å betale for ressursbruk. For fastlegenes del innebærer dette en bevisstgjøring når de eksempelvis henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. De kan ikke bestemme hva sistnevnte foretar seg med pasientene, men de må oppleve et ansvar for ikke å henvise unødig. Fastlegene kan videre foreta en rekke mer eller mindre nødvendige undersøkelser og prøvetakninger. De kan også oppleve et press fra pasienter som ønsker spesielle resultater av undersøkelsene og/eller sykemeldinger. Internasjonalt, eksempelvis i Storbritannia, har man et finansieringssystem der allmennlegene har et finansielt ansvar ut over egen ressursbruk i form av det som kalles et utvidet praksisbudsjett. Fastlegeordningen skulle blant annet bidra til at pasienter ikke gikk fra lege til lege, med de uehellige konsekvenser dette kunne få for så vel pasientene som for samfunnet. Det er imidlertid også en mulig svakhet ved ordningen at leger som mottar per capita-tilskudd for listepasientene, ikke vil risikere å miste pasienter ved, i for liten grad, å imøtekommne pasientenes ønsker. *Portvokterrollen* er derfor en viktig side ved fastlegens virksomhet. Denne kan utfordres av arenaer som eksempelvis www.legelisten.no, der misformøyde pasienter anonymt kan kritisere legens innsats.

Tannlegene i Norge er fordelt mellom offentlig ansatte (ca. 30 %) og privat praktiserende (ca. 70 %) som kan være praksiseiere, ansatte, leietakere eller kontraktører. Private tannlege-praksiser er gjennom de siste tjue årene blitt større, og det finnes etter hvert flere eksempler på kjedannelser. Tannlegespesialistene utgjør ca. 10 % av tannlegestanden, og arbeider stort sett privat. I tillegg er tannleger ansatt i staten ved utdanningsinstitusjonene og i forsvaret. Det utvikles regionale kompetansesentre i hver helseregion som tar sikte på å utdanne spesialister, tilby råd og spesialistbehandling samt drive såkalt praksisnær forskning. Finansieringen av tannhelsetjenester

skjer gjennom rammetilskudd til fylkene der Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har ansvar for å drive oppsøkende gratis behandling av barn og unge til og med 18 år, rabattert behandling av 19- og 20-åringene, psykisk utviklingshemmede, gamle og syke med vedtak om hjemmesykepleie eller institusjonsplass samt enkelte grupper som fylkene selv definerer. Voksenbefolkningen betaler i hovedsak tannbehandling av egen lomme, men det finnes refusjoner fra Helfo som reguleres i forskrift og veileder knyttet til §§ 5–6 og 5–6a i folketrygdloven. Det knytter seg noe usikkerhet til den totale økonomien på tannhelsefeltet, men den samlede egenbetaling for tannhelsetjenester i 2016 er av SSB anslått til om lag 12,1 mrd. kroner (6). Dette inkluderer all egenbetaling i fylkeskommunal og privat tannhelsetjeneste. Fylkenes kostnader til DOT utgjorde om lag 2,66 milliard kroner, og refusjonene fra Helfo utgjorde 2,348 milliard kroner. Den totale kostnaden for tannhelsetiltak kan på dette grunnlag anslås til å ha vært ca. 17,1 milliard kroner i 2016, forsvaret ikke medregnet (6).

Tannlegenes *portvaktrolle* omtales i så vel helsepersonelloven (7) som i Tannlegeforeningens etiske regelverk (8). I helsepersonelloven heter det: «§ 6 Ressursbruk: Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.». I Tannlegeforeningens etiske regler heter det: «§ 9: Tannlegen skal hjelpe sine pasienter til å oppnå økonomiske rettigheter og ytelsjer som følge av lov-givning. Tannlegen skal overfor institusjoner som dekker helseutgifter medvirke til at pasienten ikke skaffes ube-rettiget økonomisk eller annen fordel». Videre heter det i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tann-pleier for sykdom (hjemlet i folketrygdloven): «§ 1..... Den enkelte tannlege eller tannpleier er ansvarlig for å vurdere hvorvidt et medlem har krav på stønad i medhold av folketrygdloven § 5–6 eller § 5–6a (9). Tannlegen/tann-pleieren skal videre vurdere om behandlingen er innenfor rammene av nødvendig og forsvarlig tannbehandling. Tannlegen/tannpleieren må kunne dokumentere sine vurderinger, og pasientjournalen skal inneholde alle opplysninger som er relevante og nødven-

dige, jf. helsepersonelloven med tilhørende forskrifter.»

Når pasientene betaler for behandlingen står de fritt til å velge basert på et informert samtykke. Det påhviler imidlertid tannlegen å holde seg innenfor rammene av hva som er faglig for-svarlig behandling (10). Det er fri pris-konkurranse på tannbehandling, men med økte priser vil pasienter som får statlig refusjon oppleve økte egenan-dele. Dette bidrar i sin tur til økte sosiale forskjeller. Det er ikke forskningsba-serte holdepunkter i Norge for at redu-sert behandlingsbehov i befolkningen har ledet til overbehandling. Prisvek-sten har imidlertid vært nesten 100 % høyere på tannbehandling enn kon-sumprisveksten i tidsrommet 1995 til 2015. Økte egenan-dele vil tilsvarende oppstå dersom stortinget ikke justerer refusjonstakstene i takt med konsum-prisveksten, senker dem eller begrenser innholdet i refusjonsberettiget behan-dling. Det har vært eksempler i flere statsbudsjetter på at dette har skjedd samtidig som penger har vært flyttet fra denne posten i statsbudsjettet til en annen post (11). Det påhviler privat sektor å organisere seg klokkt med tanke på fremtidens behov i befolkningen. Økte priser vil møtes av klokere organi-sering og mer kostnadseffektiv forde-ling av oppgavene. Også statlige satsin-ger på tannhelsefeltet bør underlegges bedre kontroll og tydeligere krav til pri-oriteringer. Både kompetansesentrene rolle, etableringen av en ny spesialitet (12) og utarbeiding av faglig retnings-linje for behandling av barn og unge (13), er eksempler på offentlig virksom-het som må bygge på grundige behovs-analyser. Når det offentlige gir refusjon for behandling kan det i forskrift eller rundskriv beskrives begrensninger eller føringer for hva som anses som tilstrek-kelig innenfor det faglig forsvarlige. Videre kan DOT gi føringer overfor sitt ansatte tannhelsepersonell, om hva som anses som tilstrekkelig.

Dersom DOT skulle bli overført til kommunene, ville den komme i kon-kurransen med en rekke andre helse- og omsorgstjenester. Kommunene har for eksempel ansvar for helsestasjoner, skolehelsetjeneste, lavterskelttilbud innen psykiatri, hjemmetjenester, hjemmesykepleie og sykehjemstilbud til eldre og langtidssyke samt barnev-ern. Kommunepolitikerne må i sine budsjetter prioritere mellom disse og

andre kommunale oppgaver, og det vil daglig måtte foretas prioriteringer innenfor de enkelte fagområdene (14). En fylkeskommunal tannhelsetjeneste benytter også offentlige midler, og må på samme måte innrettes med gode pri-oriteringer.

Norheim-utvalgets overordnede kriterier og tannhelse

I et høringsnotat fra Helsedirektoratet i desember 2016, foreslår direktoratet en ny retningslinje for behandling av barn og unge 0–20 år. Denne inneholder konkrete anbefalinger (13). Hvordan passer disse inn i Norheim-utvalgets forslag til kriterier?

Helsegevinstkriteriet, Ressurskrite-riet og Helsetapskriteriet forutsettes sett i sammenheng.

I følge helsegevinstkriteriet øker et tiltaks prioritet med forventet helsege-vinst.

Ressurskriteriet tar hensyn til hvor mye ressurser som behøves for å gjennomføre ulike tiltak. Etter ressurskrite-riet får et tiltak høyere prioritet desto mindre ressurser det er forventet å for-bruke. Siden knappe ressurser alterna-tativt kan anvendes på andre tiltak, er det bedre desto mindre ressurser tiltaket krever.

Helsetapskriteriet ser på hvor mange potensielt gode leveår som blir svekket av helsetapet. Dette er med andre ord vurdert i hele livsløpet.

Barn og unge

Medisinsk effekt og grad av vitenska-pelig dokumentasjon må sies å være viktige elementer i føringer fra helse-myndighetene. I forslaget til faglig retningslinje (13) bygger bare fem av 43 anbefalinger på høy vitenskapelig do-kumentasjon. Det er ikke uvanlig at kli-nisk odontologi bygger på lav vite-nskapelig gradering i et evidensbasert system. Dette skyldes flere forhold, ikke minst etiske begrensninger knyttet til forskningsmetoder. Effekten av fluo-rpensling to ganger årlig er best doku-mentert hos kariesaktive pasienter.

Å skulle prioritere slik behandling på alle «risikoflater», som i retningslinjen beskrives som nær sagt alle flater i pre-molar- molarområdet hos alle pasien-ter, kan da fremstå som en diskutabel ressursutnyttelse. Videre kan en an-befaling om å fissurforsegle samtlige mo-larer raskest mulig etter frembrudd, hos alle barn som ikke åpenbart er uten ri-

siko for å utvikle karies, fremstår som en underlig prioritering. Med henvisning til en undersøkelse i Troms, der 85 % av 16-åringene hevdes å ha karies som krever behandling, argumenteres det for omfattende nasjonale tiltak. Man kan også stille spørsmål ved ressursbruken når det stilles krav om at fem hele årskull (3, 5, 12, 15 og 18 år) skal kalles inn til kontroll. Dette stiller ikke bare krav til ressurser i DOT, men også til foresatte som må ta fri fra arbeid for å følge barna til sentraliserte klinikker i distrikts-Norge.

Knytter man *helsegevinstkriteriet* til dette, må man spørre hvilken helsegevinst en stor andel barn som forutsettes behandlet i større omfang enn tidligere, vil ha når SSBs statistikker for 2016 viser at 24 % av 18-åringene hadde DMFT = 0 og at gjennomsnittlig DMFT var 3,7. Man kan til og med spørre seg hvilket *helsetap* de 9,6 prosentene med DMFT høyere enn 9 vil lide, sett i relasjon til andre utfordringer. Tar man i tillegg i betraktning at barn og unge som starter livet med dårlig tannhelse, sannsynligvis har flere utfordringer på områder der andre helse- og sosialtjenester i kommunene konkurrerer med tannhelsetjenesten om ressurser, innebærer retningslinjen fra Helsedirektoratet problematiske føringer. Norheim-utvalget påpeker at det er flere forhold og vurderinger som kan legges inn i kriteriene. Men; nær sagt uansett hvordan man snur og vender på det, så fremstår tannhelsen hos norsk ungdom som så god at prioritering overfor barn og unge må ta utgangspunkt i de med størst utfordringer. Deretter kreves en tverrfaglig vurdering for å prioritere mellom de tiltak kommunene rår over, som best kan bidra til tannhelse-/helsegevinst. Det faktum at det fortsatt er tannhelseforskjeller mellom og innen fylkene løses neppe gjennom generaliserende føringer i en nasjonal retningslinje.

Pleietrengende eldre

Mange undersøkelser påpeker svikten i tannhelse hos pleietrengende eldre. Det eneste målet DOT, og dermed myndighetene, har for denne gruppen er andel under tilsyn/behandling. I mange fylker er denne andelen lav, og mye tyder på at større ressurser burde vært brukt på hyppig påvirkning av pleie- og omsorgspersonellet i den hensikt

å forsinke den daglige sykdomsutviklingen i tenner og tannkjøtt.

Folketrygden – og andre offentlige satsinger

Det bør rettes et kontinuerlig økelys mot ytelsene til tannbehandling fra Folketrygden. Er det sikkert at de som trenger det mest blir prioritert? Innretningen på refusjoner, slik som eksempelvis omfanget av kjøveortopedi, vil være naturlige temaer i en prioriteringssammenheng.

Videre er så vel bruken av offentlige midler til kvalitet i forskning som til sammensetning av fremtidens tannhelsepersonell, områder som trenger bedre styring og overordnede prioriteringer.

Nasjonalt råd for prioritering i helsejenesten hadde tannhelse på programmet i sitt møte 16. februar 2016 (16). Til møtet ønsket rådet følgende belyst:

- Prioriteres det riktig på tannhelsefeltet?

- I hvilken grad vet vi hvordan det står til med tannhelsen i den voksne befolkningen?

- I hvilken grad finnes sosial ulikhet i helse på tannhelseområdet?

I det endelige vedtaket heter det blant annet: «Rådet har i sin behandling av sak om tannhelse særlig drøftet prioriteringssutfordringene knyttet til sosial ulikhet, mangfold, praksis- og prisvariasjon, og anbefaler at disse områdene får oppmerksomhet i det videre arbeidet i forskningsinstitusjoner og hos myndighetene. En bredere utredning på tannhelseområdet bør vurderes». Videre heter det: «Rådet anbefaler at det foretas en gjennomgang av regelverket for offentlig refusjon av tannhelsebehandling, slik at de med størst behov får prioritert. Det bør også vurderes hvordan særlig utsatte grupper og eldre i bedre grad kan ivaretas innenfor Den offentlige tannhelsetjenesten». Fra diskusjonen i rådet hentes følgende: «Det ble stilt spørsmål ved om de finansierings- og refusjonsordningene man har i dag godt nok dekker identifiserte utsatte grupper. Det ble påpekt at man satt igjen med inntrykket av en relativt velfungerende modell men at finansieringsordningene bør innrettes mot å utjevne sosiale forskjeller i tannhelse. For å få innsikt i effekten av kompetansesentra for tannhelse ble det foreslått at disse bør evalueres».

Så vel tannhelsepersonellet som ledende personell i landets helseadministrasjon har et ansvar for å bidra til at pressede ressurser brukes til nytte for befolkningen. Tiden da prosjekter ble startet uten et åpenbart mål og en åpenbar mening vil snart være over. Tilgjengelig økonomi må benyttes der den best sikrer etterspurte og ønskede resultater. Hele tannhelsetjenesten, privat som offentlig, har et ansvar for å bidra til dette.

Carl Christian Blich
Universitetslektor, Det odontologiske fakultet, UiO

Referanser

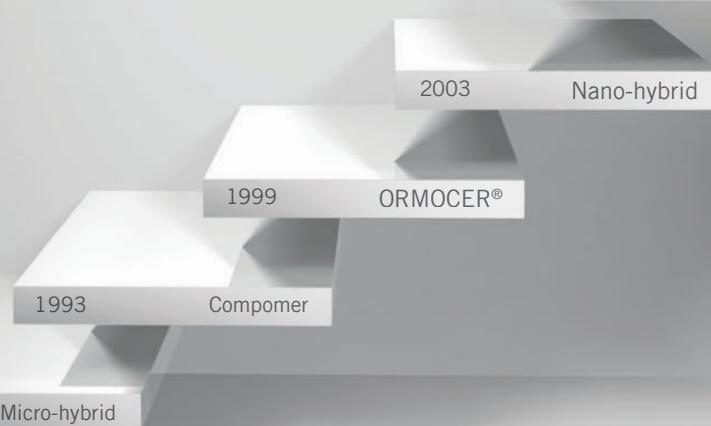
1. Regeringen.no
2. NOU 2014: 12
3. NOU 1997 nr. 7: 9
4. St. meld. Nr. 26 1999–2000
5. Dagens medisin 4. mai 2017; Ulikhetens mange ansikter – Ole Frithjof Norheim
6. SSB, Helseregnskap
7. Lov om helsepersonell
8. NTFs etiske regler
9. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom
10. Helsedirektoratet.no; God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling IS-1589
11. Klassekampen 30. mai 2016; Triksing med tannhelsen – kronikk av Carl Christian Blich
12. Dagens medisin 10. oktober 2016; Trenger vi enda en spesialitet? Carl Christian Blich
13. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år, del 1 (Helsedirektoratet.no)
14. Dagens medisin 15. mai 2017; Når selv robuste kommuner blir for små – kronikk av Carl Christian Blich
15. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
16. Prioritering.no, arkivnummer 15/00269

Ett steg foran.

Benytt deg av
de gjeldende tilbud!*

Admira Fusion

Nano-hybrid ORMOCEER®



DEN FØRSTE KERAM FOR DIREKTE FYLLING

Admira Fusion

- Ren silikat teknologi: fillere og resin helt basert på silikon oksid
- Den laveste herdekrymping (1,25 % av volum) og spesielt lavt krympestressnivå**
- Svært høy grad av biokompatibilitet og ekstremt motstandsdyktig mot misfarging
- Utmerket å arbeide med. Enkel høyglastpolering og hard overflate sikrer førsteklasses langvarige resultater
- Kompatibel med alle konvensjonelle bondinger
- Også som flow og bulk fill

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

** sammenlignet med alle konvensjonelle kompositter





gsk

ENDELIK RØYKFRI MED **Nicotinell®**



Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.

nicotinell.no

Nicotinell® plaster, tyggegummi og sugetablett er legemidler til bruk ved røykeavvenning. Nicotinell® tyggegummi og sugetablett er også hjelpemidler mot nikotinabstinen i røykfrie perioder. Brukes ikke ved graviditet eller amming. Ved alvorlig hjerte- og karsykdom skal Nicotinell® produkter kun brukes i samråd med lege. Nicotinell® produkter inneholder nikotin, og det kan være en viss tilvenningsfare. Les pakningsvedlegget før bruk. Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Norway AS Klaus Torgårdsvi 3, 0372 Oslo. www.nicotinell.no

CHNOR/CHNICOT/0028/16



Tannhelsebudsjettet 2018

Torsdag 12. oktober la finansminister Siv Jensen (FrP) fram regjeringens forslag til statsbudsjett for 2018.

Tannhelsebudsjettet legger ikke opp til store endringer og innebærer ikke noen satsing på tannhelsefeltet.

Folketrygdsstønadene til tannhelse svekkes

I tidligere budsjetter har Solberg-regjeringen unnlatt å pristilpasse folketrygdsstønadene for tannhelse. I statsbudsjettet for 2018 reguleres stønadene med om lag 1,7 prosent, men reguleringen følger heller ikke i dette budsjettet forventet pris og kostnadsvekst. Regjeringen leverer dermed ikke på det begge regjeringspartiene lover i sine parti-programmer, nemlig å styrke ordningene for de pasientgruppene som trenger det mest. På sikt vil det kunne føre til større utgifter både for pasientene og det offentlige.

I budsjettet foreslås det også nye presiseringer i vilkårene for stønadsordningen til tannbehandling for personer med sterkt nedsatt evne til egenomsorg ved varig sykdom eller ved varig nedsett funksjonsevne. Dette kan føre til mer forutsigbarhet for pasientene og tannlegene. Likevel, presiseringene kommer til å innskrenke bruken av punktet og dermed ramme sårbare pasientgrupper.



St.prp. nr. 1, regjeringens forslag til statsbudsjett for 2018, ble lagt frem 12. oktober 2017.

Forprosjektering av forsøk med fastpris på tannbehandling til voksne

I budsjettet foreslås en forprosjektering av forsøk med tannbehandling til voksne gjennom abonnementsavtale, etter modell fra Sverige. Formålet med forsøket er å innrette tannhelsetjenester i større grad i retning av forebyggende virksomhet, slik at samlet tannbehandlingsbehov reduseres. Spesielt er dette aktuelt for personer i alderen 20–25 år. NTF vil gi Helse- og omsorgsdepartementet beskjed om at vi gjerne deltar i dette arbeidet.

Regjeringen skal nå finne flertall for budsjettet

Budsjettet skal vedtas i Stortinget, noe som ikke nødvendigvis blir en enkel oppgave. Regjeringen har ikke flertall, og er avhengig av støtte fra opposisjo-

nen for å få budsjettet vedtatt. Trolig vil regjeringen satse på støtte fra sine tidligere støttepartier, Venstre og KrF, noe som vil bety at disse partiene vil forsøke å sette sine spor og flytte midler til sine satsingsområder.

De neste månedene vil det bli arrangeret budsjettøringer på Stortinget. I disse høringene har interesseorganisasjoner anledning til å kommentere statsbudsjettet. NTF vil delta i høring hos Helse- og omsorgskomiteen. NTF vil i høringen gi komiteen beskjed om at:

- Stønadsordningene for tannhelse bør styrkes, ikke svekkes.

- Den norske tannhelsemodellen, med en sterkt offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende privat sektor fungerer godt og bør videreføres.

Øyvind Berdal
Rådgiver for politisk kommunikasjon i NTF

Trangt nåløye for legemiddelforskning

I fjor mottok Legemiddelverket 142 søknader om klinisk utprøving av legemidler. For å få grønt lys, må søkerne oppfylle en rekke kriterier.

Tidligere i år, valgte professor ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo, Tore Bjørnland, å avslutte en studie på botulinumtoxin på pasienter med kroniske smerter i kjeven. Legemiddelverket hadde avdekket uoverensstemmelser i dataene som ville gjøre det vanskelig å trekke konklusjoner av utprøvingen.

Det var Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som gjorde Bjørnland oppmerksom på at studien kunne være meldepliktig. Botulinotoxin er imidlertid ikke et nytt legemiddel. Vi har benyttet det ved muskelspasmer med godt resultat og man har da observert at det også har hatt effekt på kroniske smerter. I tillegg benyttes botulinotoxin av andre yrkesgrupper i forbindelse med kosmetisk behandling av rynker.

Kollegaer av Bjørnland, som han forsket sammen med ved Harvard University i Boston, publiserte også nylig en studie der man benyttet botulinotoxin i behandling av ansiktssmerter med godt resultat.

– Vi ønsket imidlertid å kontrollere botulinotoxin mot placebo, og da ble det legemiddelutprøving, forteller Bjørnland. I følge Bjørnland, ville det blitt for dyrt å møte kravene som regelverket stiller, og Bjørnland stoppet prosjektet. Studentavisen Universitas omtalte saken i august.

– For å gjennomføre studien etter gjeldende regelverk, måtte vi blant annet ha engasjert en ekstern monitor, det alene ville kostet 250 000 kroner i året. Vi er en liten organisasjon, og jeg valgte derfor å avslutte prosjektet, sier Bjørnland, som ikke ønsker å kommentere saken utover at undersøkelsen ikke ble sponset av noe firma. Det kan der-



Faksimile av artikkel i Universitas, 23.10.2017.

for, i følge Bjørnland, i fremtiden bety at det kun er legemiddelfirmaer som har mulighet til å utføre slike studier, og da kan man risikere at kun de positive resultatene av medikamentene blir fremhevet.

Omfattende regelverk

Alle kliniske studier med legemidler må godkjennes av REK og Legemiddelverket. Forskrift om klinisk utprøving av legemidler til mennesker, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2009, referer til det internasjonale regelverket Guideline for Good Clinical Practice (ICH-GCP). Regelverket gjelder i hele Europa, og de ansvarlige for prosjektet skal kunne dokumentere at de kjenner regelverket og følger det. Forskriften er omfattende. Den som skal starte en studie med legemidler for første gang, må beregne god tid på å sette seg inn i de reglene som gjelder.

– Hensikten er å sikre at pasientenes rettigheter, sikkerhet og velvære blir ivaretatt, og at man skal komme frem

til etterprøvbare, troværdige data, sier Ingun Solberg, legemiddelinspektør i Legemiddelverket.

Det kal også utarbeides en plan for hvordan prosjektet skal overvåkes.

– Alle studier skal monitoreres av en uavhengig monitor. Hvis de som skal gjøre utprøvinger har lite erfaring i legemiddelutprøving fra før, krever det gjerne en monitor som er inne ofte. Dette er viktig både med tanke på opplæring i den første fasen av prosjektet, og for at gjennomføring og resultater blir dokumentert på en korrekt måte, sier Solberg.

– Legemiddelforskning er arbeids-krevende og kostbart. Kan dette føre til at gode forskningsprosjekter må skrinnlegges på grunn av manglende midler til gjennomføring, og at vi i stedet får forskning styrt av store aktører med inntjening som mål?

– Det er ikke utenkelig. Av antallet søknader om legemiddelutprøving som kommer inn hvert år, er det om lag to tredjedeler som har kommersielle sponsorer. Det skal angis i søknaden om prosjektet er kommersielt eller ikke. Men det skjer også at man underveis oppdager at data fra en ikke-kommersiell prosjektidé kan bidra i dokumentasjonen for en søknad om en ny indikasjon på et preparat, sier Solberg.

Trenger mer kunnskap

Siden år 2000 har Legemiddelverket i gjennomsnitt mottatt cirka 177 søknader årlig vedrørende klinisk utprøving av legemidler. Svært få søknader kommer fra odontologiske miljøer.

– Generelt sett, har tannleger liten erfaring med å forske på problemstilinger som faller inn under legemiddelregelverket. De er lite kjent med regelverket, og hvorfor det eksisterer. Det odontologiske miljøet i Norge trenger kort og godt mer kunnskap om hvordan de skal gjøre legemiddelutprøvinger,

sier Jan Petter Akselsen, seniorrådgiver i Legemiddelverket.

Hans kollega, seniorrådgiver Ingvild Aaløkken, forteller at Legemiddelverket i de senere årene har drevet en veilingstjeneste for alle som driver med legemiddelforskning.

– Hvis man er usikker på kravene og regelverket, anbefaler vi å ta kontakt med oss for et personlig veiledingsmøte. Der orienterer vi om hvilke krav som stilles, og gir råd om hva som skal til for å få prosjektet godkjent. Alle som skal sette i gang med kliniske studier med legemidler er velkomne, sier Aaløkken, som anbefaler å ta kontakt i en tidlig fase av prosjektet.

Anbefaler samarbeid

Hun understreker at regelverket gjelder for alle legemidler med markedsføringsstillatelse, så vel som for nye produkter under utvikling. Skal man forske med legemidler, er altså sannsynligheten stor for at Legemiddelverket må involveres. På nettstedet legemiddelverket.no, kan skjemaet «Forespørrel om rådgivning i forbindelse med klinisk forskning med legemidler», fylles ut og sendes elektronisk.

Siden det er så få tannleger som driver med legemiddelstudier, finnes det lite erfaring i miljøet å støtte seg på. Seniorrådgiver Jan Petter Akselsen oppfordrer tannleger som vil starte kliniske studier

med legemidler, til å tenke i retning av et samarbeid med en større institusjon, for eksempel et universitetssykehus.

Forskningskompetansen er avhengig av miljøets størrelse og mengden av erfaring. Et universitetssykehus vil også ha en forskningsstøtteavdeling som kan bidra når det gjelder prosedyrer og monitorering. Vi anbefaler at små enheter som ønsker å sette i gang med legemiddelforskning, allierer seg med en større institusjon sier Akselsen.

Tone Elise Eng Galåen



Spesialister oral kirurgi

Dagfinn Nilsen

Erik Bie

Johanna Berstad

Spesialist oral protetikk

Sonni Mette Wåler

Spesialist oral radiologi

Bjørn Bamse Mork-Knutsen

Overlege, spes. anestesi

Odd Wathne

Oral kirurgi & medisin | Implantat | Kjeve & ansiktsradiologi | Lett narkose & medisinsk overvåkning

Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo, 23 19 61 90 | post@oralkirurgisk.no, www.oralkirurgisk.no



Millioner til forskning på antibiotikaresistens

Professor Fernanda Petersen ved Institutt for oral biologi (IOB) ved Universitetet i Oslo (UiO) er leder for forskningsprosjektet «Born in the twilight of antibiotics» som søker å finne ut hvordan man bedre kan beskytte prematurfødte barn mot infeksjoner som er resistente mot antibiotika.

Hvert år fører antibiotikaresistens til at tusenvis av for tidlig fødte barn, som dermed ikke kan behandles for infeksjoner, dør. Nå har Petersen, blant annet sammen med kollega Thomas Küntziger fra samme institutt, fått åtte millioner fra Norges forskningsråd for å forske på dette problemet. Prosjektet er et internasjonalt samarbeid, og i tillegg til millionene fra Forskningsrådet, har det fått tilsvarende tildeling fra indiske forskningsmyndigheter.

– For tidlig fødte barn er utsatt for infeksjoner og trenger ofte livreddende behandling med antibiotika, forteller Petersen om prosjektet. Sammen med sine samarbeidspartnere skal de undersøke hvordan man best kan beskytte disse barna mot antibiotikaresistente mikrober. Prosjektet skal følge hvordan bakteriefloraen i luftveiene og i tarmen endrer seg hos barna mens de behandles med antibiotika, og i tiden etter slik behandling.

– Vi jubler virkelig over denne tildelingen! Det betyr mye for forskningsfeltet og for en svært sårbar pasientgruppe, forteller Petersen.

Norsk-indisk samarbeid

Prosjektet er en videreutvikling av et etablert utvekslingsprogram mellom nyfødt-intensivavdelingene ved Oslo Universitetssykehus og Lady Hardinge Medisinske Fakultet i New Dehli, i til-



Førsteamanuensis Thomas Küntziger og professor Fernanda Petersen ved Institutt for oral biologi ved UiO er veldig glade for tildelingen på til sammen 16 millioner fra norske og indiske forskningsmyndigheter, til forskningsprosjektet «Born in the twilight of antibiotics». Foto: Margit Selsjord, Det odontologiske fakultet/Uio.

legg til Folkehelseinstituttet og IOB ved Det odontologiske fakultet, UiO. De ulike institusjonene bidrar med nødvendig kompetanse, infrastruktur og teknologi for å gjennomføre dette store dugnadsarbeidet.

De minste barna får ofte alvorlige infeksjoner i blodbanen og trenger behandling med antibiotika for å overleve.

– I tillegg mistenker vi at de barna som overlever denne risikofylte perioden, kan få med seg resistente bakterier som kan påvirke dem senere i oppveksten, sier Dr. Kirsti Haaland ved nyfødt intensivavdelingen i Oslo.

– Vi vet at disse barna ennå ikke har etablert den normalfloraen som virker infeksjonsbeskyttende på andre individer. Vi er særlig opptatt av hvordan tilstedeværelse av eventuelle resistente mikrober så tidlig i livet, kan påvirke

barnas utvikling av en beskyttende normalflora i oppveksten, legger hun til.

Forskerne har også søkt midler fra andre institusjoner med et håp om å kunne videreutvikle prosjektet til andre land, og å prøve ut lovende intervensjoner. I tillegg til Petersen og Küntziger, er de norske deltakerne i «Born in the twilight of antibiotics» Kirsti Haaland, dr. med og overlege ved Nyfødt-intensivavdelingen, professor Ola Didrik Saugstad ved Pediatric forskningsinstitutt og professor Dag Berild, overlege ved infeksjonsmedisinsk avdeling, alle ved Oslo Universitetssykehus, og Ulf R. Dahle, fagdirektør for smittevern, miljø og helse ved Folkehelseinstituttet.

Hilde Zwaig Kolstad

Odontologi på digital myldredag ved Universitetet i Bergen:

1 kø for digital tannlegestol

Simulator for trening i preparering var populært på digital myldredag i Grieghallen.

Den 4. oktober arrangerte Universitetet i Bergen (UiB) det de kalte en digital myldredag, der alle ansatte ved universitetet var invitert til å se ulike UiB-miljøer vise frem ulike former for digitaliseringsarbeid som pågår ved universitetet, og nye løsninger som kommer i tiden fremover.

Et mangfold av digitale aktiviteter fra høyst ulike fagmiljø fylte Grieghallen, med spennvidde fra digital tekstanalyse av gamle skrifter, undervannsteknologi, kunstig intelligens, maskinlæring og virtuell virkelighet. Institutt for klinisk odontologi hadde tatt med seg sine fire simulatorer for trening i preparering (Simodont).

I programmet var det invitert til å prøve digital tannlegestol på denne måten: Den virtuelle tannlegestolen er et treningsssystem innen tannlegeutdanning hvor målet er at studentene tidlig og raskt skal utvikle sine praktiske ferdigheter. Den virtuelle tann-



Stor interesse fra bergenske universitetsfolk for simulatorene fra Institutt for klinisk odontologi. Instruktører i røde t-skjorter er (fra venstre) Marit Øilo, Jan Otto Forthun og Inge Fristad.

gestolen representerer avansert teknologi som gir en realistisk følelse av å arbeide med pasienter. Studentene kjenner at de borer i en tann.

Fortsatt er odontologi Bergen den eneste tannlegeutdanning i Norden som har tatt i bruk den virtuelle tannlegestolen i vanlig undervisning. Det var stor interesse og i perioder en kø av

interesserte som ville prøve selv. Selv universitetsfolk med høy digital kompetanse var imponert over teknologien og uttrykte at de hadde fått enda større respekt for tannlegehåndverket.

Tekst og foto: Nils Roar Gjerdet

 **Dentalstøp Tannteknikk as**

TANNTENKNIK LABORATORIUM
-FULLSERVICE-

Vår ekspertise din trygghet

Tlf. 55 59 81 70 • post@dentalstoep.no
www.dentalstoep.no



Vi mottar digitale avtrykk fra alle kjente system

BruxZir®
Anterior | SHADED
Monolittisk Zirconia

På valg 2017

NTFs representantskap skal velge nytt hovedstyre i begynnelsen av desember. Tidende har spurt de ni aktuelle kandidatene om hva de ser som hovedutfordringer og hva de vil prioritere i sitt arbeid som øverste tilitsvalgte i NTF.

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

NTFs representantskapsmøte, med valg til nytt hovedstyre, finner sted på Gardermoen 1. og 2. desember.

Camilla Hansen Steinum



(Presidentkandidat. Gjenvallg, har sittet fire hovedstyreperioder, tre perioder som president.)

Alder: 41 år

Utdanning: Nordisk grunnfag UIO 1995–96, Cand. odont. Oslo 2002. Kurs i lyngass-sedasjon UiO 2003.

Praksis: Offentlig ansatt/distrikts-tannlege Østfold 2002–06, undervist VKII for tannhelsesekretærer 2002 og

2005–06, privat praksis Fredrikstad 2003-. Instruktørtannlege UIO 2006–07. Undervist i kommunikasjon og atferdsfag på odontologisk fakultet UIO 2010–11.

Foreningserfaring: Styremedlem Østfold TF 2005, kasserer Østfold TF 2006, leder Østfold TF 2007–11, varamedlem i NTFs hovedstyre 2008–09, medlem NTFs hovedstyre 2010–11, president i NTF 2012–, styremedlem Norsk Tannvern 2012–2017, observatør Akademikernes styre 2012–13, styremedlem Akademikerne 2014–.

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

– Det er flere store utfordringer for NTF og norske tannleger i tiden fremover. Samfunnet endres raskere enn før, og tannhelsetjenesten vil måtte endres i takt med dette. Det er utfordrende.

Vi ser økt konkurranse i privat sektor. Arbeidsinnvandringen har økt og det utdannes flere norske ungdommer utenfor Norge. Samtidig blir tannhelsen i befolkningen stadig bedre. Allikevel ser vi at enkelte pasientgrupper vil ha økt behov for tannhelsetjenester fremover. Fortsatt jobber de aller fleste av våre privatpraktiserende medlemmer i små eller mellomstore klinikker, men vi ser en tydelig tendens til økt kjedecentralisering med større virksomheter i privat sektor. Etablering av flere og større kjeder kan få betydelige konsekvenser for privat tannhelsetjeneste på lengre sikt.

Offentlig sektor står foran stadige utfordringer. Selv om flyttingen av tjenesten til kommunene foreløpig er stoppet, har Stortinget vedtatt at det skal igangsettes en prøveordning med kommunal tannhelsetjeneste. Denne saken vil fortsatt kreve ressurser og oppmerksomhet. I tillegg er flere sammenslanger av fylkeskommuner på trappene. Hvilke konsekvenser det vil

få for den offentlige tannhelsetjenesten er usikkert.

I en slik utfordrende tid er det veldig viktig at vi klarer å stå samlet som en forening. Da vil NTF ha tyngde og troværdighet, slik at vi fortsatt kan være premisseleverandør og påvirke der vi har mulighet. Jeg vil fortsatt at NTF skal arbeide for best mulig tannhelse og et best mulig tilbud til befolkningen, samtidig som jeg vil ha tannlegenes og medlemmenes situasjon i fokus.

Skal NTF fortsatt være en sterk organisasjon, er vi avhengige av engasjement i medlemsmassen og dyktige tilitsvalgte. Dette forutsetter god intern kommunikasjon, og det krever kontinuerlig fokus og ressurser.

Vi er også helt avhengig av et velfungerende og profesjonelt sekretariat som evner å tilpasse seg organisasjonens behov og fremtidige utfordringer. Dette arbeidet må prioriteres fremover.

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

– NTF har medlemmer i ulike situasjoner og med ulike behov i sitt profesjonelle liv. Jeg tror at det blir stadig mer viktig fremover at vi forsøker å tilpasse tilbuddet vårt mer til de enkelte medlemmenes behov. Det er viktig å ha en struktur som ivaretar alle interessegrupper innenfor en samlet organisasjon.

Vi må se både organisering og struktur i NTF i sammenheng med de endringene som skjer i samfunnet for øvrig, slik at NTF også i fremtiden vil være en viktig forening. Da må vi også bruke ressurser på å kartlegge «fremtidens tannhelsetjeneste» og se på utfordringer og muligheter, både for medlemmene, og for NTF.

Medlemskap i NTF skal fortsatt være et kvalitetsstempel. Vi må fortsatt holde fokus på etikk og pasientsikkerhet. Ordningen med obligatorisk etterutdanning er viktig. Den betinger at NTF

leverer gode kurs for alle medlemmer. Det krever innsats og ressurser og er en viktig del av foreningens arbeid.

Det politiske påvirkningsarbeidet vil bare bli viktigere og viktigere. NTF skal være den viktigste premissleverandøren på tannhelsefeltet, og vi må bruke vår innflytelse til beste for befolknings helse og tannhelse – og selv sagt for tannlegene.

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

– Det nye arbeidsprogrammet som nå legges frem, er mer oversiktlig og vil gi representantskapet god mulighet til å gjøre de overordnede strategiske valgene slik at hovedstyret og sekretariatet får en klar retning for arbeidet i neste periode. Hele arbeidsprogrammet er viktig, og som president må, og skal, jeg ha et overordnet ansvar for den samlede virksomheten.

Det politiske arbeidet er et hovedansvarsområde for presidenten. Samtidig må det løpende arbeidet med fag og etterutdanning, kommunikasjon og juridisk medlemsrådgivning også prioriteres. Det er svært viktig for alle våre medlemmer at dette fungerer optimalt.

Det kommer store utfordringer for NTF i årene som kommer. Det er viktig at både de tillitsvalgte og sekretariatet er rustet for de oppgavene vi står overfor. Jeg vil gjøre det jeg kan for at NTF fortsatt skal være en sterk og samlet forening som er profesjonell og tilpassningsdyktig og som tilbyr medlemmene det de har behov for.

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

– Jeg har variert arbeidserfaring fra både i offentlig og privat sektor. Jeg har i tillegg vært instruktørtannlege og undervist i kommunikasjon og atferdsfag ved UiO. Jeg har også undervist på tannhelsesekretærutdanningen. Det har gitt meg god innsikt i hele tannhelse-tjenesten. Det at jeg driver en privat praksis gjør at jeg kjenner utfordringene i privat sektor på kroppen. Det tror jeg er veldig viktig i en periode med til dels raske endringer i tannhelse-tjenesten.

Jeg har lært utrolig mye gjennom min tid i NTF. Jeg kjenner hele organisasjonen godt, og jeg opplever at vi har klart å nå frem med foreningens synspunkter til både politiske og administrative myndigheter, så vel som til samarbeidspartnere og – ikke minst – til

våre medlemmer og tillitsvalgte. Dessuten mener jeg at det akkurat nå er viktig med kontinuitet i foreningens ledelse i en ganske utfordrende tid. Jeg ønsker å bidra videre og håper at jeg får anledning til å bruke engasjementet mitt til fortsatt å jobbe for NTFs medlemmer. Jeg er fortsatt motivert!

Gunnar Amundsen



(Visepresidentkandidat, gjenvælg. Har vært visepresident i en periode og hovedstyremedlem i to perioder, som leder for Sentralt næringsutvalg (SNU))

Alder: 53 år

Utdanning: Cand.odont, Bergen 1989

Praksis: Deltidansatt i den offentlige tannhelsetjenesten 1989–1991, assistenttannlege 1989–1995. Privat praksiseier 1995–.

Foreningserfaring: 1996–98: Nestleder Haugaland Tannlegeforening, 1998–2002: Leder Haugaland TF, 2007–2008: Nestleder Haugaland TF, 2009–2011: Leder Haugaland TF, 2009: Varmedlem Sentralt næringsutvalg (SNU), 2010–2011: Utvalgsmedlem SNU, 2012–2015: Leder av SNU og medlem av NTFs hovedstyre. 2015–2017 visepresident i NTF

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

– Det er viktig at vi klarer å ivareta alles interesser, m.a.o. påvirke på en slik måte at den norske tannhelsemodell fortsatt skal forblive en suksesshistorie. En sterkt offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende privat tannhelse-tjeneste legger i dag premissene for suksessen. Derfor må rammevilkårene overvåkes og ivaretas for å sikre forutsigbarhet i begge sektorer.

Foreløpig blir DOT liggende i fylkeskommunene, likevel åpnes det opp for prøveordninger for kommunal tannhelsetjeneste. Hvordan disse prøveordningene skal se ut har vi for øyeblikket ikke fått signaler om. Økt oppmerksomhet på disse ordningene for å ivareta våre interesser vil kreve store ressurser i tiden fremover.

Regionsreformen og sammenslåing av fylker vil naturligvis også kunne få konsekvenser for DOT.

Vi ser en økt tendens til konsolidering i privat sektor. Større klinikker og kjededannelser har gjort sin inntreden. Hvilke konsekvenser kan dette få for den private tannhelsetjenesten?

Økt antall uteksamerte tannleger fra Norge og utlandet medfører økt behov for kunnskap omkring etterspørrelsen og behov for tjenesten.

Flere tannleger i markedet, økt konkurranse og tilgang til nye digitale markedsføringsportaler stiller høye krav til oss som stand i fremtiden – den etiske fanen blir enda viktigere å holde høyt i tiden fremover.

Vår rolle som fagforening og premissleverandør i tannhelsepolitiske saker blir avgjørende i tiden fremover. Ting skjer raskt og vi må evne å bruke de kontakter og erfaringer vi har for å utnytte vår posisjon på best mulig måte. Dette krever en samlet forening, engasjerte sentrale og lokale tillitsvalgte, samt et profesjonelt sekretariat.

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

– Medlemsmassen er i endring. I privat sektor har vi ulike engasjementsformer. Vi har kontraktortannleger, assistenttannleger, ansatte tannleger, samt små og store praksiseiere. I tillegg har vi ikke-tannlegeideeide kjeder som har engasjert tannleger som er medlem av NTF, m.a.o. et konglomerat av utfordringer. NTF må derfor i fremtiden organisere slik at vi kan gi optimal veiledning til alle våre medlemmer uansett hvilken gruppe de måtte tilhøre.

Ivaretagelse av ansatte tannlegers lønns- og arbeidsvilkår i offentlig sektor blir et viktig område å overvåke i kommende periode.

Rekruttering av nye tillitsvalgte er en forutsetning for at vi i fremtiden skal kunne ha en bærekraftig forening. Kravet og forventningene fra omgivelsene, både fra andre medlemmer og andre eksterne aktører, er store. Tillitsmann-

opplæringen må derfor være av en slik art at våre tillitsvalgte er best mulig russet til å møte fremtidige utfordringer.

En samlet forening er en forutsetning for å kunne utøve politisk påvirkning. Politisk påvirkning i tannhelsepolitiske saker blir en sentral oppgave i neste periode. Vår styrke er at vi står samlet, og foreningen må av den grunn være fremtidsrettet og fremoverlent. Vi må være i forkant slik at vi er i stand til å kunne endre oss på en slik måte at vi fortsatt kan stå støtt som en samlet forening.

Er NTF organisert på en riktig og effektiv måte, for å møte dagens og fremtidens utfordringer? Det er et spørsmål vi må kartlegge og prøve å svare på i løpet av neste periode.

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

– Vi har prøvd å gjøre årets arbeidsprogram mer oversiktlig. Dette i et forsøk på engasjere medlemsmassen i den politiske debatten som vi ønsker som forening. Målet er at representantskapet skal legge de politiske rammebetingelsene som hovedstyret og sekretariat skal kunne arbeide innenfor i neste periode. Et oversiktig og tydelig arbeidsprogram er etter mitt syn en forutsetning for at medlemsmassen får eierskap til de prosesser som til enhver tid pågår.

Et arbeidsprogram er dynamisk. Erfaringen tilsier at fokus flytter seg i løpet av en toårsperiode. For meg er det viktig å ha et helhetlig og tydelig arbeidsdokument. I tillegg må det ha en form og fleksibilitet som gir rom til å snu seg fort om og når det måtte kreves. Erfaringsmessig vil engasjementet på ulike områder endre seg i løpet av en periode, og jeg synes dagens dokument gir rom for mange spennende utfordringer.

God økonomi og trygging av denne på en slik måte at vi har forutsigbarhet i vårt nåværende og fremtidige arbeid er en forutsetning for at vi i dag, og i fremtiden, kan realisere ambisiøse arbeidsprogram. God økonomistyring og realistisk budsjetting vil alltid være et prioritert område

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

– Etter seks år i hovedstyret har jeg etter hvert fått god erfaring og representerer kontinuitet. I tillegg har visepresidentvervet gitt meg verdifull erfaf-

ring som en del av ledelsen Jeg opplever meg selv som engasjert og tydelig, og føler meg fortsatt meget motivert til å fortsette arbeidet for Den norske tannlegeforenings medlemmer.

Terje Fredriksen



Foto: Privat.

(Hovedstyremedlem, nyvalgt.)

Alder: 48 år

Utdanning: Cand. odont. UiO 1997, Implantatprotetikk 2009, Lystgassautorisasjon 2012

Praksis: Ass.tannlege i privat praksis Vinje, Oslo, Lillestrøm, Skien 1997–2002. Privat praksis i Porsgrunn 2002–.

Foreningserfaring: Leder av Telemark Tannlegeforening, 2010–

Medlem av Valgkomiteen til Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse, 2016–

Moderator på Facebookgruppen Oss Tannleger imellom, 2014–2017

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

– Fortsettelse av kommunereformen og påvirkning av organiseringen av DOT etter regionsreformen. Regionsreformen vil automatisk påvirke NTF sin egen organisasjon og lokalforeningene. Hvordan vitalisere lokalforeningene og sørge for at de har påvirkning og innflytelse.

Demokratireform internt i foreningen, hvordan skape en forening som evner å fange opp medlemmenes oppfatninger og meninger uten at det blir for kostbart og tungrodd og ivaretar en effektiv styring av foreningen.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode, og hvilke (t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Mye av foreningens ressurser de siste årene har gått med til å jobbe med kommunereformen. Dette var nødvendig og riktig og ble kronet med at NTF sitt syn foreløpig fikk gjennomslag i Stortinget. For foreningen tror jeg at det ga verdifull erfaring i å drive påvirkningsarbeid inn mot beslutningstakere.

Overkapasitet av tannleger i forhold til behandlingsbehov er ett tema som jeg tror blir mer aktuelt i årene som kommer. Dette kan ramme både lønnsdannelsen i DOT men i enda sterkere grad kan det bli ett problem for private kollegaer. Jeg er enig med tidligere president Carl Christian Blich i sin mening i dette spørsmålet og deler hans bekymring for fremtiden. Dette er en svært viktig sak for tannleger i Norge og en sak der NTF kan bruke erfaringen og kontaktene en tilegnet seg under arbeidet med kommunereformen.

Det er viktig å jobbe for at norske tannleger fortsatt står samlet i en forening for å sikre mest mulig gjennomslagskraft, den er svak nok som den er i dag. Blant endel private kollegaer hører jeg ofte at NTF kun er viktig for ansatte tannleger og særlig offentlige ansatte tannleger. NTF må være en forening for medlemmene. Om de er offentlig eller private ansatte, tilknyttet fakultetene og sykehus, spesialister, om de driver sin egen en-mannsklinikk eller om de driver en større flermannsklinikk er det viktig at alle finner det formålstjenelig å være medlem av NTF.

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

– Min arbeidserfaring er som assistenttannlege og praksiseier i privat sektor. Jeg fungerer også som daglig leder på et privat medisinsk senter der jeg prøver å få leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og tannleger til å dra i den samme retningen.

Jeg har sittet som leder i Telemark tannlegeforening en del år. Det er en av de mindre lokalforeningene i NTF sitt system. Erfaringen av hvordan ting fungerer også i de små lokalforeningene anser jeg som viktig at er representert i hovedstyret. Jeg har et sterkt samfunnsengasjement, har tatt min tørn i Skien bystyre og er nestleder i styret til eliteserielaget i håndball Gjerpen HK Skien.

Jeg er gift med min Janne som er familiterapeut, og har to døtre på 17 og 14 og en sønn på 9 år.

Ellen Holmemo



(Hovedstyremedlem, gjenvalg. Har sittet en hovedstyreperiode.)

Alder: 42 år

Utdanning: Odontologi ved UiB 1995–2000. Kurs i lystgassedsjon UiB 2006. Sertifisert som spesialopplært tannlege i kognitiv adferdsterapi for pasienter som er diagnostisert med odontofobi og intraoral injeksjonsfobi 2014.

Praksis: Offentlig ansatt tannlege i Hordaland Vest tannhelsedistrikt fra 2001-. Stilling ved Senter for odontofobi i Bergen 2008–2013. Klinikkleiar Sotra klinikkområde fra 2013-. Supplementant Bergen tannlegevakta fra 2013-

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

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

– Det utdannes mange tannleger til et marked hvor befolkningens tannhelse blir stadig bedre. Endringer i arbeidsmarkedet kan bli utfordrende, både i privat og i offentlig sektor. Vil den økte tilgangen på arbeidskraft i tannlegemarkedet være en utfordring for lønns- og arbeidsvilkår offentlig? Hvordan vil den økte mengden arbeidskraft påvirke yrket vårt? Vil konkurransen om pasientene føre til økt konflikt-

nivå innad i tannlegestanden? Vil minnende overflod av arbeidsoppgaver føre til en endring at selve yrket, ved at innovative tannleger finner nye oppgaver?

Ved alle endringer, følger det skepsis, og når det blir konkurranse om ressursene, øker konfliktnivået. I slike tider er det viktig at Tannlegeforeningen er en samlende forening for medlemmene. Jeg opplever at vi har en forening hvor det er gode debatter og gode prosesser som ender i at en samlet medlemsmasse står bak et standpunkt. Dette opplevde vi blant annet i den forrige periodens store arbeid med å vinne Stortingets flertall om å ikke flytte den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene. Her la et stort antall tillitsvalgte, både på lokalt og sentralt nivå, inn en betydelig innsats. Det var et lagarbeid, og vi lyktes. Et bredt engasjement innad endte i en klar og entydig tale utad, og vi ble hørt. NTF skal fortsette å være en viktig brikke i utformingen av framtidens tannhelsetjeneste.

I et marked i endring, er det viktig at NTF i tiden framover, fortsetter å være en samlende forening for alle medlemmene, hvor tannlegene opplever både et faglig utviklende fellesskap, et sosialt felleskap, en etisk rettesnor og juridisk veiledning.

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

– Representantskapet vedtar arbeidsprogrammet, og hovedstyret leverer det representantskapet bestiller. Hovedstyret har engasjement for hele arbeidsprogrammet.

Det jobbes med mange viktige oppgaver. Kurstilbudet somgis av NTF, både sentralt og lokalt, er kanskje det som flest av medlemmene setter pris på og er opptatt av. At det faglige tilbuddet til medlemmene er under kontinuerlig utvikling, er viktig.

Forrige periode ble det brukt mye tid og ressurser på arbeidet med flytting av offentlig tannhelsetjeneste. Stortinget gikk imot kommunal forankring, men lot det være igjen et lite vindu for prøverordninger. Dette må følges opp videre.

Kommunikasjon innad i organisasjonen er viktig. Innimellom opplever jeg stemmer som er frustrerte over manglende engasjement fra NTF i saker, som jeg vet at det jobbes mye med. Det viser at vi kan bli enda flinkere med kommunikasjon.

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

– Jeg har ingen saker som jeg kommer til å prioritere foran andre. Hovedstyret er en samling av mye forskjellig kompetanse. Oppgavene i arbeidsprogrammet løses i fellesskap gjennom gode prosesser.

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

– Jeg har 17 års yrkeserfaring fra offentlig sektor. Som mor til fire sønner har jeg trening i å kommunisere klart og tydelig. Som klinikkleiar over jeg meg stadig på å lede og å vise vei. Som tillitsvalgt i fylkeskommunen ble jeg godt kjent med hvordan dagens offentlige tannhelsetjeneste drives, og har kunnskap om avtaleverket som regulerer det. Min lokalforening er Bergen, en aktiv forening med engasjerte medlemmer og klare røster.

Mette Helen Kristoffersen Johansen



Foto: Privat.

(Hovedstyremedlem. Nyvalg)

Alder: 35 år

Utdanning: Master of Odontology, Universitetet i Oslo, 2006

Praksis: Offentlig ansatt tannlege i Nordland Fylkeskommune siden 2006, på Tverlandet tannklinik 2006–2010, Nedre Rønvik tannklinik 2006–2012, Saltvern tannklinik 2012–. Assistenttannlege ved Tryggestad Tannklinik 2006–2010. Veileder for ekstern praksis UiT 2012–

Foreningserfaring: Leder for Nordland Tannlegeforening periodene 2014–2015 og 2016–2017.

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

– I den siste perioden har Tannlegeforeningen, naturlig nok, vært veldig

opptatt av den overhengende kommunereformen og spørsmålet om hvorvidt DOT skulle flyttes fra fylkeskommunen til kommunene. Dette har naturligvis krevd ressurser både i tid og økonomi for foreningen. Forslaget som ble lagt frem i Stortinget hadde konsekvenser også for privatpraktiserende tannleger, men absolutt av størst innvirkning på offentlig ansatte. Den norske tannlegeforening er unik i måten dette både er en organisasjon for private og offentlig ansatte tannleger, og både en arbeids-giver- og en arbeidstakerorganisasjon. I Norge, i motsetning til våre naboland, har vi bare en samlende forening for tannleger, med en enestående god oppslutning. Vi må i tiden fremover fortsette å holde fokus på hvorfor dette er en organisasjon for alle tannleger, selv om det for flere kan erfares slik at foreningen har stått mest på for de offentlige ansatte den siste tiden.

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

– For å ivareta medlemmernes interesser er det mange oppgaver som krever innsats, og mange utfordringer dukker opp underveis. Utfordringene er mye mer dynamiske enn tidligere, og fokuset vårt endres mye raskere. Utenlandsbehandling, arbeidsinnvandring, etiske spørsmål og en arbeidshverdag som for enkelte kan oppleves som mer og mer presset, for å nevne noen.

Våre medlemmer er opptatt av hvordan foreningen jobber for å bedre arbeidsmarkedet vårt, og hvordan vi jobber både politisk og i de informasjonskanalene vi har. Vi skal være en forening som blir hørt i det feltet vi er spesialisert i: Tannhelse. Det er derfor viktig å synliggjøre på hvilken måte vi forvalter foreningens ressurser, slik at alle skal oppleve at de er medlem av en organisasjon som jobber for dem.

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

– Arbeidsprogrammet i NTF er et viktig dokument som helhet, og det er vanskelig å dra ut enkeltsaker. Men skal jeg nevne noe især, er det hvor viktig oppdaterte kurs er for foreningen. Ikke bare faglig, men kursene er også en viktig sosial arena. Det er godt for oss å møtes, slik at de medmenneskelige avstandene oss kollegaer imellom ikke blir unødig store, i en tid med stadig mer press og konkurransen. Jeg er opptatt av at det er et kvalitetsstempel

at man er medlem av Den norske tannlegeforening, og foreningen er en solid leverandør av faglige kurs. Slik kan både befolkningen og politikerne ha tillitt til vår ekspertise innenfor vårt felt, og vi kan bli hørt i tannhelsefaglige spørsmål. Når fagnemnden gjør et så godt arbeid som de gjør, kan vi være stolte medlemmer av en forening av faglig oppdaterte tannleger. Bred satsning lokalt og sentralt, på kurs landet over og nettbaserte løsninger sikrer at dette gjelder oss alle.

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

– Av kandidatene til hovedstyret er jeg ikke av dem som har lengst fartstid i foreningssammenheng, men mener likevel at jeg kan være et godt tilskudd. Jeg er en offentlig ansatt tannlege fra Nordland, og jeg synes det er viktig at det også i hovedstyret er representanter fra vår nordlige landsdel. Jeg arbeider som ekstern tannlege for Universitetet i Tromsø, og synes også det gir meg et innblikk i hva som opptar våre nyutdannede og studentene, som er viktige satsingsfelt for å opprettholde vår høye deltagelse.



Foto: Privat.

Benedicte Heireth Jørgensen

(Hovedstyremedlem. Gjenvalg, har sittet en hovedstyreperiode.)

Alder: 42 år

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

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

Foreningserfaring: Nestleder Oslo Tannlegeforening (OTF) 2010–2011, leder OTF 2012–2013. Vara NTFs hovedstyre 2014–2015. Valgkomiteen i Sentralt næringsutvalg (SNU) 2014–2015. Vara sykehjelpsordningen 2014–2015. NTFs Hovedstyre 2016–2017. Styremedlem Norsk Tannvern

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

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

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

– Tannlegeforeningen har programfestet at vi skal jobbe for en sterk offentlig tannhelsetjeneste og en velfungerende privat sektor. NTF skal fortsette med det pågående informasjons- og påvirkningsarbeidet både opp mot politikere, de ulike departementene, forvaltningen og pressen. NTF vet av erfaring hvilke prioriteringer som er til det beste for den generelle tannhelsen.

Slik jeg ser det vil en velfungerende offentlig tannhelsetjeneste også gi stabilitet i den private sektoren der hvor jeg jobber. Forutsigbare rammebetingelser er en nødvendighet i denne sammenhengen. Det er meget viktig at NTF fortsetter å jobbe for økte folketrygdstønader for sårbare grupper. Folketrygdloven skal bidra til å gi økonomisk trygghet for hele befolkningen ved å blant annet kompensere for særlige utgifter ved sykdom og skade. Jeg møter stadig pasienter i praksis med behov for støtte som ikke er berettiget til dette i henhold til nåværende regelverk. Målretting av offentlige midler vil derfor gi mest og best tannhelse for pengene. Dagens trygdesystem bør utvides og styrkes.

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

– Det å være medlem av NTF skal være et kvalitetsstempel. Vi må rekruttere medlemmer og skape engasjement. Foreningen trenger aktive medlemmer på alle plan. Som medlem av NTF skal

man ha fokus på yrkesetikk og god faglig standard.

Jeg mener fortsatt at allmenntannlegen skal være ryggraden i norsk tannhelsetjeneste. Dette oppnår man ved å styrke grunnutdanningen og videreutvikle den obligatoriske etterutdanningen. Jeg er også opptatt av ledervikling og mener at mange offentlig ansatte og privatpraktiserende tannleger vil kunne ha nytte av dette. I den sammenheng har vi satt i gang med et nytt og utvidet lederkurs som jeg håper mange av våre kollegaer vil finne nytig.

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

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



Heming Olsen-Bergem

(Hovedstyremedlem. Gjenvalgt, har sittet en hovedstyreperiode.)

Alder: 48 år

Utdanning: Cand. odont. UiO 1997. Spesialist oral kirurgi og oral medisin, UiO 2005. PhD UiO, 2015.

Praksis: Privat praksis, Halden og Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Østfold, Fredrikstad 1997–1998. DOT Troms, Sjøvegan 1998. Privat Praksis Oslo, 1999–2000. Instruktørtannlege UIO 1999–2005. Universitetslektor UIO 2006–2015. Privat spesi-

alistpraksis Drammen 2003-. Forsvarets sanitet fra august 2015-. Leder spesialistutdanningen i oral kirurgi og oral medisin, UiO. Førsteamanuensis, IKO, UiO, 2016-. Spesialisttannlege ved ØNH/kjevekirurgi, Vestre Viken HF, Drammen sykehus 2016-

Foreningserfaring: Styremedlem Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin 2008–2010. Leder Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin (NFOKOM) 2010–2016. Nestleder NFOKOM 2016-. Styremedlem ITI Norge/Sverige 2012–2016.

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

– NTF må fortsette å jobbe for å bli hørt av politikere og helsemyndigheter. Arbeidet med utformingen av det nye tannhelse-Norge har ikke stanset, men er noe som vil møte oss igjen i årene fremover. Det blir viktig at NTF er en samlet, tydelig og klar stemme i dette arbeidet. Vi skal se helheten der andre konsentrerer seg om sine egne områder, og vi skal arbeide for at alle samarbeider og hvor målet er et bedre tilbud for våre pasienter. I dette blir det viktig å styrke grunnutdanningene ved alle tre universiteter i Norge. Det blir derfor også viktig å samle medlemmene om NTF som sin organisasjon. NTF skal være der for sine medlemmer som det beste alternativet på medlemsfordeler, fagutvikling og bredde. NTF skal være en åpen og demokratisk organisasjon der alle blir hørt, og vi skal være en organisasjon som høres. Med det mener jeg at vi må høres hos politikere, byråkrater, medier, tannleger, andre helsearbeidere, universitetene, og hos de som tenker seg inn i vårt yrke og lurer på om de skal studere til tannlege i Norge eller i utlandet.

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

– NTF må jobbe ytterligere med rollen som en sentral helsepolitisk aktør, og samtidig klare å balansere dette opp mot utfordringene som ligger i det å være både fagorganisasjon og tilbyder av etterutdanning. Dette innebærer at NTF stadig må jobbe for et bedre medlemstilbud for alle sine medlemmer, et bedre fagtilbud og en bedre demokratisk organisasjon der medlemmer blir hørt. Særlig viktig blir det å støtte opp om lokalforeningene og deres arbeid.

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

– Jeg er veldig oppatt av NTFs samfunnsrettede arbeid og det medlemsrettede arbeidet, noe man sikkert forstår av svarene over. Etter å ha sittet i hovedstyret i to år nå, skjønner jeg i stadig større grad at alle områdene i arbeidsprogrammet henger sammen. Det er viktig å arbeide med alt som representantskapet har bedt hovedstyret å jobbe med.

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

– Jeg tror at jeg kan tilføre en bredde-tenkning til hovedstyret. Jeg arbeider til vanlig innenfor mange deler av NTFs virksomhet, med studenter og utviklingen av utdanningen, i Forsvaret som ser på tannleger på andre måter enn de tradisjonelle, på sykehus og i privat virksomhet. I dette ser jeg hva jeg synes fungerer og ikke fungerer, og får også innspill fra studenter, andre tannleger offentlig og privat, andre spesialisttannleger og annet helsepersonell. Jeg håper å kunne fortsette å ta dette med inn i et videre arbeid i hovedstyret. Og så er jeg en jordnær kar fra Halden som er vant til å spørre når jeg ikke skjønner, si ja så ofte jeg kan, men også nei når jeg må.

Ralf Husebø



(Hovedstyremedlem. Gjenvalgt som leder av Sentralt næringsutvalg (SNU). Har sittet en hovedstyreperiode. Tre perioder som vara til NTFs hovedstyre.)

Alder: 48 år

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

Praksis: Praksiseier i Sandnes 1998-

Foreningserfaring: Medlem PTL-styret 1998–1999. Leder PTL Rogaland

1999–2001. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2001–2002. Leder Landsmøtekomiteen (Stavanger) 2006, 2002–2007. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2007–2009. Leder i Rogaland TF 2009–2011. Vara til NTFs hovedstyre 2010–2015.

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

– Jeg brenner for en samlet forening, og mener vi må jobbe hardt for å holde oss samlet. Står vi sammen har vi vesentlig større gjennomslagskraft enn om vi deler oss opp, og dette har vi nettopp sett tydelig gjennom vårt arbeid med kommunereformen. I våre naboland har ikke tannlegene klart å holde på en samlet forening, og det gir dem store utfordringer. Skal vi klare dette så må vi jobbe mye med kommunikasjon, samt at vi må ivareta alle grupperinger i NTF. Det er en del som uttrykker misnøye med NTF, det er gjerne ikke til å unngå da det er umulig å gjøre alle til lags. Allikevel må vi høre på de som er misfornøyde og se om det er noe vi kan gjøre for at færre skal være misfornøyde.

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

– Fortsette utviklingen av kurs slik at alle våre medlemmer kan holde seg oppdaterte til enhver tid. Skal vi opprettholde vårt gode omdømme så er det viktig at våre medlemmer går på kurs. Derfor er det viktig at NTF stadig utvikler sine kurs slik at medlemmene går på dem. Kursene må være relevante, interessante, lett tilgjengelige og varierte både i innhold og form. Som praksiseier så er jeg opptatt av at vi også må ha kurs som går på ledelse, administrasjon og økonomi, ikke bare tannlegefaglige kurs.

NTF må hele tiden jobbe for å være premissleverandør i tannhelsepolitiske spørsmål. For å kunne påvirke tannhelsepolitikken må vi jobbe kontinuerlig med å fremme våre syn både i politiske prosesser og i samfunnsdebatten. Hovedstyre og sekretariat har blitt svært gode på dette, så det må vi fortsette med.

Vi ser en økende konkurranse både i bransjen i Norge, men også fra utenlandske aktører. I slike tider er det ekstra viktig at vi har gode holdninger. Etikk er derfor noe vi må jobbe aktivt med. Jeg har stor tro at NTFs etiske

regler kan utgjøre et konkurransefortrinn i forhold til andre aktører, og det vil være til pasientenes fordel om vi følger dem. Derfor vil jeg oppfordre alle tannleger og tannlegekjelder i Norge til å følge NTFs etiske regler. NTF må fremme disse reglene ovenfor både medlemmer og pasienter.

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

– Alle som sitter i NTFs hovedstyre må tenke på helheten i arbeidsprogrammet og ta ansvar for det. Områder som engasjerer meg mye er kursutvikling (deriblant kurs for praksiseiere), yrkesetikk, gode arbeidsforhold for både praksiseiere og ansatte eller leietannleger, tannhelsepolitiske spørsmål og at vi står samlet som en sterk forening.

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

– Jeg har lang erfaring i NTF, men også innen andre organisasjoner. Samfunnsengasjert, mener at vi alle må ta ansvar om vi skal ha et godt samfunn. Derfor mener jeg også at vi av og til må løfte blikket litt og ikke bare se på oss selv. Ellers er jeg løsningsorientert, men ikke redd for å stå på mitt standpunkt om jeg mener det er prinsipielt viktig.

Farshad Alamdari



(Hovedstyremedlem. Gjenvalet som leder av Sentralt forhandlingsutvalg (SF). Har sittet to hovedstyreperioder.)

Alder: 52 år

Utdanning: Cand. odont. Oslo 1993

Praksis: Offentlig ansatt tannlege, Nordland fylkeskommune-Lurøy 1993–94, Hedmark fylkeskommune, Trysil 1994–2013, og overtannlege siden 2014–

Foreningserfaring: Styremedlem og kasserer Hedmark tannlegeforening 1995–2001, leder UTV Hedmark og styremedlem i Hedmark Tannlegeforening 2002–2013, nestleder Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) 2008–2013, varamedlem NTFs hovedstyre 2008–2013, har representert NTF i Akademikerne stat, Akademikerne kommune og Akademikerne helse. Leder av Sentralt Forhandlingsutvalg og medlem av NTFs hovedstyre 2014–.

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

– I juni 2017 ga Stortingets flertallet ikke tilslutning til regjeringens opprinnelige ønske om flytting av ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til kommunene. Samtidig har Stortinget bedt regjeringen om å legge til rette for en prøveordning som skal evalueres og ber regjeringen om å komme tilbake med en egen sak i 2023 som vurderer overføring av den samlede tannhelsetjenesten basert på erfaringene fra prøveordningen. NTF har brukt mye tid og ressurser i forkant av Stortings behandling av regjeringens forslag om flytting av DOT, og det vil fortsatt være svært viktig å fortsette arbeidet med å overbevise beslutnings-takerne om NTFs primære standpunkt, at store og robuste enheter er en forutsetning for en god og likeverdig tjeneste og at en fortsatt regional organisering sikrer tannhelsetjenestens behov for store nok enheter. Det er viktig å bevare og videreføre den norske tannhelsemodellen med en sterk offentlig sektor og en velfungerende privat sektor.

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

– Arbeidet med å påvirke beslutningstakere når det gjelder prøveordningene og evaluering av disse i prosessen fram til 2023 blir fortsatt svært viktig. Vi må fortsatt ha god dialog med, og arbeide målbevisst mot myndighetene for å tydeliggjøre verdiene og suksesskriteriene i dagens tannhelsemodell og konsekvensene av en eventuell flytting av ansvaret.

I tillegg har prosessen med regionreform og sammenslåing av flere fylkeskommuner kommet i gang for alvor etter stortingsvalget i september. Det blir svært viktig at NTF både sentralt og

lokalt følger opp disse prosessene for å ivareta våre medlemmers interesser

I tillegg bør NTF videreutvikle sitt lederkurs for tannleger.

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

– Arbeidsprogrammet består av flere elementer som hver for seg er viktige og som gjør helheten spennende og interessant. Etikk og etterutdanning er viktige områder. Tannleger med høy etisk og faglig standard er av avgjørende betydning for tjenestekvaliteten og dette vil bli enda viktigere i årene som kommer. Nærings- og tariffpolitikk er naturligvis også områder som engasjerer meg.

tige områder. Tannleger med høy etisk og faglig standard er av avgjørende betydning for tjenestekvaliteten og dette vil bli enda viktigere i årene som kommer. Nærings- og tariffpolitikk er naturligvis også områder som engasjerer meg.

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

– Jeg håper at min erfaring som mangeårig hovedtillitsvalgt og forhandlingsleder både lokalt og sentralt, evnen til samarbeid og å finne løsninger og kjennskap til lover og regler vil bidra til arbeidet i NTFs hovedstyre.

Tekst: Ellen Beate Dyvi

Foto: Kristin Aksnes

SDR® flow+ Bulk Fill Flowable

SDR® blir nå SDR® flow+ og lanseres i tre nye farger

- Selvutjevnende konsistens
- 4 mm herdingsdybde
- Tilgjengelig i 4 farger
- Indikasjoner: Klasse I, II, III og V
- 5 års Nordisk klinisk data¹



¹ van Dijken JWV, Pallesen U. 2016: Posterior bulk-filled resin composite restorations: A 5-year randomized controlled clinical study; J Dent 2016 Aug;51:29-35.

THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 Dentsply
Sirona

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2017

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
11	9. november	15. november	14. desember

Frister og utgivelsesplan 2018

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '17	8. desember '17	11. januar
2	11. januar	16. januar	15. februar
3	8. februar	13. februar	15. mars
4	1. mars	6. mars	12. april
5	5. april	10. april	16. mai
6	4. mai	22. mai	21 juni
7	7. juni	14. juni	16. august
8	9. august	14. august	13. september
9	3. september	18. september	18 oktober
10	11. oktober	16. oktober	15 november
11	8. november	13. november	13 desember



INTRODUSERER **COLGATE® PROclub** NORDIC

Colgate® PROclub er en Linkedin basert klubb eksklusivt for nordiske tannleger, tannpleiere og annet tannhelsepersonell. Som medlem vil du få eksklusiv tilgang til produkter og tjenester som kan være aktuelle og fordelaktige i din daglige praksis på klinikken. F. eks:

-  Oppdatering på det siste innen forebyggende og reparativ tannbehandling
-  VIP-invitasjon til etterutdannings seminarer, webinarer og symposier
-  Pasientbrosyrer og praktiske verktøy
-  Webshop med eksklusive medlemsfordeler (kommer snart)
-  Profesjonelt nettverk



MELD DEG PÅ NÅ & FÅ EN GRATIS VELKOMSTGAVE !



Log inn med din Linkedin profil. Alle aksepterte eksklusive klubbmedlemmer får en gratis velkomstgave*

* Så lenge lageret varer



LinkedIn

Scan QR koden eller log inn på linkedin.com/groups/8589598

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) forblir kommunal:

En fordel for privat sektor?

Tidendes augustnummer er NTFs president indignert over at hovedstyret har fått kritikk for å bruke for mye krefter på offentlig sektor for å hindre at DOT ble overført til kommunene. «*Det er derfor viktig å understreke at det arbeidet som er nedlagt, har vært svært viktig for alle medlemmer også i privat sektor*», skriver presidenten. Dette synes så opplagt for henne at hun ikke finner det nødvendig å forklare. Det var kanskje riktig av NTF å bruke store ressurser på at fylkene fikk beholde DOT, men for meg som privat spesialist er ikke fordelene for privat sektor like opplagte som for presidenten.

Det er derimot ikke vanskelig å finne argumenter for at fortsatt fylkeskommunal DOT *kan* medføre problemer for privat sektor. Vi kjeveortoperdører har i årtier levd med at krefter innen Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (HDir) og DOT, og de siste årene de regionale kompetansesentrene (ROKene), har ønsket å overta ansvaret for kjeveortopedien og overføre trygdemidlene til DOT og ROKene. Det ville

utradere privat kjeveortopedi. Det finnes også i de samme kretser et ønske om at offentlig sektor skal overta mer av ansvaret for alle spesialiteter, både utdanning og klinikkk. Overføring av trygdemidlere til ROKene har som kjent foregått i noen år allerede med blant annet denne begrunnelsen.

Grenseflaten mellom spesialist og allmenntannlege er ikke gitt for all framtid, og hvis trygdepengene for spesialistbehandling først overføres, og arbeidsoperasjonene seinere tillates utført også av allmenntannlege, for eksempel etter en lignende modell som for implantatprotetikk, er det neppe enkelt å få pengene tilbakeført til trygdebudsjettet. Da vil det få følger for alle i privat sektor.

Jeg går ut fra at dette er en utvikling NTF ikke ønsker og vil motarbeide, og at foreningen vil bruke de nødvendige ressurser for å sikre framtida til sine private medlemmer, spesialister og allmennpraktikere, slik de nå har hjulpet sine medlemmer i DOT med å stoppe overføring til kommunene.

Det synes ikke urimelig å anta at en overføring av spesialistansvaret og trygdemidlene er enklere å få gjennom dersom ROKene kan samarbeide med 20 sterke fylkestannleger som deler deres ønsker, enn hvis de hadde måttet forholde seg til noen hundre kommunale helseadministrasjoner som steller med mye annet enn tannleger. Det hadde derfor vært fint hvis presidenten kunne fortelle oss hvorfor et fylkeskommunalt DOT er en så opplagt fordel for privat sektor, inkludert spesialistene, at det ikke trenger å begrunnes.

Når hun skriver at kritikken hovedstyrer har følt på «*faller på sin egen urimelighet*», sniker det seg dessverre inn en mistanke om at dette er en formulering som lett kan brukes når argumentene ikke akkurat står i kø, eller er lite gjennomarbeidet. Noen ord fra presidenten vil forhåpentligvis kunne fjerne denne mistanken.

Tor Torbjørnsen
Kjeveortoped

Tenner for alle – hele livet

Norsk Tannvern vil ha forsterket fokus på sosial ulikhet i tannhelse og inviterer til samarbeid

Norsk Tannvern®
www.tannvern.no





Svar til kjeveortoped Tor Torbjørnsen:

«En fordel for privat sektor?»

Tor Torbjørnsen peker i sitt innlegg på at jeg i «Presidenten har ordet» i Tidende nr. 8-2017 skrev at arbeidet med flyttingen av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten også har vært viktig for NTFs medlemmer i privat sektor. Han reagerer på at jeg ikke forklarer dette nærmere. Jeg skal forsøke å svare ut dette her.

Den norske tannhelsemodellen, med en sterkt offentlig sektor og en velfungerende privat tannhelsetjeneste med fri prisfastsetting, fri etableringsrett og fri konkurranse, har vært veldig vellykket. De to sektorene er avhengig av hverandre, og endringer i den ene sektoren vil lett kunne få innvirkning på den andre sektoren.

Det er viktig å understreke at hele foreningen har vært involvert i arbeidet med denne saken. Vi gjennomførte samlinger for tillitsvalgte i privat og offentlig sektor samt møter med lederne i alle lokal- og spesialistforeningene. Hovedstyret mottok innspill blant annet fra enkeltpersoner og fra utvalgene for privat (SNU) og offentlig (SF) sektor. Vi samarbeidet også med andre

yrkesorganisasjoner i tannhelsesektoren, med Akademikerne (spesielt Legeforeningen) og med KS. Hele NTFs organisasjon har stått samlet bak den politikken som vårt höringssvar er bygget på. Lokal- og spesialistforeningene leverte dessuten egne höringssvar, som støttet opp om foreningens standpunkter. Alle höringssvarene finnes her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horingsnotat-om-oppfolging-av-forslag-i-primerhelsetjenestemeldingen-og-oppgavemeldingen-mv/id2502925/>

NTF mener at de endringene for offentlig sektor som Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) foreslo i sitt höringsnotat fra 2016, potensielt ville ha store og negative konsekvenser for privat sektor. Det forelå også konkrete forutsetninger og forslag i notatet som i stor grad ville påvirke privat sektor direkte.

NTFs representantskap har besluttet at NTF skal jobbe for å opprettholde den norske tannhelsemodellen. Vi har vært tydelige på at vi ønsker store og robuste familiører i offentlig sektor.

Derfor mener vi at et regionalt nivå vil være den beste forankringen for den offentlige tannhelsetjenesten dersom fylkeskommunene forsvinner. Vi har vært bekymret for at tannhelsetilbudet til pasientene ville bli svekket ved de foreslalte endringene.

NTF ønsker også en utvidelse og en forbedring av dagens trygdesystem, som vi mener er et godt og ubyråkratisk system som gagner pasientene.

Höringsnotatet fra HOD var omfattende. Skal man få et helhetlig bilde av saken henviser jeg til NTFs höringssvar som finnes tilgjengelig på NTFs nettsted: <http://tannlegeforeningen.no/Profesjon-og-fag/Helsemyndigheter/NTFs-hringssvar-om-Primerhelsetjenestemeldingen-og-Oppgavemeldingen-er-levert.aspx>. Jeg skal allikevel forsøke å begrunne kort hvorfor vi mener at flere av de endringene som var foreslatt, ville slått negativt ut også for privat sektor:

* Höringsnotatet åpnet for at private tjenesteytere uten noen form for avtale med kommunen kunne reguleres i lov om kommunale helse- og omsorgstje-

Tannlegesenteret

Bergrådveien 13



Tannlegesenteret ligger lett tilgjengelig på Tåsen i Nordre Aker bydel, rett ved Ring 3.
Det er gode offentlige kommunikasjons- og parkeringsmuligheter.
Våre lokaler er tilpasset bevegelseshemmede.
Alle våre spesialister mottar henvisninger.

Telefon: 23 26 51 00
Adresse: Bergrådveien 13, 0873 Oslo
E-post: post@tannlegesenteret.no
timeavtale@tannlegesenteret.no

Åpningstider: Man – fre 08:00 – 19:00
www.tannlegesenteret.no

nester m.m. Det reagerte NTF kraftig på. Forslaget åpnet for regulering av tannlegevirksomhet i privat sektor, uten noen form for reell begrunnelse eller utredning av behov og konsekvenser. Forslaget fremsto som svært kontroversielt, og ville fått store konsekvenser for private tannlegevirksomheter. NTF hevdet at forslaget representerte et utilbørlig inngrep overfor en yrkesprofession hvor 70 % av virksomheten foregår i privat regi, helt uten finansiering fra det offentlige. Her fikk vi også gjennomslag. Departementet revurderte sitt standpunkt og kom til at en helprivat sektor vanskelig kan reguleres i lovverket slik det var lagt opp til.

* Det ble foreslått at den lovfestede retten til vederlagsfri behandling i den offentlige tannhelsetjenesten skulle fjernes. Departementet ønsket i stedet å regulere dette i forskrift, og dermed overføre beslutningsmyndigheten fra Stortinget til regjeringen. Med det fjernet de også hjemmen for at kjeveortopeder kan ta egenandel av pasientene, noe som potensielt kan få store konsekvenser. Dette har NTF argumentert mot.

* Forslaget åpner for at kommunene kan oppfylle sitt ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten med utstrakt kjøp av tjenester fra private tjenesteytere. Det er sannsynlig at mange av kommunene ville ha satt ut disse tjenestene på anbud. Det private tannhelsemarkedet består fortsatt av mange små klinikker. Små klinikker i privat sektor ville neppe ha vært rustet til å kunne delta i slike formelle anbuds-runder. Ordningen ville dermed favorisert de store virksomhetene i tannhelsemarkedet. Dette er ikke en ønsket utvikling slik NTF ser det.

* I høringsnotatet omtales en offentlig «spesialisttannhelsetjeneste» som

i dag ikke eksisterer. Tannlegespesialistene jobber i all hovedsak helprivat, dvs. uten offentlig driftstilkudd. Her har NTF reagert kraftig på premissene som ble lagt i høringsnotatet.

Av høringsnotatet kan det se ut som om fylkeskommunens ansvar for spesialisttannhelsetjenester i stor grad ivaretas av fylkeskommunens egne ansatte spesialister i dag. NTF påpekte at det nevnte ansvaret i all hovedsak ivaretas ved kjøp av spesialisttjenester i en velfungerende privat sektor, noe kommunene også vil være avhengig av etter en overføring av det offentlige tannhelse-tjenestearvet. Svært få kommuner vil ha befolkningensgrunnlag nok til å ha behov for å ansette egne spesialister.

* Det ble i høringsnotatet foreslått å overføre ansvar for eierskap og drift av kompetansesentrene til de kommunene hvor de er geografisk plassert. Det ble også lagt opp til rammefinansiering av selve tjenesten, med særskilt til-skudd til kommuner med kompetanse-sentre for å gi disse kommunene incen-tiver til å videreutvikle spesialisttann-helsetjenestene og tilby slike tjenester til kommuner som ikke har tilgang til spesialister. Dette tilskuddet skulle tas av den generelle rammen til kommunene. Kompetansesentrene ville dermed få et fortrinn i konkurransen om pasientene på bekostning av privatpraktise-rende tannleger. NTF stilte seg svært kritisk til om en styring av bruken av kompetansesentrene og spesialistmiljø-ene er hensiktsmessig og nødvendig. Spesialisttjenester leveres i dag hoved-sakelig av en velfungerende privat sektor. Det store flertallet av pasienter som spesialistene behandler, er dessuten henvist fra privat sektor. På grunn av bedret tannhelse vil den offentlige tannhelsetjenesten antakeligvis ha syn-kende behov for spesialisttjenester. NTF

hevdet derfor at en slik oppbygging av en spesialisttannhelsetjeneste i offentlig sektor var både unødvendig og svært kostnadskrevende.

* Høringsnotatet inneholdt i tillegg forslag blant annet om henvisnings-praksis som spesielt ville kunnet påvirke kjeveortopedene og som NTF mener kan være i strid med EØS-regel-verket. Vi har derfor brukt ressurser også på disse problemstillingene i høringsarbeidet og vært svært kritiske til forslagene.

Torbjørnsens hevder at en overføring av spesialistansvaret og trygdemidlene til offentlig sektor vil være enklere å få gjennom hvis den offentlige tannhelse-tjenesten blir fylkeskommunal, og at det derfor hadde vært bedre om den gjennomføringen som ble foreslått, ble gjennomført. Dette er spekulasjoner som får stå for hans regning. Som jeg har forsøkt å vise, har NTF konkludert med det motsatte.

En viktig og overordnet del av NTFs argumentasjon mot HODs forslag har vært at saken ikke er konsekvensutredet. Det er derfor svært vanskelig å slå fast hva de egentlige konsekvensene av forslaget ville blitt. Det manglet faglig begrunnelse for svært mange av forslagene som ble fremsatt i høringsnotatet, og konsekvensene skulle først utredes etter at endringene var vedtatt. Dette er etter NTFs oppfatning meget alvorlig! Vi hadde forventet at slike dyptgrin-pende endringsforslag ville være basert på kunnskap, og at departementet i for-kant hadde gjort grundige utredninger for å sikre gode tannhelsetjenester for befolkningen også i fremtiden.

*Camilla Hansen Steinum
President i NTF*

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

NOOR®

SMYKKER SOM SKAPER MAGI



BULER SWISS WATCH

**Spesialpriser på smykker, diamanter og klokker
- kun til dentalbransjen**



NOOR EDELMETALL AS

Tlf: 64 91 44 00 • Faks: 64 91 44 01 • Boks 300, 1401 SKI

E-post: info@nooredelmetall.no



Har vi dine opplysninger?

Det er mange grunner til at det er viktig for deg som medlem at du er registrert med riktige opplysninger i NTFs medlemsregister. Er du registrert med riktig adresse mottar du det du skal fra NTF.

For at du skal være registrert i riktig lokalforening er det avgjørende at du er registrert med riktig arbeidssted i NTFs register.

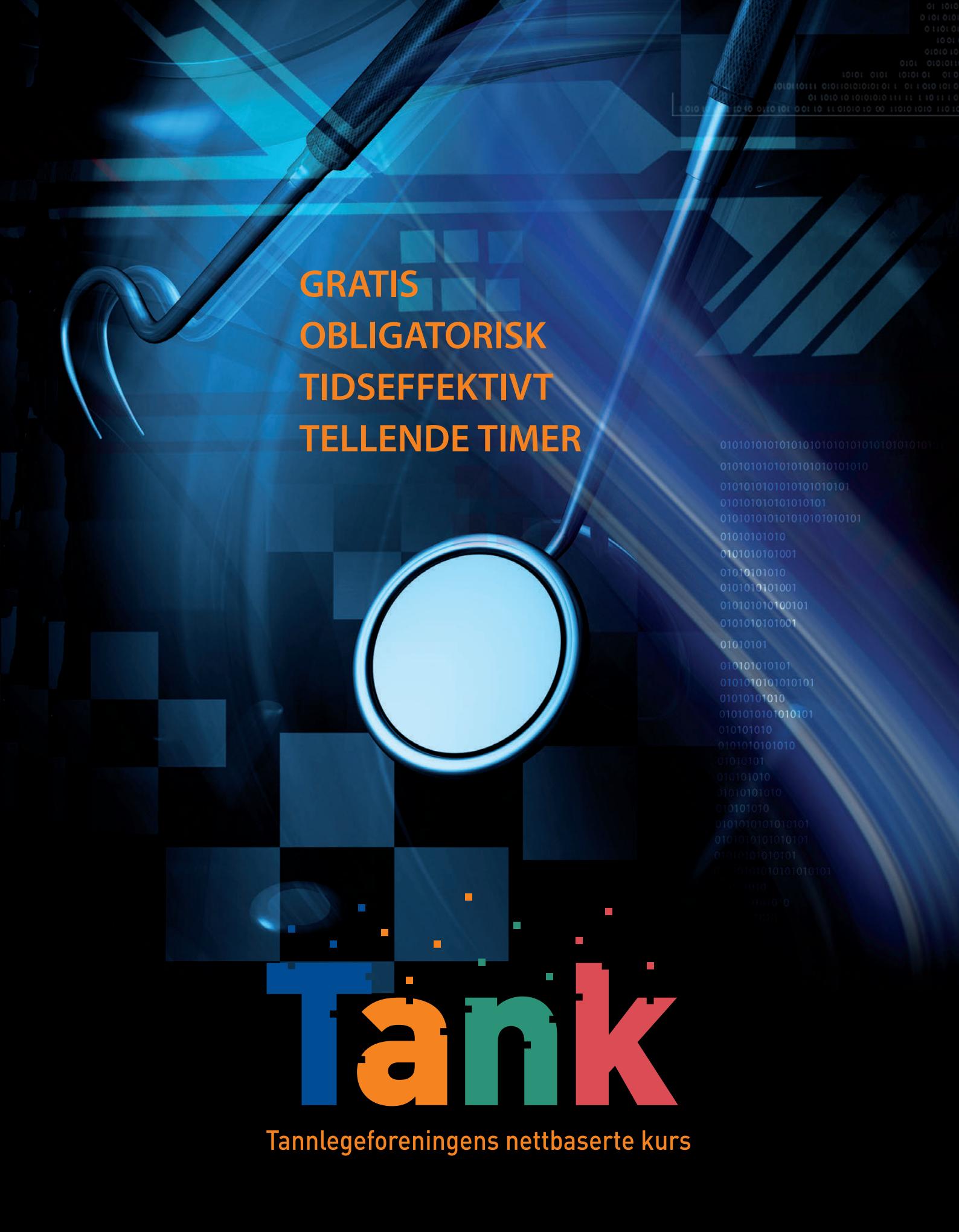
Husk å oppdatere NTF når du bytter arbeidssted, bosted eller får ny e-postadresse eller telefonnummer.

Du kan både sjekke og enkelt oppdatere dine opplysninger på www.tannlegeforeningen.no under Min side. Hvis du trenger hjelp til å gjøre endringer kan du sende en e-post til endring@tannlegeforeningen.no eller ringe 22 54 74 00 for å få hjelp over telefon.

Takk for at du hjelper oss med å kunne gi deg god medlemservice.



**Den norske
tannlegeforening**



**GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER**

Tannk

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs

NTF og Skattebetalerforeningen har inngått en avtale om skattejuridisk bistand til NTFs medlemmer. Avtalen inkluderer rabatt på veiledende timepriser for rådgivning om skatte- og avgiftsrettslige problemstillinger utover det NTF selv har ressurser til å bidra med. Avtalen er inngått som et samarbeid mellom Tannlegeforeningen, Skattebetalerforeningen (SBF) og SBF Skatteadvokater AS (SBFAS). SBFAS er et advokatkontor som er heleid av SBF.

Ved behov for rådgivning skal medlemmer ta kontakt direkte med SBFAS som vil gi en rabatt på sin til enhver tid veiledende timepris. Det vil i hvert tilfelle utarbeides en skriftlig oppdragsbekrftelse, og alle salærer og honorarer faktureres direkte fra SBFAS til klienten. NTFs medlemmer har også mulighet til å delta på SBFs nettkurs og ordinære kurs til medlemspris.

Selge tannlegevirksomheten?

Hvordan virksomheten din er organisert kan ha skattemessige konsekvenser ved et salg av virksomheten. Her gir SBF Skatteadvokater deg et overblikk over konsekvensene.

De fleste som driver tannlegevirksomhet driver som regel enten gjennom et aksjeselskap (AS) eller et enkeltpersonforetak (EPF). Valget er kanskje tatt av mer eller mindre bevisste årsaker, og du har gjerne hatt selve driften av virksomheten i hodet da valget ble tatt. Men valg av organisasjonsform har også betydning for hvordan et eventuelt salg av virksomheten skjer.

Enkeltpersonforetaket selges

En viktig forskjell mellom aksjeselskap (AS) og enkeltpersonforetak (EPF) er at du har større valgfrihet når du selger virksomhet som er drevet i et aksjeselskap enn hva som er tilfellet dersom du skal selge en personlig drevet virksomhet (enkeltpersonforetak).

Enkeltpersonforetaket er knyttet til en fysisk person. Det vil si at du ikke kan selge foretaket som sådan – med organisasjonsnummer og firmanavn – til en ny eier. Ved salg av et enkeltpersonforetak er det kun verdiene og eiendlene i virksomheten («innmaten») som selges. Kjøperen må selv opprette sitt eget foretak (for eksempel EPF eller AS), som igjen overtar eiendlene som kjøpes.

Ved salg av et aksjeselskap kan du derimot velge om du vil selge aksjene eller innmaten i selskapet, og det kan ha stor skattemessig betydning om du

som selger av et AS velger å selge aksjene eller innmaten i selskapet.

Har du et enkeltpersonforetak er det altså innholdet du selger, og ikke for eksempel navnet. Det innebærer også at salget rent skattemessig behandles som realisasjon av de enkelte eiendeler som følger med ved overdragelsen. Har ikke virksomheten noen eiendeler er det strengt tatt ingenting å selge heller. Det er viktig å presisere at goodwill i denne sammenheng anses for å være en eiendel.

Til sammenligning kan du i et AS selge aksjer, og da kan ny eier videreføre virksomheten slik den har vært. Hvis du planlegger å opprette en virksomhet bør du altså ha i bakhodet at hvordan virksomheten drives kan ha betydning for et eventuelt salg av virksomheten senere.

Salgsvederlaget

Det samlede vederlaget for eiendlene i enkeltpersonforetaket skal deles på de enkelte eiendlene, så langtfordelingen får betydning for skattlegging av selgeren og/eller kjøperen. Det kan for eksempel være tilfelle når det gjelder:

- skattefrihet for gevinst
- tidspunkt for inntekts-/kostnadsføring
- nedskrivning av vederlag på saldo for selgeren
- gevinstberegning for selgeren
- inngangsverdi for kjøperen.

Som vederlag regnes i utgangspunktet verdien av alt selger mottar/skal motta ved salget. Vanligvis består vederlaget av kontanter, fordring på restsum og/eller overtakelse av selgers gjeld. Men det hender også at vederlaget er ulike

formuesobjekter som overdras fra kjøper til selger, som for eksempel aksjer og løsøre.

Dersom sluttsummen du får ved salget er høyere enn din samlede inngangsverdi, vil denne forskjellen, altså gevinsten, være skattepliktig etter vanlige regler. Dersom du derimot får et totalt vederlag som ikke overstiger din samlede inngangsverdi, altså et tap, skal det ikke foretas gevinstbeskatning. Det gjelder selv om du, dersom vederlaget ble fordelt på de enkelte salgsobjektene, isolert sett har en gevinst på ett eller flere av disse objektene.

Eventuelle utgifter du har i forbindelse med salget, som for eksempel annonser, meglerprovisjon eller bistand fra advokat til å gå gjennom avtale, reduserer salgsvederlaget.

Fordeling av vederlag

I den utstrekning det har betydning skal vederlag fordeles på de enkelte overdratte formuesgjenstander som for eksempel:

- omsetningseiendeler (for eksempel varebeholdning og kundefordringer)
- avskrivbare driftsmidler (i saldo-gruppe a-d fordelt på saldo-gruppene, i saldo-gruppe e-h fordelt på de enkelte driftsmidlene)
- ikke avskrivbare driftsmidler som for eksempel tomt, ikke avskrivbar funksjonærbolig
- aksjer
- egenutviklet forretningsverdi (goodwill)
- konsesjoner og andre immaterielle eiendeler

Fordelingen av vederlaget foretas skjønnsmessig. Dette skjer vanligvis på



bakgrunn av omsetningsverdien. Der som det er et bygg som selges, fordeles de enkelte delene på grunnlag av utleieverdien. Skattemyndighetene er imidlertid ikke bundet av den fordeling partene har foretatt, og kan gå inn i etterkant og overprøve fordelingen.

Ved fordelingen settes eiendeler som kontanter og bankinnskudd til nominell kroneverdi og avregnes krone mot krone. Utestående fordringer settes til reell nåverdi.

Skattemyndighetene er heller ikke bundet av den nedskrivning på kundefordringer som er godtatt for tidligere år.

Goodwill

Dersom den totale salgssummen er høyere enn omsetningsverdien for de fysiske eiendeler som overdras, vil det overskytende være vederlag for ikke-fysiske verdier, som for eksempel forretningsverdi (goodwill).

Goodwill kan være at du overtar en etablert praksis og slipper å starte helt fra bunnen av. Dette vil helt klart ha en verdi, men den kan ikke henføres til en spesifikk fysisk eiendel.

Tidfesting

For solgte eiendeler i enkeltpersonforetaket skal vederlag for varebeholdningen og gevinst/tap ved salg av kundefordringer skattlegges eller fradragsføres i salgsåret. Salg av avskrivbare driftsmidler i saldogruppe a-d og j (som kontormaskiner, ervervet forretningsverdi, personbiler eller maskiner) kan vederlag helt eller delvis tas med til inntekt i realisasjonsåret.

Realisasjonsåret er det år eiendomsretten til eiendelen går over til kjøper.

Den delen som ikke inntektsføres må føres til fradrag på gevinst og tapskonto. Vederlag for avskrivbare driftsmidler i gruppe e-i (for eksempel bygg og anlegg og forretningsbygg) kan også helt eller delvis inntektsføres i realisasjonsåret. Den delen av vederlaget som ikke er inntektsført går inn i på gevinst-/tapskonto.

Driftsmidler som i hovedsak er anskaffet til bruk i økonomisk aktivitet, verdiforringes ved slitasje eller elde, har en inngangsverdi på over kr 15 000 og har en total levetid på minst tre år, skal aktiveres og omfattes av saldoreglene. Dette vil typisk for eksempel være en tannlekestol. Dersom driftsmiddelet ikke faller inn under ovennevnte definisjon så skal det ikke følge saldoreglene.

Hvordan skattlegges og føres en gevinst ved salg av et enkeltpersonforetak?

Følgende eksempel kan vise konsekvenser ved salg:

Ole har et tannlegekontor. Han leier kontorlokalet, men eier alt inventaret selv. Tannlekestolen betalte han i 2015 han kr 50 000 for. Det andre inventaret, som for eksempel PC og annet utstyr, kjøpte han også i det samme året for til sammen kr 50 000.

Ole vil slutte med virksomheten sin og velger derfor å selge foretaket sitt i 2017. Tannlekestolen og det andre inventaret er i saldogruppe d og skrives ned med 20 % hvert år. Skattemessig verdi på salgstidspunktet er derfor henholdsvis kr 32 000 og kr 32 000.

Han finner en kjøper som er villig til å betale kr 200 000 for hele virksomheten. Markedsverdien for eiendelene er

henholdsvis kr 45 000 for tannlekestolen og kr 40 000 for det øvrige inventaret og utstyret.

Det totale vederlaget blir da fordelt med kr 85 000 på avskrivbare driftsmidler, mens restbeløpet på kr 115 000 anses som goodwill.

Etter dette sitter Ole igjen med en gevinst (salgssum minus skattemessig verdi) på kr 21 000 etter salget av eiendelene. I tillegg kommer beløpet på kr 115 000 – som ikke kan henføres til noen av eiendelene. Han kan her velge om han vil inntektsføre hele gevinsten fra eiendelene i realisasjonsåret eller fordele det med 20 % per år, men beløp under kr 15 000 må inntektsføres samme år. Fordeling over flere år gir en utsettelse på beskatningen og kan være lønnsomt siden inntekten skal tas med i beregningen av personinntekt. Trinnskatt beregnes av personinntekten og kan medføre at marginalskatt på inntekten blir 46,72 % hvis salget skjer i 2017.

Goodwillen på kr 115 000 kan han velge å inntektsføre i sin helhet i 2017 eller føre på gevinst-/tapskonto. Velger han det siste kan han inntektsføre 20 % hvert år fremover. Når restbeløpet kommer under kr 15 000 må dette inntektsføres det året. Siden det skal beregnes personinntekt av disse beløpene vil det som nevnt ofte være mer gunstig skattemessig, å fordele inntekten over flest mulig år.

Hvis vi så ser på den praktiske fordelingen av inntektene, så skjer den på denne måten for eiendelene:

Ole kan inntektsføre kr 4 200 (20 % av kr 21 000) i 2017. Neste år kan han inntektsføre kr 3 360 (20 % av kr 16 800) og i 2019 må han inntektsføre

restbeløpet på kr 13 440 siden det er lavere enn kr 15 000.

Når det gjelder goodwillen, så blir det det samme prosedyre – bare andre tall. I 2017 kan Ole inntektsføre kr 23 000, neste år kan han inntektsføre kr 18 400, i 2019 kan han inntektsføre kr 14 720 og slik fortsetter det til restbeløpet er under kr 15 000.

Salg av AS

Fleksibiliteten er som nevnt større når du selger et aksjeselskap. Men hva ligger i denne fleksibiliteten?

Det viktigste er at du kan velge mellom å selge innmaten i selskapet, altså eiendelene, eller selge hele selskapet. Valget får skattemessige konsekvenser, og det kan være mye å spare på å velge riktig.

Det er selger som bestemmer om han vil selge innmaten eller aksjene, og kjøper er prisgitt selgers valg. Ved salg av aksjer er det imidlertid vanlig at kjøper betinger seg en rabatt som følge av at han overtar de eksisterende avskrivningsgrunnlagene (skattemessige verdier) på eiendelene i selskapet. Som selger kan de ulike alternativene ha både fordeler og ulemper ved seg, og hvert salg må vurderes for seg. Og selv om vi kan skissere opp noen konsekvenser og utfordringer som er generelle er anbefalingen at du bør søke advokathistand før å være trygg på at du velger den beste løsningen.

Vi skal likevel prøve å gi deg en pekepinn – slik at du er bedre rustet til å ta en avgjørelse.

Salg av innmat

Velger du å gå for en løsning hvor du selger innmaten i selskapet står du overfor en tilsvarende situasjon som ved salg av et enkeltpersonforetak (men

da slik at gevinsten skattlegges i selskapet). Dersom det er aktuelt å selge innmaten er det viktig å være oppmerksom på at dersom skattemessig verdi på eiendelene er lavere enn salgssummen, vil det oppstå en skattepliktig gevinst.

Salg av aksjer

I utgangspunktet er gevinst ved salg av aksjer skattepliktig og tap ved salg av aksjer fradagsberettiget.

Dersom et selskap eier aksjene og selger dem, er gevinsten likevel ikke skattepliktig (motstykket er at det heller ikke gis fradrag for tap) (fritaksmetoden).

Dersom du eier aksjene personlig vil ikke aksjesalget være omfattet av fritaksmetoden. Derfor kan det være skatteffektivt å opprette et holdingselskap, som i sin tur eier aksjene i driftsselskapet. Da unngår du en eventuell gevinstskatt ved salg av aksjene i driftsselskapet (gevinsten kommer først til beskatning ved videre utdeling fra holdingselskapet). Å eie driftsselskapet i en holdingstruktur vil kunne være gunstig dersom du for eksempel ønsker å reinvestere salgsgevinsten i ny virksomhet. Gjennom reglene om skatlefrie fusjoner og fusjoner kan det være mulig å opprette en slik holdingstruktur uten umiddelbar beskatning.

Eksempel: Ole eier aksjer i OLE AS, som igjen eier aksjene i Tannlege Ole AS. Aksjene i Tannlege Ole AS selges i 2017. OLE AS kan selge aksjene i Tannlege Ole AS med skattefritak for gevinst, og Ole må ikke skatte av gevinsten før han tar ut dette som utbytte fra OLE AS.

Ved salg av aksjer må du altså skille mellom tilfeller hvor det er en person eller selskap som selger aksjene. I til-

legg vil det også være en forskjell til: Salg av innmat kan i mange tilfeller føres på gevinst- og tapskonto og tas ut over flere år, mens en eventuell gevinst ved salg av aksjer i utgangspunktet bli beskattet i realisasjonsåret, jf. over.

Kjøper overtar alt ansvar

En viktig forskjell mellom aksjer og innmat er at kjøperen påtar seg større risiko ved kjøp av aksjeselskapet fremfor de enkelte eiendeler. Fra kjøpers ståsted vil dermed aksjekjøp generelt sett medføre større risiko enn innmatskjøp, fordi han samtidig også overtar alle forpliktelser og ansvar som ligger i selskapet. Ved aksjekjøp bør derfor kjøper gjøre en grundig jobb for å kartlegge denne risikoen før han kjøper selskapet

Selger er person

Som nevnt vil en personlig aksjonær som selger aksjer måtte skatte av gevinsten. Dette kalles for *aksjonærmodellen*. Gevinsten utgjør differansen mellom vederlaget og aksjenes skattemessige inngangsverti.

Før skatten beregnes skal det også trekkes fra et skjermingsfradrag i gevinsten. Skjermingsfradraget er et bunnfradrag fra staten, som sikrer aksjeeiere en avkastning på aksjene sine tilsvarende det de ville fått hvis de hadde satt pengene i banken. Skjermingsfradraget samles opp årlig, så lenge du eier aksjene. Eventuell ubenyttet skjerming skal føres til fradrag i gevinsten. Ubenyttet skjerming kan imidlertid ikke medføre eller øke et fradagsberettiget tap.

Ole skal selge klinikken sin Tannlege Ole AS. Inngangsvarden på aksjene er kr 100 000 og Ole selger alle aksjene i klinikken for kr 500 000. Ubenyttet skjerming er kr 10 000. Da blir det en skattemessig gevinst på kr 390 000 som blir skattepliktig i salgsåret.

Skatten på aksjegevinsten blir 29,76% (24 % ganger en oppjusteringsfaktor på 1,24).

Aksjonæroppgaven skal vise gevinsten og denne summen skal være med i skattemeldingen.

Salg av aksjer eller innmat – interessekonflikt mellom kjøper og selger...

De skattemessige konsekvensene ved salg av aksjer og innmat er ulike for kjøper og selger: Selger vil ofte selge aksjer i stedet for innmat – særlig hvis han eier aksjeselskapet gjennom et holdingselskap – aksjegevinst er da skattefri (fritaksmetoden). Kjøperen vil derimot ønske å få oppregulert avskrivningsgrunnlagene på eiendelene – for å få høyere fradrag siden. Det får han ikke når han kjøper aksjer. Ofte avtaler man en «avskrivningsrabatt» for å avdempe kjøpers ulempe ved å kjøpe aksjer i stedet for innmat, og denne rabatten må beregnes helt konkret – utfra de skattemessige verdiene på eiendelene

Bør du selge aksjer eller innmat?

Hva er så larest? Å selge aksjene i selskapet eller innmaten i selskapet? I utsangspunktet er svaret så «enkelt» som at du må finne de ulike inngangsverdiene, altså aksjenes inngangsverdi og innmatens skattemessige saldooverdi. Høy inngangsverdi på aksjene kan tilsi at du bør selge aksjer, mens høy inngangsverdi på eiendelene kan tilsi at det mest skatteffektive vil være å selge innmaten.

Eksempel: I klinikken Tannlege Ole AS, hvor Ole eier 100 % av aksjene, har Ole diverse utstyr som han eier. Dette er tannlegestol, småutstyr, datamaskin og pasientportefølje. Den skattemessig verdien etter nedskrivning er kr 130 000. Den delen av salgssummen som tilordnes utstyret er kr 200 000.

Han får tilbud om å selge innmaten i selskapet for kr 500 000. Av salgs- summen vil kr 70 000 være gevinst på driftsmidlene (salgssum minus skattemessig verdi). Tannlege Ole AS vil da

ha en skattepliktig gevinst på driftsmidlene med kr 70 000. Resten av salgssummen på kr 300 000, vil bli ansett for å være vederlag for goodwill.

Gevinsten her vil bli skattepliktig på selskapets hånd med 24 % (2017 sats). Selger Ole aksjene i Tannlege Ole AS vil gevisten være skattepliktig på hans hånd med 29,76 % (2017 sats). Årsaken til differansen er at skatten på 24 % skal oppjusteres med 1,24 % for eierinntekter som salg av aksjer.

Selger et aksjeselskap

Dersom du har organisert deg i en holdingsstruktur med et aksjeselskap på toppen som eier aksjene i selskapet som virksomheten foregår i, vil du være innenfor fritaksmetoden. Det betyr at så lenge holdingselskapet selger aksjene vil gevisten være skattefri for selskapet.

Eksempel: Ole eier 100 % av OLE AS, som igjen eier 100 % i Tannlege Ole AS. Selve tannlegevirksomheten foregår

i Tannlege Ole AS. Man kan her velge å enten selge innmaten i Tannlege Ole AS eller aksjene i Tannlege Ole AS.

Hvis Ole velger å selge aksjene, vil en eventuell gevinst falle til OLE AS og ikke bli beskattet. Hvis Ole imidlertid trenger penger til privat forbruk, og tar ut gevisten fra OLE AS vil han ved et utbytte bli beskattet for det med 29,76 % (2017-sats).

Fordelen ved å ha det i en holdingsstruktur er altså at du kan bruke gevisten til å investere videre, dersom du ønsker det, uten å måtte skatte av gevisten.

Når det gjelder spørsmålet om du bør selge aksjene i selskapet eller innmaten, så må det vurderes for hvert enkelt tilfelle. Helt generelt kan man imidlertid si at du bør selge aksjene dersom du ligger an til gevinst, og selge innmaten dersom det ligger an til å bli tap.

Hvis du ser at du ligger an til å få en gevinst, vil ikke salg av aksjene medføre skatt for deg. Hvis du i stedet

VINN:
Alle som deltar er med i trekningen av en iPhone X eller en Samsung 8 Note.
Trekning 20. desember 2017.

Hjelp oss å bli grønnere

Vi vil gjerne sende post og mail til riktig adresse og antall mottakere.

Rediger dine adresser og meld deg på post og mail her: dentalnet.no/aktuelt/

@Kurs @Tilbud @Undersøkelser Avis i post

www.dentalnet.no

dental Sør
OPPLEV 1. KLASSE
Postb. 901 - 4509 Mandal - 38 27 88 88 - post@dentalnet.no

Vi ønsker samtidig alle en koselig og god jul - hvit eller grønn!

skulle velge å selge innmaten i et slikt tilfelle vil det utløse en skatteinlastning for selskapet. Selger du innmaten med gevinst vil selskapet bli beskattet med 24 % (2017-tall).

Dersom du ligger an til å få et tap snus dette på hodet. Da vil du ved et salg av aksjene ikke få fradrag for tapet, mens selskapet vil få fradrag på 24 % ved salg av innmaten.

Forskjellen her kan være nokså stor, og du bør derfor gjøre en grundig vurdering i forkant av et salg for å regne deg frem til hva som lønner seg skattemessig.

Skal du være med på lasset?

Både ved salg av aksjer og innmat oppstår særlige skattespørsmål dersom du skal være med i virksomheten videre («earn out»): Dersom salgsavtalen forutsetter at du skal fortsette i virksomheten, og avtalen pålegger deg bindinger til ansettelse en viss periode etter salget, kan skattemyndighetene se det slik at kjøper betaler for mer enn det selskapet er verdt uten deg (personavhengig goodwill). I disse tilfellene kan det da bli aktuelt å omklassifisere (deler av) salgsvederlaget til lønn. Det gir høyere skattesats for deg, og også arbeidsgiveravgift for selskapet. Problemstillingen kan også være aktuell der det avtales omfattende karensklausuler eller konkurranseforbud. Slik omklassifisering er det ikke grunnlag dersom det er tale om en «ren» resultatsikring. Grensedragningen er vanskelig, og før du inngår slike avtaler bør du vurdere de skattemessige effektene grundig

Bistand

Trenger du hjelp? Vi bistår gjerne!

SBF Skatteadvokater
Advokat Bård Erlend Hansen
tlf: 45 95 61 71
e-post: beh@skatt.no

§§§ Spør advokaten

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

Avlønning av tannpleiere

Jeg skal snart ansette tannpleier i min private tannlegepraksis for første gang, men er usikker på hva slags lønn jeg skal tilby henne. Kan du hjelpe? Jeg har lett forgjeves etter en avtale på NTFs nettsted.

Svar: Tannlegeforeningen har, i motsetning til hva som gjelder for tannhelsesekretærerne, ingen mønster-

avtale (veilede avtale) om lønns- og arbeidsforhold med Norsk tannpleierforeningen (NTpF)

Siste gang NTF og NTpF forhandlet med tanke på komme frem til en slik avtale er faktisk så langt tilbake som i 2000. Det er dermed fri lønnsdannelse på dette området, og du må selv finne ut hva du synes kan være et passende lønnsnivå og diskutere dette med de(n) aktuelle kandidaten(e).

Som et utgangspunkt kan det være nyttig å forsøke å finne ut hva de fylkeskommunalt ansatte tannpleierne tjener i ditt fylke/distrikt. Hvis tannpleieren skal ha provisjonsavlønning, bør du gå frem på samme måte som hvis du skal inngå avtale med en assistenttannlege og ta utgangspunkt

i regnskapet ditt og øvrige faktorer som påvirker økonomien i praksisen.

Dersom du ansetter en tannpleier som er medlem av Tannpleierforeningen, vil tannpleieren ofte få råd fra sin forening om hva slags lønns- og arbeidsbetingelser hun bør kreve. Dette kan også være et nyttig utgangspunkt for å komme frem til «riktig» lønn, men husk at det i så fall er snakk om et råd fra NTpF og ikke en avtale mellom to parter.

Standard ansettelsesavtale for tannpleier kan du finne på NTFs nettsted (Min side) under /Jus og arbeidsliv/Kontrakter og avtaler.

Trygghet over tid



Ny boligrente:

1,99 %*

1,95 %** om du er
under 34 år



Den norske
tannlegeforening

* pr. 1.11.2017. Eff.rente 2,06 %, 2 mill. o/25 år. Totalt 2 553 706

** pr. 1.11.2017. Eff.rente 2,01 %, 2 mill. o/25 år. Totalt 2 542 046

Som medlem i Tannlegeforeningen kan du være trygg på at betingelsene du får, er blant markedets beste - både nå og i fremtiden. Det sørger foreningen din for.

I tillegg til svært gode betingelser på lån og sparing får du blant annet gullkort, Concierge service og en ekstra gunstig drivstoff-rabatt. De samme fordelene gjelder også for din samboer/ektefelle.

Du når oss på eget VIP-telefonnummer; 987 05550.

danskebank.no/tannlegeforeningen

Danske Bank

Journalserver i skyen - Sikrere IT løsning

Med Private Cloud setter du bort IT-ansvaret til oss. Du får en sikrere, kostnadseffektiv, tilgjengelig og fleksibel IT-løsning tilbake – med bedre oppetid og øyeblikkelig tilgang til markedsledende teknologi.

Kvitt deg med lokal server og unngå kostnader som:

Investering i maskinvare og lisenser
Konfigurasjon/Oppsett
Backup/Online Backup
Strømutgifter
Fysisk serverdrift og vedlikehold
Oppgraderinger

Benytt deg av fordelene av å være i Sky:

Din private sky
Full drift og backup
Høyere sikkerhet over dine data
Raskere gjenopprettningstid ved feil
Fysisk sikring i henhold til norm og NHN
Fleksible og kostnadseffektive løsninger
Frigjør både tid og plass i dine lokaler!

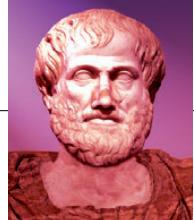


Stadig flere benytter seg av fordelene.
Nå har vi en unik kampanje for din bedrift!

2 måneders gratis drift

Kontakt oss her for å benytte deg av tilbudet:
ck@upheads.no | 400 82 194

UPHEADS[®]



Forslag fra Etisk råd om endring i Etiske regler, § 10 Kollegialitet

NTFs råd for tannlegeetikk (Etisk råd) har overfor NTFs hovedstyre tatt opp behovet for å endre ordlyden i regelverkets § 10 Kollegialitet. Den nåværende bestemelsen lyder som følger:

«En tannlege bør støtte og hjelpe sine kolleger og medarbeidere. Kommentarer vedrørende en kollegas arbeid og vurderinger bør ikke meddeles pasienten på en slik måte at det unødig virker som kritikk. Hensynet til pasientens helse skal alltid være overordnet.

Utover kommunikasjonen med pasienten, må en tannlege bare uttale seg om en kollegas arbeid eller vurderinger på oppfordring fra NTFs organer eller offentlige tilsynsmyndigheter. Tilgang til kollegas journal bør foreligge. Tannlegen bør forsikre seg om at kollegaen først har hatt mulighet til å uttale seg i sakens anledning.»

Første avsnitt angir hvordan man bør forholde seg til en konkret pasient som ber om en vurdering og andre avsnitt regulerer når man kan uttale seg som sakkyndig. Bakgrunnen for § 10 Kollegialitet er å forhindre nedsnakking av kolleger, men aldri å beskytte en kollega på bekostning av pasienten. Etisk råd mener første avsnitt bør endres slik at situasjonen ved avgivelse av en «second opinion» beskrives bedre. Intensjonen med endringen er at det

skal framgå tydelig hvordan du som tannlege skal informere en pasient som tidligere har vært hos kollega, men oppsøker deg for ny undersøkelse for å avgjøre en «second opinion». Det essensielle er at du må begrense deg til å beskrive *dine* funn og diagnosører, og derav gi en faglig vurdering av behandlingsbehovet slik du finner det korrekt. Du skal ikke uttale deg om konkrete behandlingsforslag fra andre tannleger. Du bør heller ikke uttale deg om kolleger eller deres arbeid. Dette er fordi en uttalelse som kun er basert på det observerte resultatet av tidligere behandling og pasients framstilling, ikke vil gi et fullstendig bilde av situasjonen din kollega stod overfor da behandling ble planlagt og utført.

Andre avsnitt foreslås endret slik at det åpnes for å at tannlege kan uttale seg i andre sammenhenger enn på oppfordring fra NTFs organer og offentlige tilsynsmyndigheter. Slik sammenheng kan være som sakkyndig i Norsk pasientskadeerstatning (NPE), eller som sakkyndig vitne i en rettsak. Rådet foreslår derfor at regelverket åpner for å kunne avgjøre slik uttalelse ved dette forslaget. Videre åpnes det også for særskilte unntak forutsatt at man har vurdert hensiktsmessigheten ved dette, og det er godt begrunnet.

Etter foreslått endring vil bestemmelsen lyde som følger:

§ 10 Kollegialitet

Informasjon til pasienten. Informasjon om egne funn, diagnosører og vurderinger skal være saklige og objektive, og må ikke meddeles pasienten på en slik måte at det unødig virker som kritikk av tidligere behandling eller behandler. Hensynet til pasientens helse skal alltid være overordnet, jf. § 1.

Uttaleser som sakkyndig. En tannlege kan bare uttale seg om en kollegas arbeid eller vurderinger på mandat fra NTF eller offentlige myndigheter. Tilgang til kollegas journal må foreligge. Tannlegen må også forsikre seg om at kollegaen først har hatt mulighet til å uttale seg i sakens anledning. Unntak skal være godt begrunnet.

Denne bestemmelsen begrenser ikke plikten til å varsle etter § 12 første ledd.

Forslaget til endring fremmes og vil bli behandlet på årets representantskapsmøte, sammen med andre forslag til endringer i NTFs etiske regler. Grundig saksframlegg kan leses i representantskapsheftet.

Morten Klepp
NTFs råd for tannlegeetikk

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet



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
Astrid Treldal,
tlf. 37 03 80 77

Lars-Olof Bergmann
e-post: tanber@online.no

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 55 31 26 66

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Lise Opsahl,
tlf. 32 84 81 32

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

Haugaland
Tannlegeforening
Christine Stene Holstad
tlf. 52 85 38 64

Jon Magne Quale,
tlf. 990 09 186

Hedmark
Tannlegeforening
Børge Vaadal
tlf. 991 21 311

Bjørg Figenschou,
tlf. 72 41 22 60/
mobil 414 88 566

Nordland
Tannlegeforening
Sigmund Kristiansen,
tlf. 75 52 23 69

Connie Vian Helbostad,
e-post: helbovian@online.no

Olav Kvittnes,
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 81 67

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
Knut Mauland,
tlf. 908 708 99/
51 48 51 51 (jobb).

Kirsten M. Øvestad Høiland,
tlf. 51 53 64 21

Romerike Tannlegeforening
Kari Anne Karlsen,
tlf. 67 07 60 69

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

Sogn og Fjordane
Tannlegeforening
Synnøve Leikanger,
tlf. 57 74 87 02

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 997 48 895

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

Morten Nergård,
tlf. 950 54 633

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
tlf. 952 10 291

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
Alfred Gimle Ro,
tlf. 38 05 10 81

Vestfold
Tannlegeforening
Eva Nielsen,
tlf. 91 87 82 81

Svein Tveter,
tlf. 90 82 57 89

Østfold
Tannlegeforening
Marit Johnsrud Tonholm,
tlf. 952 75 422

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

NYHET!

NTF MEDLEMSAPP

Alt om ditt medlemskap
tilgjengelig på en app!

- Digitalt medlemeskort
- Din kontakt- og medlemsinfo
- Din kursprofil
- NTFs kurspåmelding
- Medlemsforum
- Oversikt over medlemsfordeler



Tilgjengelig for iOS og android
på App Store og Google play

notabene,
adv., lat.,
merk vel,
vel à merke
(fork. NB).

Beste posterpresentasjon



Siddharth Shanbhag. Foto: Jørgen Barth, UiB.

Stipendiat Siddharth Shanbhag ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, vant Nordisk Odontologisk Forening (NOF) sin Hatton Award-konkurranse for beste posterpresentasjon for unge forskere ved CED/NOF-konferansen i Wien, 21.–23. september.

Tittelen på arbeidet er: «Characterization of Human Gingiva-derived Progenitor Cells in Serum-free Cultures». Arbeidet er fremstilt i samarbeid med følgende personer: Mohamed Ahmed, Turid Helen Lunde, Tor Hervig og Kamal Mustafa. Siddharth Shanbhag skal nå representere NOF i den store internasjonale Hatton Award-konkurransen i London, Juli 2018.

Kunnskap redder liv

Putselig vanskelig å prate, smile eller løfte armene? Ring 113! Flere fikk livreddende blodproppløsende behandling og flere har ringt 113 etter en kampanje som handlet om disse symptomene.

Hjerneslag oppstår plutselig, og hvert år rammes 12 000 i Norge. Tiden før pasienten får behandling på sykehus bør ikke overstige 4,5 timer.

Mange venter med å ringe 113 fordi de er usikre om symptomene er alvorlige nok eller de er redd for å være til bry. Hvert sekund teller ved hjerneslag. Ikke vær redd for å ringe 113, skriver Helsedirektoratet.no.

TILBAKEBLIKK

1917

Salg av Pilestredet 19

Representantskapssak på møtet i 1916, gjengitt i 1917:
Pilestredet 19. Det første bestyrelsen fik at ta fat paa var salget av Pilestrædet 19. Efterat gaarden var avertert til salgs i ca. 14 dage og der var kommet forskjellige bud, blev det besluttet at forlange 73 000 kr. for gaarden, hvorav 23 000 kontant. For denne sum blev gaarden solgt til Norsk Dental Depot. Med hensyn til fortjenesten henvises til regnskapet.

I anledning av salget er der opstaat tvist med hr. advokat Middelthon, idet han av det orinære driftoverskud har tilbakeholdt 730 kr. som provision, hvilket bestyrelsen mener han er uberettiget til, da hans instruktioner gik ut paa at sælge gaarden omkostningsfrit for N.T.F.

Vedlegg til Tidende i 1917-årgangen

1967

Det største landsmøte hittil

Hele 750 tannleger hadde meldt seg til årets landsmøte, det 79. i rekken og det største hittil. De fleste av dem var tilstede i Klingenberg kino, da presidenten i N.T.F., Egil A. Stene-Johansen, hilste deltakerne og ønsket velkommen. (...) Det er lenge siden det har vært arrangert en fellessammenkomst fredag aften under landsmøtet i Oslo. Denne gang hadde imidlertid arrangementskomitéen med Alf Chr. Rossow i spissen, invitert til besøk i Oslo Nye teater, der det ble vist «Kaktusblomsten» med Toralv Maurstad og Wenche Foss i hovedrollene, henholdsvis som tannlegen Julien og hans kontordame Stephanie.

Fra Tidende nr. 9, november 1967

2007

Statsbudsjettet

Statsbudsjettet ble fremlagt fredag 5. oktober. (...) Mange håpet at det denne gang skulle komme midler til nytt odontologibyg i Bergen og det var en stor skuffelse at det ikke ble bevilget midler til dette.

På tannhelsefeltet var det dermed ikke de helt store nyheter. Noen satsinger kan det imidlertid meldes om.

En mildepel i budsjettsammenheng er at midlene til trygderefusjon for utgifter til tannbehandling for første gang vil overstige én milliard kroner. Det innebefatter noe over 100 millioner kroner i økt satsering i forhold til inneværende års budsjett.



Fra Tidende nr. 13, november 2007

KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

8.-9. des.	Haugesund	Julekurs med Heming Olsen-Bergem. For mer info og påmelding: sindre_hl@outlook.com
11.-13. jan '18	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Siv Kvinnsland, e-post: siv.kvinnsland@uib.no
15.-17. jan '18	Oslo	NTFs januarkurs. Oslo kongressenter. Se www.tannlegeforeningen.no
2.-3. febr '18	Thon Hotel, Kristiansund	Operakurs med spesialist i oral protetikk, Martin Janda, og operaforestillingen Kiss me Kate. Arr. Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening. Påmeldingsfrist: 15. januar. For mer informasjon og påmelding: nrattanlege@gmail.com
5.-6. mars '18	Oslo	Holmenkollsymposiet. Se www.tannlegeforeningen.no
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
4.-6. okt. '18	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no

UTLANDET

15.-17. nov.	Stockholm, Sverige	Odontologisk Riksstämma och Swedental. Se www.tandlakarförbundet.se
24.-29. nov	New York, USA	Greater New York Dental Meeting. Se www.gnydm.com/
22-24. febr. '18	Chicago, USA	153rd Midwinter Meeting. Se: www.cds.org/meetings-events
9.-13. mai '18	Italia	NTFs utenlandskurs.
20.-23. juni '18	Amsterdam, Holland	EuroPerio 9. Mer informasjon: www.efp.org/europorio/
5.-8. sept '18	Buenos Aires, Argentina	FDI World Dental Congress. Se www.fdiworlddental.org
23.-28. nov '18	New York City, USA	Greater New York Dental Meeting. Se www.gnydm.com/about/future-meetings/

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

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

XP-endo

Shaper: én fil, 3D-endo



Rens hele kanalen
med ett instrument.

www.technomedics.no/xp-endo

Examvision

kompromissløst



Skreddersydde løsninger
som gjør din hverdag bedre.

www.technomedics.no/ev

OVC

One Visit Crown



Estetisk, sterkt og
ferdig på 40 minutter.

www.technomedics.no/ovc

Mange ønsker å slutte å røyke

Over 60 prosent av dagligrøykerne i Norge vurderer å slutte og nesten 40 prosent vurderer å slutte innen seks måneder, skriver Helsedirektoratet.no. 60 prosent er også bekymret for hvordan røykingen påvirker helsen.

Tallene er hentet fra en undersøkelse blant 500 røykere som Respons Analyse utførte for Helsedirektoratet i oktober i år. Nesten 80 prosent av dem som røyker hver dag har forsøkt å slutte én eller flere ganger. Det er vanlig å ha flere sluttforsøk bak seg før en lykkes. Hver tredje som slutter har planlagt sluttforsøket mens hver fjerde gjør et spontant forsøk. Forskning tyder på at det ikke lønner seg å drive med nedtrapping. 44 prosent av brukte ikke hjelpemidler i sitt siste forsøk. Blant dem som brukte hjelpemidler, var nikotinlegemidler og e-sigaretter vanligst.

Det er dokumentert at støtte og veiledning øker sjansen for å lykkes med røykeslutt: Snakk med fastlegen (eller tannlegen, red.anm.), ta kontakt med frisklivssentralen, bruk Slutta-appen eller Slutta på Facebook.



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

2018 i Buenos Aires



FDI-kongressen neste år går av stabelen den 5.–8. september i Buenos Aires, Argentina. I september er det vår i Buenos Aires, som regel med varme dager og kjølige kvelder.

Registreringen er åpen, med lav påmeldingsavgift fram til 1. juni 2018.

Les mer på <http://www.world-dental-congress.org/>

Ny seksjonsleder i Helsedirektoratet



Jørn André Jørgensen (40) er tilsatt som seksjonsleder i seksjon for tannhelsesaker i avdeling allmennhelsetjenester i Helsedirektoratet fra september 2017.

Seksjonen, som ble opprettet 1. desember 2016, har særlig ansvar for følgende områder: Tannhelsefaglig forskning og kompetanseutvikling; Sosial ulikhet og utjevning i tannhelse; Oppbygning av et offentlig spesialist-nivå for tannleger; Utvikling og etablering av regionale odontologiske kompetansesentre; Normering i tannhelse-tjenesten og samarbeidende helsetjenester; Pasientsikkerhet og tannbehandlingsmaterialer.

Akademikerprisen 2017

Det verst tenkelige scenarioet er at noen hacker flere hundre tusen pacemakere samtidig, og velger å skru dem av, sier sikkerhetsforsker, pacemakerpasient og årets akademikerprisvinner Marie Moe (39) til akademikerne.no.

Årets vinner av Akademikerprisen jobber for å forhindre at folk mister kontrollen over egne hjerteslag.

For seks år siden fikk forskningsleder ved SINTEF Digital, Marie Moe, selv operert inn pacemaker. Forskeren ble triggert, og hun begynte å undersøke hvordan det sto til med informasjons-sikkerheten i utstyret. Få, om noen, hadde vært opptatt av dette tidligere.

25. oktober mottok Moe Akademikerprisen under Akademikernes jubileumskonferanse (20 år) – for sin forskning og formidling av en stadig mer sentral samfunnsutfordring.

– Datasikkerheten viste seg å være nærmest ikke-eksisterende. Mens du på mobilen din stadig kjører sikkerhetsoppdateringer, fantes det ikke noe slikt for pacemakerne. Det syntes jeg var veldig skremmende, sier Moe.

Digitalisering og ny teknologi gir økt fare for hacking. Datakriminalitet er blitt en enorm industri. Pacemakere kobles til internett, og kan dermed hac-



*Marie Moe vant Akademikerprisen 2017.
Foto: Chris Guldberg.*

kes. Noen kan rett og slett ta over styringen av hjerteslagene.

Moe reiser verden rundt med sitt foredrag som hun har holdt for utstyrsleverandører, politikere og helsepersonell.

Sikkerheten er blitt bedre siden Moe begynte å bidra til å sette problemet på dagsordenen, men fortsatt har medisinsk utstyr store datasikkerhetsmessige sårbarheter.

– Jeg vil ikke bare lukke øynene og ikke vite om pacemakeren min kan bli hacked. Jeg er i stand til å påvirke fremtiden. Når jeg finner sikkerhetshull, tenker jeg at jeg har en unik mulighet til å skape sikrere utstyr. Det er veldig motiverende, sier Moe.

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

KLINISK BRUK AV HYPNOSE VED ANGST, DEPRESJON, STRESS OG SMERTER

Læring og bruk av metoden.

Oslo 25–26 Januar 2018, påmeldingsfrist 22 Des.

Godkjent for spesialitetene

Kursansvarlig Dr Gunnar Rosén Mb 90039441

Gunnar@hypnoseforeningen.no

For program info og påmelding se

www.hypnoseforeningen.no

Hvorfor må tannleger betale tilskudd til NPE – og hva skal det dekke?

Tannleger som behandler pasienter utenfor den offentlige helsetjenesten har plikt til å melde seg inn i tilskuddsordningen i Norsk pasientskaderstatning (NPE), og betale et årlig tilskudd.

Tilskuddet skal dekke NPEs utredning av erstatningssaker og erstatningsutbetalinger. Det er kun NPE som dekker pasientskader. Andre forsikringer vil ikke dekke pasientskader.

Slik melder tannleger seg inn i tilskuddsordningen

Tannleger melder seg inn i tilskuddsordningen via nettsidene til NPE – npe.no.

Ved innmelding må tannlegen selv melde hvilken helsepersonellgruppe og andel årsverk virksomheten skal registreres med for de ulike årene.

– Dette gir grunnlaget for å beregne riktig tilskudd. Hvis tannlegen ikke gir oss denne informasjonen, vil vi etter beste skjønn utstede en faktura med opplysninger vi tror skal være registrert, sier seniorrådgiver Inge Krokan.

Han er fagansvarlig for privat helsetjeneste i NPE.

Tannlegene vil være dekket av tilskuddsordningen når de har meldt inn virksomheten med riktige opplysnings, og betalt tilskudd for alle årene de har arbeidet som tannlege. Det gjelder også hvis virksomheten har blitt etterinnmeldt og tilskuddet er etterbetalt. En forutsetning er at dette ble gjort før eventuelle erstatningskrav ble meldt til NPE.



- Vi vokser gjennom løftene vi holder -

- Non Noble/Uedelt metall
- Noble/Edelt metall
- IPS e.max

750,- pr. ledd
1050,- pr. ledd
1090,- pr. ledd

- Zirconium
- Valplast

1250,- pr. ledd
1450,-

- 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 • Tel: 69311512/69317448 • Fax: 69317086 • Mail: post@reholt.no

Hva skjer hvis tannlegen ikke har betalt tilskuddet?

Tannleger som ikke har betalt tilskudd, vil få krav om etterbetaling av tilskudd for årene de har vært tilskuddspliktige. NPE kan gi medhold for skader som har skjedd i en periode der tannlegen ikke var dekket av tilskuddsordningen. Da vil tannlegen få krav om å dekke erstatningsutbetalinger og saksbehandlingskostnader, såkalt regress. Pasienten vil uansett være dekket av tilskuddsordningen.

En tannlege kan ende opp med en stor merkostnad hvis han eller hun ikke har meldt seg inn i tilskuddsordningen, og ikke har betalt det årlige tilskuddet.

Eksempel på økonomiske konsekvenser for en tannlege

Beregning av erstatningen er helt individuell, og bestemmes blant annet av

hva pasientskaden har ført til og erstatningssøkerens privatøkonomi.

I denne saken resulterte tannbehandling i kroniske smerten. Skaden er varig og betydelig, og erstatningssøkeren har vært sykmeldt i perioder. Erstatningsutbetalingen skal dekke følgende:

Inntektstap (fra skaden skjedde, fram til erstatningen er ferdig beregnet)

Menerstatning (økonomisk kompensasjon for tapt livsutfoldelse)

Tannlegesakene i NPE 2009 – 1. halvår 2017

Antall mottatte saker: 2371.

Antall vedtak: 1969; 766 medhold og 1203 avslag/avvist/henlagt.

Andel medhold: 39 prosent.

Erstatningsutbetalinger: 69,5 millioner kroner.

Utgifter

I noen saker kan det også være aktuelt å gi erstatning for framtidig inntektstap.

Kontaktperson

Har du spørsmål, kan du kontakte seniorrådgiver Inge Krokan, tlf. 22 99 44 40, e-post ikr@npe.no

Kilde: NPE

Krav om regress sendt ut per 3. kvartal 2017:

Antall: 64.

Beløp: 4,4 millioner kroner.

NPE ga medhold til en erstatningssøker for skader etter feil og mangelfull brobehandling.

Utgifter for tannlegen	Betalt tilskudd	Ikke betalt tilskudd
Erstatningsutbaling	-	575 000
Saksbehandlingskostnader	-	30 850
Tilskudd 2017 – ett årsverk for helsepersonellgruppa Øvrige tannleger	12 569	0
Etterbetaling av tilskudd	0	12 569
Sum	12 569	618 419

Tannlege

betyr her den som er tilskuddspliktig, det vil si eier eller ansvarlig for en virksomhet.

Tenner for alle – hele livet

Norsk Tannvern vil ha forsterket fokus på sosial ulikhet i tannhelse og inviterer til samarbeid



**Dødsfall**

Ludvik Weie, f. 27.06.1937, tannlegeeksamen 1963, d. 08.10.2017
 Cecilie Bjerke Helander, f. 02.08.1967, tannlegeeksamen 1992, d. 20.09.2017
 Åsa Nernæs, f. 04.12.1929, tannlegeeksamen 1952, d. 17.09.2017

Fødselsdager**90 år**

Karl-Anders Hovden, Nesbru, 14. november
 Vigleik Frigstad, Kristiansand, 27. november

85 år

Eva Mjøllner Frich, Oslo, 13. desember

80 år

Finn Gustavsen, Oslo, 26. november
 Inger-Toril Næss Norderval, Bergen, 2. desember
 Knut Ole Hjelvik, Lillehammer, 14. desember
 Magne Dvergsdal, Skei i Jølster, 15. desember

75 år

Per Godtskalk Skjelde, Stavanger, 22. november
 Torolf Dahl, Dimmelsvik, 1. desember
 Sverre Einar Jenssen, Volda, 19. desember
 Svein Thorbjørnsen, Lillehammer, 23. desember

70 år

Knut Wikstrand, Bodø, 1. desember
 Atle Brynjulsen, Bergen, 5. desember
 Jorunn Marie Bakka, Nittedal, 7. desember
 Jan Helge Brandsdal, Sandnes, 9. desember
 Ottar Birger Olsen, Halden, 14. desember
 Christian Fredrik Platou, Østerås, 14. desember
 Sigrid Irgens Solheim, Askvoll, 14. desember
 Øystein Ruud, Notodden, 16. desember
 Kari Kleven Walseth, Oslo, 18. desember
 Mette Ragnhild Røn, Oslo, 19. desember

60 år

Lars Halvard Eithun, Oslo, 25. november
 Birte Nydal, Bergen, 25. november
 Guri Sandnes, Porsgrunn, 28. november
 Gunnar Johansen, Kråkerøy, 3. desember
 Bahram Radmard, Oslo, 6. desember
 Kristin Aanderud-Larsen, Oslo, 10. desember
 Sigrid Bruuse Lunding, Misvær, 11. desember
 Morten H. Stokke, Mo i Rana, 11. desember
 Edvin Grådal, Røros, 13. desember

Siren G. Skaale, Bergen, 14. desember
 Grete-Marit Krokan Weea, Stabekk, 14. desember
 Per Lüdemann, Vennesla, 16. desember
 Ivar Fænn, Bergen, 18. desember

50 år

Philip Evanger, Farsund, 26. november
 Maria Granholm, Fauske, 26. november
 Henriette Greve Brekke, Oslo, 30. november
 Hares Imani, Voss, 6. desember
 Ingjerd Strøm Hansen, Sortland, 9. desember
 Burghard Riechel, Lindesnes, 17. desember
 Zainab Jaber Ali, Oslo, 19. desember
 Eli Rønnaug Audunson, Trondheim, 19. desember
 Siri Vaslag, Trondheim, 22. desember

40 år

Sandra Christine Bartsch, Sistranda, 23. november
 Amer Maqbool Ahmad, Oslo, 24. november
 Maria Veronica Obregon-Whittle, Billingstad, 29. november
 Sølvi Brenna, Gol, 3. desember
 Elin Marie Gravdal Brusveen, Ranheim, 8. desember
 Kristine Tunes, Stavanger, 9. desember
 Grazyna Ewa Jassin, Tau, 16. desember
 Marianne Vist, Gimse, 16. desember
 Ingrid Johannessen, Stavern, 17. desember
 Ørjan Mellingen, Bergen, 22. desember

30 år

Dagrun Angvik Haug, Bergen, 4. desember
 Ragnhild Henriksen Løken, Oslo, 4. desember
 Christer Dambakken, Rasta, 8. desember
 Ida Katrine Bøe, Hagan, 11. desember
 Håvard Hynne, Oslo, 17. desember
 Mona Hassas, Sandnes, 22. desember
 Mohammad Awais Dilshad, Sarpsborg, 23. desember

Dødsfall

Sekretariatet får dessverre ikke automatisk beskjed om dødsfall. Vi ber derfor medlemmene være behjelplig 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.

Norsk Endodontiforening

Utenlandskurs i Ljubljana

Tid

27. april – 1.mai 2018

Sted

Grand Hotel Union, Ljubljana, Slovenia

ForedragsholderMarga Ree, DDS,
MSc, Nederland**Kursinnhold**

- The use of calcium silicate cements in immature teeth with pulp involvement
- Dilemmas in treatment planning: retreatment versus implant placement
- Perforation Repair

Påmelding

Informasjon om påmelding:

Kontakt Birte N. Myrvang, e-post:
birte2004@yahoo.no

Påmeldingen er bindende.

Påmeldingsfrist

15. januar 2018

Mer informasjon

For fullt program og mer informasjon kontakt Birte N. Myrvang, e-post: birte2004@yahoo.no, eller på Norsk Endodontiforenings hjemmesider: www.endodontiforening.no

**Norsk
Endodontiforening****Priser**

Pris medlem: kr 15 000

Pris ikke-medlem: kr 16 000

Pris ledsager: kr 13 000

Pris medlem i enkeltrom: 17 200

Pris ikke-medlem i dobbeltrom: 18 200,-

Ekstra overnattinger avtales direkte med hotellet.

Fly/transport kommer i tillegg

Kurset teller

Kurset teller 10 timer i NTFs etterutdanningssystem



Ljubljana er en storby med småbyatmosfære. Det er lett å bevege seg rundt, og alt ligger i gåavstand. Med sine 300 000 innbyggere er byen en av Europas minste og mest idylliske hovedstader.

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening inviterer til

Operakurs

For tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Faglig påfyll og sosialt samvær under operafestuken i Kristiansund.

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening inviterer til Operakurs med spesialist i oral protetikk, Martin Janda, og operaforestillingen *Kiss me Kate*.

Dette er kurset for deg som vil få med deg mange verdifulle kliniske tips, som du kan begynne å bruke med det samme du kommer tilbake til klinikken. Av og til synes man at visse oppgaver er kompliserte og at det burde finnes en lettere måte å gjøre det på. Hvordan gjør andre det? Kurset består av korte teoretiske avsnitt som forklarer hvorfor vi gjør som vi gjør, med kliniske arbeidsganger. På kurset får du tips for både fast, avtakbar og implantatprotetikk. Kurset er rikt illustrert med bilder.

Tid

2.–3. februar 2018

Kursholder

Martin Janda er odont.dr, över-tandläkare och specialist i oral protetik i Folktandvården i Lund, Sverige. Han er också Honorary professor ved Uni-



Martin Janda



Forestillingen *Kiss me Kate* er kjent for flott musikk og suverene dansescener.

versitetet i Hong Kong, der han blant annet hjelper til med deres forskning om implantatkomplikasjoner. Han har også fått Svenska Tandläkarsällskapets pris både fra Forssbergs Dentals Stipendiefond og pris som beste foreleser.

Kursinnhold

- Hvordan får jeg et provisorium til å se godt ut og holde?
- Bittregistrering
- Effektiv frilegging
- Avtrykkstakning
- Sementering med usynlige grenser
- Og mye mer

Sted

Thon Hotel, Kristiansund

Opera

Fredag 2. februar på Festiviteten: Forestillingen *Kiss me Kate*.

Cole Porters musical *Kiss me Kate* er kjent for sin flotte musikk og spenstige dansenummer. Når teaterregissøren Fred Graham og hans teatertrupp skal sette opp Shakespeares teaterstykke *Troll kan temmes*, viser det seg å bli alt annet enn enkelt. Det byr på forviklinger av ulik art når det nærmer seg premiere. I februar får musikalen en lokal vri, med mange kjente Kristiansunds-fjes på scenen

Påmeldingsfrist

15. januar

Mer informasjon og påmelding

For mer informasjon og påmelding, kontakt Lise Furset,
e-post: nrtannlege@gmail.com

DEN NORSKE TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

Frister og utgivelsesplan 2017

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
11	9. november	15. november	14. desember

Frister og utgivelsesplan 2018

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
1	1. desember '17	8. desember '17	11. januar
2	11. januar	16. januar	15. februar
3	8. februar	13. februar	15. mars
4	1. mars	6. mars	12. april
5	5. april	10. april	16. mai
6	4. mai	22. mai	21 juni
7	7. juni	14. juni	16. august
8	9. august	14. august	13. september
9	3. september	18. september	18 oktober
10	11. oktober	16. oktober	15 november
11	8. november	13. november	13 desember

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

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



SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep



Helsedirektoratet



■ STILLING LEDIG

Rælingen

Til vår moderne, travle og velutstyrte klinik i Rælingen, Oslo nært, søkes kvalitetsbevisst og serviceinnstilt kollega med minst 2 års erfaring fra privatpraksis.

Gode betingelser, eget kontor, Heltidsstilling. For mer info kontakt oss på post@tannverden.no. Avlønning etter avtale. Stillingen ønskes besatt så snart som mulig.

Tannlege til Vesterålen

Tannlege søkes til deltid / full stilling. Moderne allmennpraksis med blant annet implantatbehandling og mikroskop.

Gjerne nyutdannet. Mulighet for del eierskap på sikt.

Må beherske norsk muntlig og skriftlig. Fordelaktige betingelser. Tiltredelse fra januar 2018. Søknad med CV og referanser ønskes snarest. For mer info henv. thomas.sefranek@gmail.com og tlf. 76151252.

TRONDHEIM

TANNHELSESENTER

Trondheim Tannhelsesenter A/S søker tannlege til moderne, travle og trivelig privatpraksis i Trondheim sentrum for snarlig tiltredelse.

Skriftlig søknad med referanser sendes til post@trondheimtannhelsesenter.no

Assistenttannleger

søkes deltid/fulltid til privat praksis i Bergen og Oslo fra 1. januar 2018. Søknad og cv sendes til drvp1984@gmail.com

Tannlege

med CEREC-erfaring søker til flott praksis på Tjura i Solør. 3 behandlingsrom, OPG, mikroskop mm.

Skriftlig søknad sendes til: Lars-Henri Myrer, Tjuraveien 272, 2260 Kirkenær

Kjeveortoped

Til nyoppussede lokaler, Oslo nært, søker kjeveortoped, nyutdannet eller erfaren. Gode betingelser, eget kontor, fritt valg av "jobbtid".

Mulighet for partnerskap, fritt etter eget ønske.

Dersom interesse, ta kontakt på mail: victoria-jo@hotmail.com

Spania

Vi er en norsk tannlegeklinik i Spania (Albir/Alicante), som søker en erfaren tannlege til å jobbe 25-30 timer i uken.

Vi kan tilby gode arbeidsforhold og vi kan være behjelpeelige med å ordne med de papirer som trengs for å arbeide i Spania.

Hvis dette kan være interessant for deg vennligst send mail til: dentalbir@gmail.com.

De norske tannlegene i Albir.



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

ledige stillinger i

tannhelsetenesta

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

Kontaktperson: ingrid.walstad.larsen@mrfylke.no, tlf. 71 28 01 72



Møre og Romsdal
fylkeskommune





Vi søker etter kjeveortoped til vår klinikk i Trondheim!

Colosseumklinikken er Norges ledende leverandør av tannhelsetjenester med 20 klinikker og ca 460 medarbeidere. Vi tilbyr de beste og mest moderne metodene innenfor alt fra forebyggende tannhelse, tannbehandling og reparasjoner til estetisk tannpleie. Colosseumklinikken er en del av Colosseum Dental Group, et europeisk tannhelsekonsern i betydelig vekst med ambisjon om å være markedsledende i Europa

Til Colosseumklinikken i Trondheim søker vi etter en spesialist i kjeveortopedi med norsk autorisasjon. Liker du å jobbe i team, kan vi tilby gode utviklingsmuligheter i et spennende tverrfaglig miljø. Vi har moderne og trivelige klinikker med oppdatert utstyr og flinke assistenter.

Vi kan tilby gode utviklingsmuligheter i et spennende tverrfaglig miljø, og konkurransedyktige betingelser.

Gjennom Colosseum Academy tilbyr vi tidsrike interne og eksterne kurs med høy kvalitet.

**For nærmere opplysninger ring gjerne HR-direktør Ragnhild Hauge Waters på tlf. 913 86 912, eller daglig leder Rikke Overgaard på tlf 922 40 299
Søknad sendes til solfrid@colosseum.no. Søknadsfrist: snarest.**

Les mer om våre klinikker på: www.colosseumklinikken.no

 **Colosseum**
- tannlegoen for hele familien



Vi søker etter allmenntannleger til våre klinikker i Stavanger-området!

Colosseumklinikken er Norges ledende leverandør av tannhelsetjenester med 20 klinikker og ca 460 medarbeidere. Vi tilbyr de beste og mest moderne metodene innenfor alt fra forebyggende tannhelse, tannbehandling og reparasjoner til estetisk tannpleie. Colosseumklinikken er en del av Colosseum Dental Group, et europeisk tannhelsekonsern i betydelig vekst med ambisjon om å være markedsledende i Europa

Til våre klinikker i Stavanger-området søker vi etter allmenntannleger. Liker du å jobbe i team, kan vi tilby gode utviklingsmuligheter i et spennende tverrfaglig miljø. Vi har moderne og trivelige klinikker med oppdatert utstyr og flinke assistenter.

Gjennom Colosseum Academy tilbyr vi tidsrike interne og eksterne kurs med høy kvalitet. Vi tilbyr konkuransedyktige betingelser til den rette tannlegen. For å kunne søke må du beherske norsk både skriftlig og muntlig, samt ha norsk autorisasjon som tannlege.

Høres dette interessant ut, send søknad med CV til solfrid@colosseum.no. Søknadsfrist: snarest. Spørsmål vedr engasjementet rettes til HR direktør Ragnhild Hauge Waters på tlf. 913 86 912.

Les mer om våre klinikker på: www.colosseumklinikken.no

 **Colosseum**
- tannlegen for hele familien



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.



TROMS fylkeskommune
ROMSSA fylkkasuhkan

Tannhelsetjenestens kompetancesenter for Nord-Norge (TkNN)

Tannlegespesialist i periodonti

Tannhelsetjenestens kompetancesenter for Nord-Norge (TkNN) har ledig fast 100 % stilling som spesialist i periodonti.

Vi søker en person som er strukturert, har gode kommunikasjons- og samarbeidsevner samt er fleksibel i en hektisk hverdag. I stillingen inngår også veiledning av spesialistkandidater og etterutdanning av tannhelsepersonell.

Ytterligere opplysninger fås ved henvendelse til leder Elisabeth Camling, tlf. 474 89 495, e-post elisabeth.camling@troms.fylke.no

Søknadsfrist: 30. november 2017

Søknaden sendes fortrinnsvis elektronisk via link på www.troms.fylke.no, ID 142010

Tannlege praksis ved Metro Tannklinikk, Lørenskog

Metro Legesenter og Tannklinikk på Lørenskog er en privat klinik med spesialister i gynækologi, kardiologi, indremedisin, allmennmedisin, psykiatri, hudpleie og 5 tannleger. Tannlegepraksisen har en god omsetning og utvides nå med et kontor til.

Vi søker etter en tannlege til vår nye Dental unit. Det er mulighet for både å jobbe deltid eller heltid fra og med 010118.

Tannklinikken har god pasient pågang og kan tilby gode betingelser til den rette kandidaten. Vi bruker Opus pasient system.

For mer opplysning se <https://metrolegesenter.no/tannklinikk/>

Spørsmål kan rettes til Maleen Ringkilen tel 92666310 eller styretsleder Rakhee Sethi på tlf. 99472951. Skriftlig søknad med CV kan sendes til post@metrolegesenter.no



Metro Legesenter
Omsorg i alle livsfaser

■ KJØP – SALG – LEIE

TANNLEGEPRAKSIS til SALGS

sentralt beliggende i SANDE/VESTFOLD

2 min. fra togstj.

Veldrevet lønnsom praksis med god pasient tilgang, herunder et betydelig antall recallpasienter.

2 behandlingsrom, muligheter for utvidelse.

Henvendelse stroeno@online.no

Asker

Salg av tannlegepraksis i Asker pga. flytting.

Praksisen er 162 kvadmeter og ferdig innredet, inneholder 3 behandlingsrom med monterte tannlegestoler og innredning, stort røntgenrom med OPG/CEPH maskin, stor sterilisering, spiserom, adskilt venteværelse, resepsjon, garderobe.

Interesserte bes kontaktet praksis1012@gmail.com

Erfaren tannlege

søker klinik til salgs i Østfold eller Akershus syd. Gjerne eldre praksis. Mail til fredriva@hotmail.com

TANNLEGEPRAKSIS I ÅLESUND

Tannlegepraksis beliggende sentralt i Ålesund, selges.

Henvendelse, mobil: 92 40 91 99 eller

e-post: t-jbre@online.no

Billingstad

Ny utredet tannlegepraksis, meget sentralt på Billingstad vurderes leid/solgt, grunnet familie.

Henvendelse: tann.helse@hotmail.com

■ DIVERSE

Kompressor til salgs

Stor tresylindret CATTANI Kompressor til salgs. Selges fordi det allerede er montert en kompressor på det nye tannlegekontoret.

Kompressoren kan brukes både til 230 V og 400 V trefase og har kapasitet til 6–8 tannlekestoler.

Kompressoren var ny mai 2013 og ble brukt frem til desember 2015 grunnet flytting av tannlegepraksis.

Selges rimelig. Kontakt post@tannreguleringas.nhn.no eller telefon 22202134 for mer informasjon. (Nesbru, Asker).

UNITER TIL SALGS

FIMET F1 UNIT SELGES

Kjøpt hos Tonne Dental desember 2010. Uniten har vært brukt som en ekstra-unit, og har blitt svært lite brukt, 1–2 ganger pr. uke. Ser helt ny ut.

Service utført av Tonne Dental 11.10.17. Ingen feil eller mangler. Dokumentasjon foreligger.

Følger ikke med røntgen-apparat, men såyle for rtg. medfølger.

3-veis sprøyte, herdelampe, micromotor og turbin på brygge.

Må hentes.

Ny-pris: 185.000,-

Selges: 40.000,-

PLANMECA COMPACT UNIT SELGES

Velholdt, 10 år gammel unit selges. Alle daglige vedlikeholdsrutiner, samt service gjennomført. Røntgen medfølger. 3-veis sprøyte, herdelampe, micromotor og turbin på brygge. Full service utført av Pludent 06.10.17. Dokumentasjon foreligger.

Må hentes, er behjelplig med demontering.

Ny-pris: ca. 280.000,-

Selges: 40.000,-

Mail: fetsundtannklinikk@gmail.com , Tlf.: 92060147



**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?

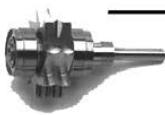
Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

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.

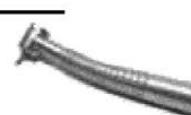
Kun kr 1990 eks mva. Rask levering. 6 mnd. garanti!



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg
Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no



NB! Husk navn og adresse!



Vi kaller dette en spade

Du mottar mange hundre budskap hver dag. Det er viktigere enn noen gang å kunne stole på at det du leser og ser i mediene er faktabasert og pålitelig. Redaktørens rolle er å være uavhengig, og å sikre en balansert dekning av ditt fagfelt. Den jobben gjør vi på vegne av deg.

Leser du et av Fagpressens blader eller nettsteder – slik du gjør akkurat nå – kan du være trygg på at innholdet som er viktig for deg er vurdert og ivaretatt av en grundig redaksjon.



Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig



BARE HYGIENE

LETT Å GJØRE RETT!



Lisa 17
autoklav

lisa

Autoklav for dagens og fremtidens behov.

- ▶ Interaktivt display med tydelig og flott grensesnitt, enkel tilgang til tidligere sykluser.
- ▶ Superraskt klasse B program for de vanligste laster.
- ▶ Rask tørketid takket være ECO dry funksjonen.



Lina 17
autoklav

lina

En rimelig kvalitetsautoklav med Klasse B syklusser.

- ▶ Informasjon om syklusene lagres automatisk på USB.
- ▶ ECO B-program rett under 30 minutter for små laster.
- ▶ Veldig stillegående og brukervennlig.