

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 128. ÅRGANG • NR. 3 MARS 2018



Hos oss møter du kundekonsulenter med:

*kunnskap
erfaring
god service...*

The logo consists of a stylized, blue, 3D-rendered arch or bridge-like shape. Inside the arch, the text "LIC SCADENTA" is written in a white, serif font. The background of the entire advertisement is a dark blue with a complex network of glowing blue lines and dots, resembling a digital or molecular structure.

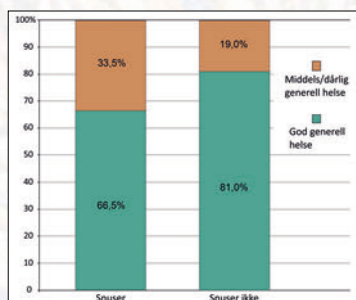
LIC
SCADENTA

*...du er trygg
hos oss!*

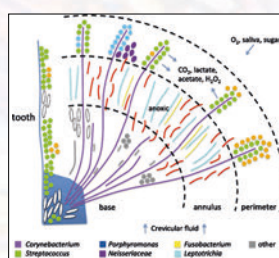
Kontakt oss i dag, vi hjelper deg gjerne:

Tlf: 67 80 58 80

www.licscadenta.no



180



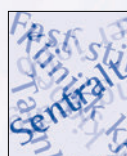
206



210

Rubrikk-
annonser

240



174 Siste nytt først

Leder

177 Retten til å bli glemt

Presidenten har ordet

179 Det handler om å oppføre seg ordentlig mot hverandre

Vitenskapelige artikler

180 Anders Røslund, Fredrik Espelund Eikås, Knut N. Leknes, Anne N. Åstrøm, Stein Atle Lie, Dagmar Fosså Bunæs: Snusbruk blant 10.-klassinger. Forekomst og oppfatning av egen helse

188 Inghild K. R. Norton, Liv O. Valør, Odd Carsten Koldsland, Anne Merete Aass, Andrej M. Grijbovski og Hans R. Preus: Klinisk effekt av et kommersielt munnskyllemiddel på plakk og gingivitt. En parallell, «split-mouth», dobbelt-blind, randomisert, placebo-kontrollert klinisk studie av Listerine Professional Gum Therapy®

199 Bivirkningsskjema

Aktuelt fag

202 Anders Johansson, Bjørn Bjorvatn, Erik Saxegaard, Kjersti Gjerde, Morten E. Berge, Sverre Lehmann, Ulrik Leidland Opsahl: Stor interesse for odontologisk søvnmedisin og søvnnapné i Norge

206 Ingar Olsen: Organisering av supragingival plakk på mikrometernivå

Aktuelt

210 Slanket bort tannhelseseksjon

214 Seier for sårbar pasientgruppe

Kommentar og debatt

219 Ny kommentar etter kasuistikken: «Kan okklusal overbelastning føre til tap av osseointegrasjon etter vellykket implantatinnsetting?» (Harald Gjengedal)

220 Svar til Harald Gjengedals siste kommentar til kasuistikken: «Kan okklusal overbelastning føre til tap av osseointegrasjon etter vellykket implantatinnsetting?» (Eivind Strøm og Knut N. Leknes)

Arbeidsliv og praksisdrift

223 Svindelforsøk mot bedrifter og organisasjoner

226 Spør advokaten: Hvordan beregne sekretærens lønn?

Snakk om etikk

229 Pasient eller kunde?

Notabene

230 Tilbakeblikk

231 Kurs- og aktivitetskalender

237 Personalia

Kurs

239 Kompetansekurs i implantatprotetikk

Snus øker



FOTO: YAY IMAGES

Snusbruken øker, men mange vil slutte, skriver Helsedirektoratet.

Nesten 60 prosent av dem som snuser vurderer å slutte. Spare penger og unngå helserisiko er de viktigste årsakene til at de vil slutte.

Den yngste aldersgruppen (18–34 år) svarer i større grad enn de eldre at de vurderer å slutte med snus. 29 prosent av dem som snuser har så konkrete slutteønsker at de vurderer å slutte innen tre måneder, viser en ny undersøkelse Respons Analyse har gjort for Helsedirektoratet blant 500 snusere. Litt flere kvinner enn menn har slutteplaner.

Nye tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 12 prosent av befolkningen bruker snus daglig. For første gang er det flere som snuser daglig enn det er som røyker daglig i Norge. Nesten tre av ti menn under 34 år snuser daglig, mens det er om lag en av ti kvinner i samme aldersgruppe som snuser daglig.

– Det er særlig bekymringsfullt med den høye snusbruken blant unge kvinner. Snus er farlig for fosteret, og det kan være vanskelig å slutte med snus selv om man er gravid, sier avdelingsdirektør Jakob Linhave i Helsedirektoratet.

Hver tredje person oppgir det å spare penger som den viktigste grunnen til at de vil slutte. Like mange oppgir helserisiko som hovedgrunn. Den yngste aldersgruppen er mest opptatt av å spare penger, den eldste av å unngå helserisiko. 20 prosent oppgir det å slippe avhengighet som sin viktigste slutteårsak.

Nesten halvparten svarer at de ikke kommer til å ta i bruk noen hjelpemidler for å slutte å snuse. De vil slutte på egen hånd, uten hjelp. Hver tredje per-

son svarer at de vil benytte Slutta-appen, mens hver fjerde vil bruke nikotinfri snus.

– Selv om mange både vil og klarer å slutte på egen hånd, anbefaler vi å bruke de hjelpetilbudene som finnes. Snakk med fastlegen eller frisklivssentralen, og få råd om legemidler som kan være til god hjelp. Eller last ned Slutta-appen. Den gir blant annet en fin oversikt over hvor mye man sparer, sier Linhave.

Halvparten av snuserne svarer at de har prøvd å slutte å snuse en eller flere ganger. Den yngste aldersgruppen har prøvd å slutte i større grad enn de eldre. Helsedirektoratet hadde i fjor høst en kampanje for å motivere til snusslutt. De som kan huske å ha sett en av Helsedirektoratets reklamefilmer om snusslutt svarer i større grad at de har prøvd å slutte å snuse, eller ønsker å slutte, enn de som ikke har sett filmene.

Hver fjerde person som snuser, sier at de også røyker sigaretter daglig eller av og til. 70 prosent av deltakerne svarer at de har røykt sigaretter tidligere. Flere i den eldste aldersgruppen har røykt tidligere.

Webundersøkelsen ble gjennomført med 500 respondenter over 18 år, i månedsskiftet november–desember 2017. Snusbruk blant deltakerne: 72 prosent snuser daglig, 12 prosent bruker snus ukentlig, 16 prosent snuser sjeldnere enn ukentlig.

Stor helsegevinst



FOTO: YAY IMAGES

Å stå, gå eller gjøre husarbeid i stedet for å sitte i ro, minsker risikoen for å dø av hjerte- og karsykdom betraktelig, ifølge en svensk studie, skriver Dagens Medisin.

Det har vært omdiskutert hvor stor nytte lett fysisk aktivitet har, når det

gjelder risikoen for å dø av hjerte- og karsykdom.

Forskere fra Karolinska Institutet har analysert hvordan ulike nivåer av fysisk aktivitet hos 851 personer påvirket dødeligheten av hjerte- og karsykdom 15 år senere. Studien er publisert i *Clinical Epidemiology* (Studien heter *Replacing sedentary time with physical activity: a 15-year follow-up of mortality in a national cohort*).

Studien viser at hverdagsaktivitet har stor effekt. Å erstatte en halvtime med stillesitting hver dag med å stå eller gjøre husarbeid, minsker risikoen for å dø av hjerte- og karsykdom med 24 prosent.

– Dette er viktig kunnskap for den generelle befolkningen som sliter med å komme seg opp av sofaen, sier Maja-Lisa Løchen, professor i forebyggende medisin ved UiT, Norges arktiske universitet, til Dagens Medisin.

Hun er litt overrasket over at det skulle såpass lite til av lett aktivitet for å få så stor gevinst.

– Kanskje bør vi alle få et heve-senkebord på kontoret, så vi kan stå og gå litt mens vi jobber. Og alle burde få lagt inn minst 30 minutter lett aktivitet i arbeidsdagen som en rettighet, sier hun.

Deltakerne i studien hadde en aktivitetsmåler på seg, som målte hvor mye de beveget seg.

– Det er en veldig bra gjennomført studie med objektive aktivitetsmål, ikke bare selvrapporterte spørreskjemaoppløsninger, påpeker Løchen.

Studien viser også at det å erstatte stillesitting med å gå en rask tur eller trene, gir enda større påvirkning på risikoen for å dø av hjerte- og karsykdom.

10 minutter med middels til intensiv fysisk aktivitet om dagen minsker risikoen med 38 prosent, mens 30 minutter om dagen minsker risikoen med hele 77 prosent, ifølge ki.se.

Maja-Lisa Løchen påpeker at materialet i studien er litt lite, bare 851 personer, og de har ikke justert for blodtrykk og kolesterol. Imidlertid har de tatt hensyn til faktorer som alder, kjønn, røyking, utdanningsnivå og tidligere sykdommer.



– Vi trenger flere slike studier, men denne studien sammen med allerede kjent kunnskap er tilstrekkelig til å gi råd til befolkningen. Å komme seg opp av sofaen betyr mye for helsa, og selv litt aktivitet daglig har effekt, det skal ikke så mye til, sier Løchen.

Mer tannhelse i HUNT 4

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) samarbeider med Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TkMN) om en tannhelsestudie i den fjerde Helseundersøkelsen i det som var Nord-Trøndelag frem til 1.1.2018, og nå er en del av Trøndelag fylke (HUNT4).

HUNT er en av verdens største befolkningsstudier. Studien gjentas omtrent hvert tiende år og har samlet opplysninger om befolkningen i det tidligere Nord-Trøndelag gjennom tre befolkningsundersøkelser (1984–86, 1995–97 og 2006–08). I HUNT3 (2006–08) var tannhelse med som en tilleggsstudie.

I HUNT4 samles data om munn- og tannhelse i større skala enn tidligere. Denne gangen vil drøye 3000 personer over 19 år inviteres til en munn- og tannhelseundersøkelse på feltstasjonene i Levanger, Stjørdal, Steinkjer, Verdal, Nærøy og Namsos.

Opplysningene som samles inn vil gi viktig kunnskap om munn- og tannhelse i Norge. Sammen med andre opplysninger fra HUNT-undersøkelsene og kobling til helseregistre kan data fra munn- og tannhelsestudien i HUNT4 gi ny viten om risikofaktorer for, og konsekvenser av, sykdom i munnhule og tenner.

På nett

NAOB.no – ny norsk ordbok

– En nasjonal begivenhet, sa preses Nils Heyerdahl da han på vegne av Det Norske Akademi og Kunnskapsforlaget «overrakte» den nye nettdordboken *naob.no* til kulturminister Trine Skei Grande.

– NAOB er et nøkkelverk for at norsk skal ha muligheten til å overleve som selvstendig språk, sa kulturministeren og poengterte at ordbøker utgjør den viktigste infrastrukturen for norsk kultur.

Lanseringen fant sted i Oslo den 24. januar 2018.

Ordboksverket er en modernisering og digital videreføring av standardverket Norsk Riksmålsordbok, og dekker norsk skriftspråk (riksmål/bokmål) fra Wergelands tid til i dag. Det er nå fritt tilgjengelig for alle på *naob.no*. Verket omfatter ca. 225 000 oppslagsord og nærmere 400 000 sitater fra litteratur og presse.



Slår du opp på et ord, får du vite hvordan det staves, hva det betyr, hvordan det bøyes, etymologi, og hvordan det brukes illustrert med sitater. Ordboka er tilgjengelig på mobiltelefon, nettbrett og PC.

Rundt 20 leksikografer har arbeidet med å redigere verket, som utgis av Kunnskapsforlaget og er finansiert av Kulturdepartementet og allmenntilgitte stiftelser. Det tilsvarer Norsk Ordbok 2014, som dekker nynorsk og dialektene, men som på internett bare finnes for bokstavene I – Å.

NAOB er komplett fra A til Å. Den store fordelen med et digitalt verk som dette, er at det stadig kan oppdateres og justeres

Kilde: Det norske akademi for språk og litteratur

Du kan følge oss på Facebook
Navnet er Tannlegetidende

OSSTEM[®] startpakke

inkluderer

**1 kirurgikit + 1 protetikkit og
10 valgfrie fixturer med dekkskrue**

kr 23.900,-

veil. 45.600,-

Konkurrentenes pris fra 80.000,-

For bestilling: e-post: post@maxfac.no | tlf: 22 20 50 50



Vi gjør implantat-Norge billigere!

www.osstem.no

NYHET!

Tilby dine kunder faktura og delbetaling!

- ✓ Vi tar risikoen
- ✓ Oppgjør med en gang
- ✓ Uten kostnad for tannlegen
- ✓ Svært gunstig for kunden
- ✓ Det tar kun 1–2 minutter

KONTAKT OSS

Ta kontakt med oss for en uforpliktende prat
Tlf. 21 31 01 51 | butikksupport@resursbank.no

tannlegekonto.no

 **Resurs
Bank**



Foto og 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 Vils gate 6,
postboks 2073, Vika, 0125 Oslo
Tlf. 22 54 74 00

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

UTGIVER

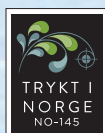
Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 7 200. 11 nummer per år

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

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



LEDER

Retten til å bli glemt



FOTO: KRISTIN WITBERG

Den 25. mai kommer en personvern-revolusjon til Norge og EU, skrev Aftenposten sist høst. Nå er vi snart der. Personvernforordningen GDPR (General Data Protection Regulation) vil gjøre det vanskeligere for myndigheter og næringslivet å lagre informasjon om deg, gir deg rett til å vite hva som er lagret, og rett til å rette det eller få det slettet.

GDPR er helt nødvendig. Det er skapt en verden der skjermen vi stirrer inn i 16 timer i døgnet suger inn alt de vet om oss, selger det til annonsører, og lagrer det til evig tid. Underveis blir dataene fanget inn av etterretningstjenester, og i verste fall stjålet av kriminelle. Et grusomt eksempel er Chatroulette-saken, som nylig er blitt kjent.

Det ble slik fordi det er mer praktisk å lagre informasjon enn å ikke gjøre det. Det er lettere å loggføre og ta backup, og ta vare på alt, enn å filtrere bort det en ikke trenger. Og det ble slik fordi tanken i internetts barndom var at alt på nettet skulle være gratis. Men et sted må pengene komme fra, så da begynte man å selge personopplysninger.

Kjernen i GDPR er at du bestemmer over informasjon om deg, og at ingen skal lagre flere personopplysninger enn de må. Når de ikke trenger dem lenger må de slettes. Dette gjelder all informasjon som kan knyttes til deg som person, ikke bare det åpenbare, som navn, adresse og telefonnummer. Hvis et nettsted følger med på hvilke sider du besøker eller hvilke temaer du er interessert i, må du gi samtykke til dette. All lagring og alle unntak fra rettighetene dine må begrunnes eller hjemles i lov. At det er praktisk å ha opplysningene er ikke god nok begrunnelse.

Når du bruker nettet blir du overvåket av annonseformidlere. De vet at du ønsker å kjøpe ny sofa eller at du venter barn. Disse opplysningene sendes videre ut på auksjon til et stort antall annonsører, som vil selge deg sofa og barnevogn.

Etter at du har lest denne artikkelen på nettet vet de at du er interessert i personvern, og kan selge deg annonser for advokatfirmaer som tilbyr rådgivning om GDPR.

GDPR er en knyttneve i sakte fart, på vei mot annonsemodellen på nettet og all unødvendig og slurvete innsamling av data, og det vil gjøre vondt når knyttneven treffer. Brudd på loven kan straffes med store bøter. Facebook og Google har forretningsmodeller som bygger på det GDPR er ment å beskytte. De er store, og vil kunne håndtere kravene, og de har mest å tape hvis de ikke får det til.

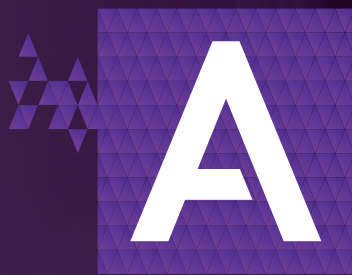
Akkurat nå sitter ledere i det offentlige og private over hele Norge og ser på kalenderen, og at datoen nærmer seg.

Vi i Tidende må gjøre vårt for å få alt riktig, blant annet når det gjelder annonsering på nettet, og dere som er tannleger må gjøre deres, for at alt som er av pasientopplysninger håndteres riktig. NTF legger ned en stor innsats for dere i disse dager. Helsearbeidere ligger for øvrig i utgangspunktet godt an, fordi dere lenge har forholdt dere til strenge personvernregler.

Uansett skal vi prise oss lykkelige, alle sammen, tror jeg. Selv om vi har en jobb å gjøre før 25. mai. Som enkeltpersoner oppnår vi å få en lovfestet rett til å bli glemt.

Det vil flyte mindre personopplysninger på nettet og i datasystemene, fordi det vil koste mye å håndtere dem på en lovlig måte. Hver eneste personopplysning noen ønsker å bruke vil føre med seg arbeid, dokumentasjon, risiko og strenge sikkerhetskrav. Det blir enklere å la være. Dermed blir konsekvensene mindre for deg den dagen noen som vil misbruke dataene dine får tak i dem.

Ellen Beate Dyvi

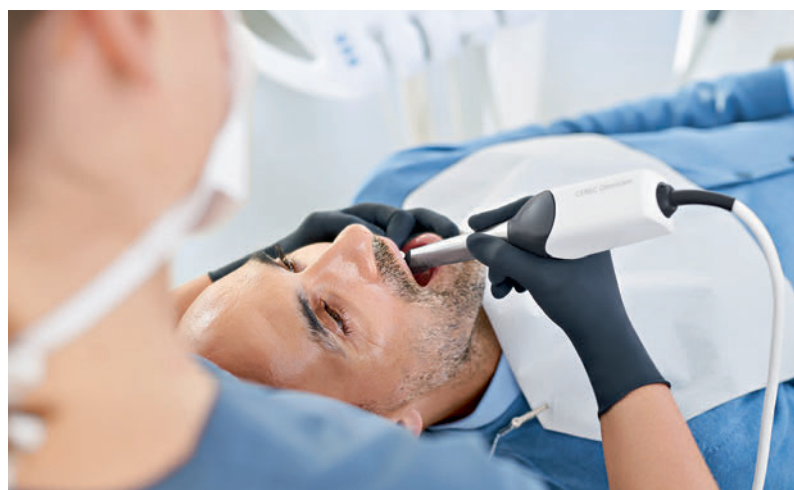


FRA FIL TIL SMIL

Sammen løser vi dine utfordringer

VI HAR BÅDE NORSK
PRODUKSJON OG
FORMIDLING
AV TANNTTEKNIKK

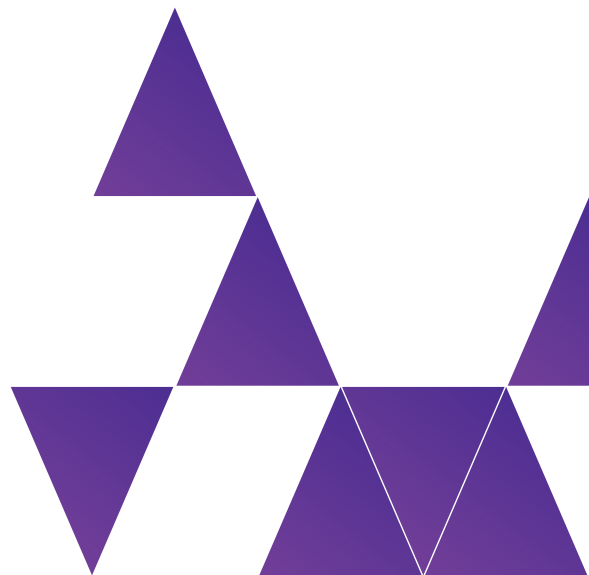
PRØV OSS I DAG!

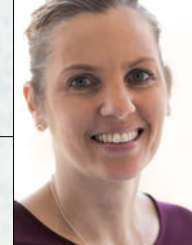


**ARTINORWAY
GRUPPEN**

Formidling og norsk produksjon av tanntteknikk

Telefon Oslo: 22 87 19 80 • Telefon Trondheim: 73 52 26 00 - www.artinorway.no





Det handler om å oppføre seg ordentlig mot hverandre

Oppmerksomheten rundt trakassering – ikke minst i form av #metoo-kampanjen – har dominert det nasjonale og internasjonale mediebildet i lang tid nå. Det er fortsatt stor oppmerksomhet omkring temaet, og det ser ikke ut til å ville avta med det første. Det er lett å bli overrasket og opprørt over omfanget, men også alvorligheten, av oppropene.

Å fokusere på disse problemstillingene, spesielt i arbeidslivet, men også i alle andre relasjoner mennesker imellom, er positivt. Jeg håper kampanjen får varige ringvirkninger. Til syvende og sist dreier det seg om å følge vanlig folkeskikk og ikke misbruke makt eller posisjon til å trakassere andre mennesker.

Vår hovedorganisasjon Akademikerne har tatt tak i saken, og styret har diskutert utfordringer både i Akademikerfellesskapet og i medlemsforeningene. En henvendelse til medlemsforeningene viser at dette er et tema som blir tatt på alvor, selv om de aller fleste foreningene rapporterer at de så langt har hatt svært få enkeltsaker – heldigvis.

Det er selvfølgelig ingen grunn til å tro at dette betyr at slikt ikke foregår i våre kretser. #metoo-initiativ i akademia og helse viser at dette i høyeste grad er noe som også angår oss.

I NTF tar vi vårt ansvar ved å kartlegge situasjonen i lokal- og spesialistforeningene. Vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer de har, se på hvordan vi er rustet til å ta grep hvis en sak kommer og lage gode rutiner for hva NTF sentralt kan og bør bidra med i slike sammenhenger. Vi håper på god deltakelse fra de tillitsvalgte når vi gjennomfører en spørreundersøkelse på temaet.

#metoo har med all tydelighet vist at også vi i organisasjonslivet må ta pro-

blemstillinger omkring trakassering på stort alvor. Likestillings- og diskrimineringsloven forbyr diskriminering og pålegger organisasjoners ledelse et ansvar for å forebygge trakassering. Som et ledd i dette er retningslinjer, uttalte holdninger, adferdsregler og rutiner for varsling viktig å ha. Det arbeides for tiden med dette både i Akademikerne og i NTF. Vi må sikre at vi har oppdaterte rutiner og regelverk som alle er kjent med. Det er mange år siden vi vedtok en alkoholpolicy for NTFs arrangementer, men også gode rutiner for varsling er noe vi må se nærmere på. I NTF er det selvfølgelig nulltoleranse for trakassering og annen utilbørlig adferd. NTF har som organisasjon et ansvar for å forebygge og hindre slik opptreden, men også for å reagere dersom slik adferd likevel finner sted.

NTF må selvsagt også fokusere på problematikken i arbeidslivet. Som tannleger har vi et stort ansvar. Mange av oss er ansatt, men en stor andel av oss er også ledere med personalansvar, med alt det medfører. Som tannleger jobber vi tett med andre i tannhelseteamet. Det er viktig at vi er bevisste på hva dette innebærer, og at vi gjør vårt beste for å sikre et godt arbeidsmiljø. Vi er i skrivende stund ikke kjent med konkrete saker om trakassering fra vår bransje, men det vil være naivt å tro at de ikke finnes også hos oss. Selv om vi ikke har de store problemene med midlertidige ansettelser, med den risiko dette medfører i andre deler av samfunnet generelt og helsevesenet spesielt, består også tannhelsetjenesten – både i offentlig og privat sektor – av virksomheter med tydelig hierarki. Det kan utgjøre en risiko. Det må vi være oppmerksomme på.

Det skal være lav terskel for å si fra. Det innebærer at det må finnes gode rutiner for varsling, og et regelverk som klart sier noe om hvordan varsler skal håndteres. Aller viktigst er trolig forebygging i form av god kommunikasjon på arbeidsplassen.

Arbeidsmiljøloven, den nye likestillings- og diskrimineringsloven og sunn fornuft gir en god plattform for arbeidet med rutiner og regelverk. Vi vil bruke dette når vi nå skal gå igjennom våre rutiner og retningslinjer for å sikre at vi har et oppdatert regelverk som hele organisasjonen skal få kjennskap til.

Dette er vanskelige problemstillinger, både å snakke om og å håndtere. Derfor er det viktig for meg å minne om at NTF har et juridisk apparat og et tilbud om kollegahjelp som kan bidra hvis det oppstår situasjoner som må håndteres. Bedriftshelsetjenesten kan også være naturlig å benytte seg av i slike saker. Det kan dessuten være på sin plass å minne om NTFs etiske regler, hvor det også kan finnes veiledning om tannlegers forhold både til pasientene, til kolleger og til foreningen.

Så håper jeg at det vi har sett i #metoo-kampanjen har vært en vekker for alle de som har misbrukt sin posisjon og makt til å utnytte og trakassere andre. Jeg håper alle innser at tiden for slik oppførsel for lengst er over – og at vi må oppføre oss på en skikkelig måte mot hverandre. For nok er nok – det er aldri greit å trakassere andre, og til dere som opplever det håper jeg at #metoo-kampanjen har gjort det enklere å stå opp for seg selv å si ifra. Det er absolutt ingen grunn til å akseptere slik oppførsel, fra noen.

Camilla Hanser Skerfving

Anders Røslund, Fredrik Espelund Eikås, Knut N. Leknes, Anne N. Åstrøm, Stein Atle Lie, Dagmar Fosså Bunæs

Snusbruk blant 10.-klassinger

Forekomst og oppfatning av egen helse

En økende rekruttering av ungdom til snus reiser spørsmål om fremtidig helserisiko ved bruk av denne type tobakk. Målet med denne studien var å kartlegge hva som motiverer ungdom til å begynne å snuse, når de blir rekruttert, åpenhet rundt snusbruk og hvilke kunnskaper de har om helseplager knyttet til snus.

Våren 2016 ble det utført en spørreundersøkelse blant 10.-klassinger i Bergensområdet. Totalt ni skoler ble valgt ut. Spørreskjemaet bestod av 22 spørsmål og var basert på tidligere skjema brukt ved kartlegging av snus- og tobakksvaner. Undersøkelsen var frivillig, og elever kunne levere blankt dersom de ikke ønsket å delta.

Av 635 utleverte skjemaer ble 613 besvart (svarprosent 96,5) med en fordeling på 296 (49 %) gutter og 317 (51 %) jenter. Totalt oppgav 29 % av elevene å ha prøvd snus (31,5 % av guttene og 26,0 % av jentene) og 10 % at de snuste regelmessig (13,6 % av guttene og 6,7 % av jentene). Slank porsjonssnus («slim») var den mest populære snustypen både blant jenter og gutter. Jenter skjulte i større grad at de snuste både for venner og familie. Spenning syntes å være hovedgrunnen til at ungdommene ønsket å prøve snus, mens sosialt press ikke var en viktig faktor. Det ble ikke funnet sammenheng mellom foreldres utdanningsnivå og barnas snusvaner. Snusbruk var assosiert med negativ oppfatning av egen generell og oral helse.

Tobakk kan røykes, tygges eller snuses. Alle former for tobakksbruk fører til at brukeren får i seg det avhengighetsskapende stoffet nikotin. Når tobakk blir røykt, frigjøres det i tillegg mer enn 4 000 helseskadelige stoffer (1). Siden år 2000 har røyking gradvis gått ned i Norge, mens bruken av snus har økt (2,3). Blant unge (16–24 år) er snusing nå den vanligste formen for tobakksbruk (3,4). En stadig mer restriktiv tobakkspolitikk og et økende negativt og stigmatiserende syn på røyking har sannsynligvis bedratt til den betydelige nedgangen i antall røykere (5).

Salg av snus er regulert med utgangspunkt i tobakksskadeloven, blant annet gjennom forbud mot tobakksreklame (siden 1975) og synlig oppstilling i kiosker og dagligvarebutikker (siden 2010). Den norske snustrenden har likevel oppstått til tross for reklameforbud, oppstillingsforbud og reguleringer, som høyere avgifter og aldersgrenser. Dette har ført til at helsemyndighetene har hatt et skarpt fokus på å forebygge snusbruk, særlig blant unge. Tobakksskadeloven la i 2013 ned forbud mot bruk av all tobakk, inkludert snus, på grunnskoler og videregående skoler for elever og ansatte. Innen sommeren 2018 skal forpakningen av alle snusbokser bli standardisert.

Den raske økningen av unge snusbrukere i Norge har ført til en del bekymring om framtidig tobakksbruk og helsestatus. Særlig bekymringsfullt er dette siden det er liten kunnskap om hvilken betydning tidlig snusdebut har for seinere røykestart. Blant unge snusere kan terskelen for å begynne å røyke

Forfattere

Anders Røslund, tannlege. Bergen

Fredrik Espelund Eikås, tannlege. Nordfjordeid

Knut N. Leknes, professor, dr.odont. Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Anne N. Åstrøm, professor, dr.odont. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Stein Atle Lie, professor, m.sc., ph.d. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Dagmar F. Bunæs, overtannlege, ph.d. Institutt for klinisk odontologi – periodonti, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Hovedbudskap

- Omlag 10 % av 10.-klassinger i Bergensområdet snuser regelmessig
- I utvalget var gjennomsnittlig debutalder for snus 13,6 år
- Spenning synes å være den viktigste motivasjonsfaktoren for å begynne å snuse
- Snusbruk var ikke assosiert med foreldres utdanning
- Snusere oppfatter sin egen generelle og orale helse som dårligere enn ikke-snuseres

være lavere dersom de allerede er avhengig av et nikotinholdig produkt som snus. Flere studier tyder imidlertid på at snusbruk kan motvirke røykestart, gjøre det enklere å slutte å røyke og redusere forbruket av sigaretter (6,7), men «gateway-teorien» har også funnet støtte (8,9). Begrepet «gateway» eller «inngangsport» brukes for å beskrive en prosess hvor bruk av «mildere» rusmidler, som tobakk, alkohol eller cannabis, leder til bruk av «hardere» rusmidler som for eksempel kokain og heroin (10). Gateway-begrepet er omdiskutert (11), men tidlig bruk av snus kan være en indikator på en generell risikovillig oppførsel (12).

En nylig publisert norsk studie (13) fant at bruk av snus før fylte 16 år øker sannsynligheten for å bli sigarettøyker livet ut,

sammenlignet med dem som begynte seinere med snus. Siden debutalderen for bruk av snus synes å være kritisk, og få studier er utført på unge brukere, var den overordnede målsetningen med denne tverrsnittundersøkelsen å kartlegge snusbruk, holdninger til snus og oppfatning av egen helse i et utvalg av 10.-klassinger (< 16 år) i Bergensområdet.

Materiale og metode

Våren 2016 ble det samlet inn data om snusbruk via spørreskjema ved ni ungdomsskoler i Bergensområdet. Det ble foretatt et ikke tilfeldig utvalg (bekvemmelighetsutvalg), og alle skolene som ønsket å delta ble inkludert. Ved de respektive skolene pluk-

Tabell 1. Antall elever og informasjon om elever som har prøvd snus

	Gutt Antall <i>n</i> (%)	Jente Antall <i>n</i> (%)	Totalt Antall <i>n</i> (%)
Har du noen gang prøvd snus?	<i>n</i> =295	<i>n</i> =312	<i>n</i> =607
Ja	93 (31,5)	81 (26,0)	174 (28,5)
Nei	202 (68,5)	231 (74,0)	433 (71,5)
Hvor gammel var du første gang du prøvde snus?	<i>n</i> =91	<i>n</i> =81	<i>n</i> =172
12 år eller yngre	19 (20,9)	5 (6,2)	24 (14,0)
13 år	20 (22,0)	14 (17,3)	34 (19,8)
14 år	24 (26,4)	31 (38,3)	55 (32,0)
15 år	28 (30,8)	31 (38,3)	59 (34,3)
Første gang du prøvde snus, hvordan fikk du tilgang på den?	<i>n</i> =93	<i>n</i> =81	<i>n</i> =174
Jeg fikk den av en på samme alder	53 (57,0)	57 (70,4)	110 (63,2)
Jeg fikk den av et eldre søsken	11 (11,8)	5 (6,2)	16 (9,2)
Jeg tok den av noen hjemme uten tillatelse	10 (10,8)	8 (9,9)	18 (10,3)
Andre måter	19 (20,4)	11 (13,6)	30 (17,2)
Hvor prøvde du snus første gang?	<i>n</i> =79	<i>n</i> =75	<i>n</i> =154
På skolen	12 (15,2)	7 (9,3)	19 (12,3)
Hjemme	15 (19,0)	12 (16,0)	27 (17,5)
På besøk hos en venn	29 (36,7)	36 (48,0)	65 (42,2)
Annet sted	23 (29,1)	20 (26,7)	43 (27,9)
Første gang du prøvde snus, hvorfor valgte du å prøve?	<i>n</i> =84	<i>n</i> =75	<i>n</i> =159
Jeg følte meg presset av venner	4 (4,8)	7 (9,3)	11 (6,9)
Jeg synes det virket spennende	46 (54,8)	33 (44,0)	79 (49,7)
Jeg har venner som snuser og jeg prøvde det for å passe inn med dem	2 (2,4)	2 (2,7)	4 (2,5)
Jeg ville oppleve nikotinrus	13 (15,5)	13 (17,3)	26 (16,4)
Jeg hadde hørt fra andre at det skulle være godt	19 (22,6)	20 (26,7)	39 (24,5)

Tabell 2. Informasjon om snusvaner blant elever som snuser

	Gutt Antall <i>n</i> (%)	Jente Antall <i>n</i> (%)	Totalt Antall <i>n</i> (%)
Snuser du nå?	n=92	n=81	n=173
Ja	40 (43,5)	21 (25,9)	61 (35,3)
Nei (har prøvd, men sluttet)	52 (56,5)	60 (74,1)	112 (64,7)
Hvor ofte snuser du?	n=40	n=21	n=61
Én (1) gang i uken	3 (7,5)	6 (28,6)	9 (14,8)
To til tre (2 til 3) ganger i uken	6 (15,0)	5 (23,8)	11 (18,0)
Én (1) gang pr. dag	4 (10,0)	2 (9,5)	6 (9,8)
Flere ganger om dagen	27 (67,5)	8 (38,1)	35 (57,4)
Omtrent hvor mange bokser snuser du i måneden?	n=40	n=20	n=60
Mindre enn én (1) boks i måneden	7 (17,5)	6 (30,0)	13 (21,7)
Én (1) boks i måneden	3 (7,5)	4 (20,0)	7 (11,7)
To (2) bokser i måneden	6 (15,0)	3 (15,0)	9 (15,0)
Tre (3) eller flere bokser i måneden	24 (60,0)	7 (35,0)	31 (51,7)
Hvilken type snus foretrekker du å bruke?	n=35	n=20	n=55
Porsjonssnus	5 (14,3)	4 (20,0)	9 (16,4)
Porsjonssnus «slim»	23 (65,7)	15 (75,0)	38 (69,1)
Løssnus	2 (5,7)	0 (0,0)	2 (3,6)
Jeg kan bruke alle typer snus, og bryr meg ikke om hvilken	5 (14,3)	1 (5,0)	6 (10,9)
Ta stilling til følgende påstander			
Det er viktig for meg at snusen har en smakstilsetning	n=38	n=20	n=58
Enig	17 (44,7)	9 (45,0)	26 (44,8)
Verken enig eller uenig	19 (50,0)	8 (40,0)	27 (46,6)
Uenig	2 (5,3)	3 (15,0)	5 (8,6)
Det er viktig for meg at utseende på snusboksen passer meg (f. eks farge og form.)	n=39	n=21	n=60
Enig	7 (17,9)	3 (14,3)	10 (16,7)
Verken enig eller uenig	9 (23,1)	4 (19,0)	13 (21,7)
Uenig	23 (59,0)	14 (66,7)	37 (61,7)
Disse personene vet at jeg snuser	n=108	n=48	n=156
Foreldrene mine (én eller begge)	21 (19,4)	7 (14,6)	28 (17,9)
Søsknene mine (én eller flere)	21 (19,4)	11 (22,9)	32 (20,5)
Venner (én eller flere)	38 (35,2)	21 (43,8)	59 (37,8)
Trener (én eller flere)	10 (9,3)	3 (6,3)	13 (8,3)
Lærer/skolen (én eller flere)	18 (16,7)	6 (12,5)	24 (15,4)
Ingen vet	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Jeg er åpen om at jeg snuser eller har prøvd snus	n=39	n=21	n=60
Enig	30 (76,9)	11 (52,4)	41 (68,3)
Verken enig eller uenig	6 (15,4)	6 (28,6)	12 (20,0)
Uenig	3 (7,7)	4 (19,0)	7 (11,7)

ket skoleledelsen ut to til tre 10.-klasser og spørreskjema ble delt ut til totalt 635 elever. Alle spørreskjemaene ble fylt ut i klasserommet i skoletiden under observasjon av lærer og to observatører (AR og FEE). Det var frivillig å delta og undersøkelsen var anonym. Totalt ble det satt av 15–20 minutter til informasjon og besvarelse. Å levere blankt skjema ble betraktet som nei til å delta i studien.

Spørreskjemaet bestod av 22 spørsmål primært utformet som flervalgsoppgaver. I tillegg ga noen spørsmål muligheter for fri tekstbesvarelse. I undersøkelsens første del ble det spurt om kjønn, geografisk lokalisasjon (hvilken bydel i Bergen eller Os), foreldres utdanningsnivå, samt oppfatning av egen generell helse og munnhelse. I neste del ble det stilt spørsmål om bruk av snus, eksempelvis om respondentene hadde prøvd snus, når og i hvilken anledning og årsakene til dette. Videre ble det spurt om de fremdeles snuser og om eventuelle forsøk på å slutte. De respondentene som svarte at de snuser, ble henvist til spørsmål som tok for seg omfanget av snusbruken. For å kartlegge åpenheten rundt snusbruk, ble det stilt spørsmål om hvem som visste om snusvanen. Det ble også spurt om hvilken positiv effekt de opplevde ved bruk. Spørreundersøkelsen avsluttet med noen påstander om holdninger til snus og snusbruk som alle respondentene, uavhengig om de snuste eller ikke, skulle besvare med grad av enighet; om elevene trodde snus påvirket den generelle og/eller orale helse og om de hadde fått informasjon om skadevirkninger knyttet til snusbruk. Informator og observatør var samme personer (AR og FEE) i alle klasser og ved samtlige skoler.

Statistiske analyser

Det innsamlede materialet ble beskrevet ved frekvens- og kryssstabeller for kategoriske variabler. Kji-kvadrattest ble benyttet for å undersøke statistiske sammenhenger mellom de kategoriske variablene. Ved mer enn to kategorier innenfor samme variabel ble grupper slått sammen før statistisk testing. For å analysere sammenhengen mellom kjønn, foreldres utdanning, bruk av snus og oppfatning av generell og oral helse, ble logistisk regresjonsanalyse benyttet. P-verdier mindre enn 0,05 ble betraktet som statistisk signifikante. Det statistiske dataprogrammet IBM SPSS versjon 23 (Texas, USA) ble brukt ved analysene.

Resultater

Spørreskjemaet ble delt ut til 635 elever og 613 svarte, 48,5 % gutter og 51,5 % jenter. Dette gir en svarrespons på 96,5 %. Totalt hadde 65,7 % av respondentene foreldre med høyskole- eller universitetsutdanning, 10,6 % foreldre med videregående skole, 3 % foreldre med grunnskoleutdanning, og 20,8 % svarte «vet ikke». Totalt oppga 71,5 % av elevene at de aldri hadde prøvd snus og 28,5 % at de hadde prøvd. Ti prosent av det totale antall elever oppga regelmessig bruk av snus, 13,6 % av guttene og 6,7 % av jentene.

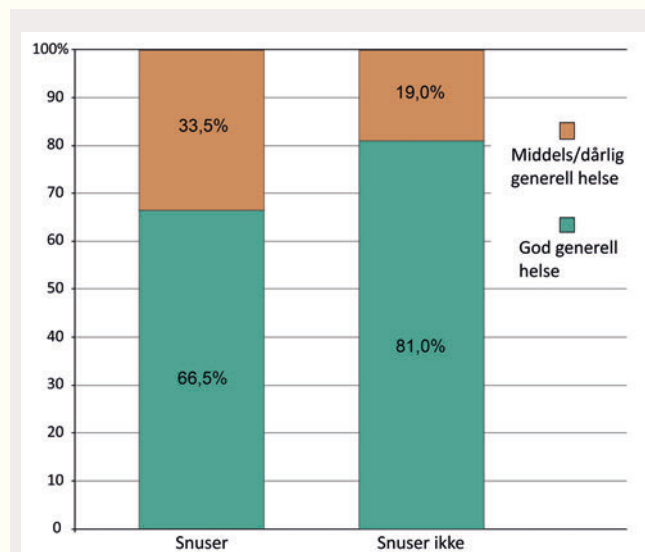
Kjønnsfordelingen blant elevene som hadde prøvd snus var 31,5 % gutter og 26 % jenter (tabell 1). Av disse var 34,3 % 15 år da de prøvde snus første gang, 32 % 14 år, 19,8 % 13 år og 14 % 12 år eller yngre. På spørsmål om hvordan man fikk tilgang til

snus første gang, svarte 63,2 % at de fikk det av en venn på samme alder og for 42,2 % under et besøk hos en venn. Et fåtall, 4,8 % gutter og 9,3 % jenter, rapporterte press fra venner som årsak til å prøve snus første gang, mens 49,7 % synes at det å begynne å snuse virket spennende; henholdsvis 55 % gutter og 44 % jenter.

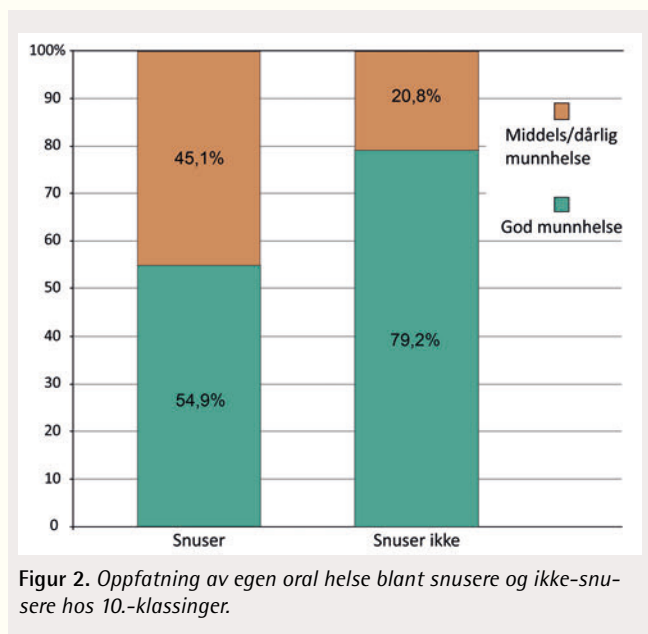
Kartlegging av snusvaner fordelt etter kjønn er beskrevet i tabell 2. Av de elevene som oppga å ha prøvd snus, svarte 35,3 % at de snuste regelmessig. Fordelingen gutter og jenter var henholdsvis 43,5 % og 25,9 %. Av elevene som snuste flere ganger daglig utgjorde guttene 67,5 %. Tilsvarende prosent blant jentene var 38,1. Flere enn halvparten av jentene konsumerte en boks eller mindre per måned. Under spørsmålet «hvilken type snus som ble foretrukket», svarte ingen av jentene og 5,7 % av guttene at de brukte løssnus. Totalt svarte 45 % av guttene og jentene at smakstilsetning var viktig. Flere gutter enn jenter var opptatt av utseendet på snusboksen, henholdsvis 17,9 % for gutter og 14,3 % for jenter. På spørsmålet om åpenhet rundt snusbruk, svarte 77 % av guttene at de er åpne om at de snuser, mens den tilsvarende prosenten for jentene var 52. Disse forskjellene manifesterte seg i de fleste undersøkte sosiale relasjoner; bortsett fra at flere jenter enn gutter oppga at venner visste om at de snuste (44 % mot 35 %).

På ulike påstander om eventuelle orale skadevirkninger av snus skulle studentene svare i hvilken grad de var enig eller uenig i disse. Gjennomgående for alle besvarelsene var at de som snuste i langt større grad var enige i påstandene, mens de som snuste i større grad var uenige i de samme påstandene. Størst forskjell var det for påstanden «hvis man snuser kan man få dårlig ånde», der 28,4 % av snuserne og 71,6 % av ikke-snuserne var enig (ikke tabulert).

Oppfatningen av egen generell og oral helse ble gradert som god, middels eller dårlig. Av de 552 elevene som ikke snuste svarte 432 (81 %) at de opplevde egen generell helse som god mot



Figur 1. Oppfatning av egen generell helse blant snusere og ikke-snusere hos 10.-klassinger.



31 av snuserne (66,5%) (figur 1). Elevenes oppfatning av egen oral helse ble kategorisert på samme måte og undersøkt hos aldri snusere og snusere/tidligere snusere (figur 2). Blant elever som opplevde egen oral helse som god var 79,2% aldri snusere, mens den tilsvarende prosenten blant snusere/prøvd snus var 54,9%. Av elever som svarte at de hadde en middels eller dårlig oppfatning av egen oral helse hadde 22% aldri snust, mens 46% var snusere/prøvd snus.

Det ble ikke funnet sammenheng mellom snusbruk og utdanning til foreldre ($p=0,186$) og heller ikke mellom snusbruk og kjønn ($p=0,142$). Elevenes oppfatning av egen generell helse var påvirket av snusbruk ($p=0,001$) og foreldrenes utdanning ($p=0,001$). Oppfatningen av egen oral helse var påvirket av snusbruk ($p=0,001$), foreldrenes utdanning ($p=0,003$) og kjønn ($p=0,001$).

Diskusjon

Tall for aldersgruppen 16–74 år viser geografiske forskjeller i andelen snusbrukere i Norge (2). I Trøndelagsfylkene, Finnmark, Nordland, Hedmark og Oppland bruker ca. 10% snus daglig, mens prosentandelen er lavere (ca. 8%) for Agderfylkene, Sogn og Fjordane og Rogaland. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen viser at omtrent 10% av 10.-klassinger i Bergensområdet snuser regelmessig. Sammenlignet med landsgjennomsnittet for kvinner og menn i aldersgruppen 16–24 år, er prosentandelen om lag halvparten. Siden utvalget av 15-åringer i denne studien ikke er tilfeldig og på grunn av lokale geografiske forskjeller i snusbruk, kan ikke funnene generaliseres til å gjelde 15-åringer i Norge. Det relativt store utvalget og god geografisk spredning av inkluderte skoler, gjør at funnene til en viss grad vil være representative for 10.-klassinger i Bergensområdet. En lavere forekomst av snusere skyldes mest sannsynlig det smale aldersspennet. Da alderen på deltagerne i denne studien var 15 år, er det sannsynlig at enkelte enda ikke har debutert

som snusere. At deltagerne dessuten er for unge til å kjøpe snus lovlig og at undersøkelsen ble gjennomført på skolene mens lærer var til stede, gjør at sosial ønskedighehet kan være en viktig feilkilde som kan forklare den relativt lave andelen av faste snusere.

Gjennomsnittsalder for snusdebut i denne studien var 13,6 år. Til sammenligning var den 17,7 år i en annen norsk studie utført blant 409 menn og kvinner i alderen 15–74 år (13). Den konkluderte med at ung debutalder for bruk av snus økte sannsynligheten for å bli en livslang sigarettøyker, og understreket viktigheten av å holde ungdom snusfri. I denne studien var debutalderen gjennomgående lavere for gutter enn for jenter. Gutter utgjorde en større andel som hadde prøvd snus (53%) og som var faste snusere (66%). Kjønnsforskjellene for daglig snusere ble ytterligere forsterket ved at gutter snuste oftere og mer per dag. Blant snusere som kun snuser én gang per uke var det flest jenter. Statistisk Sentralbyrå skriver i sin rapport «Flere røykere enn snusere» om tilsvarende kjønnsforskjeller i daglig snusbruk for aldersgruppen 16–24 år (4). De konkluderte med at et økende antall gutter i aldersgruppen 16–24 år snuser daglig; 25% i 2017 mot 20% året før. En lavere andel snusbrukere blant jenter i dette materialet kan sannsynligvis forklares med utvalgets lave alder.

Gutter oppgir ønske om spenning som viktigste årsak til å prøve snus, mens jenter begrunner bruken i større grad med god smak og positiv effekt. Det å få innpass hos venner var ikke en viktig faktor for å prøve snus. Dette forteller at sosialt press ikke har så stor betydning og at snusbruk i stor grad er et individuelt valg. I en undersøkelse fra 2004 om snusvaner blant studenter på ex.phil.-studiet ved Universitetet i Bergen og Norges Handelshøyskole var andelen som brukte snus daglig 16% hos mannlige og 1% hos kvinnelige studenter (14). Positive holdninger til snusbruk var den mest avgjørende faktoren til at studentene begynte å snuse. Opplevd sosialt press og atferdskontroll hadde mindre betydning, noe som samsvarer med funnene i denne undersøkelsen. Resultatene fra undersøkelsen «Snusbruk blant avgangselever ved videregående skoler i Tromsø» viser også samme resultat (15). Elevene i denne studien oppgir sosialt press som den minst viktige faktoren for å bruke snus.

Foreldrenes utdanningsnivå påvirker gjerne barnas tobakksbruk ved at høyere utdanningsnivå hos foreldrene reduserer sjansen for å begynne med tobakk og videre øker sjansen for å slutte (16). Folkehelseinstituttet konkluderte i rapporten «Røyking og snusbruk i Norge» at sosiale forskjeller i snusbruk viser seg allerede på ungdomsskolen (2). Disse resultatene harmonerer ikke med funnene i denne studien der foreldrenes utdanningsnivå ikke var assosiert med snusbruk. Siden foreldres utdanningsnivå vil kunne påvirke hvilke sosiale grupper man omgås og således også generelle holdninger til rusmidler, kan dette indikere at unge snusbrukere rekrutteres til snus fra andre sosioøkonomiske grupper enn ved sigarettøyking. En viss støtte for disse funnene finnes i samme rapport fra folkehelseinstituttet, der eget utdanningsnivå ikke ser ut til å påvirke graden av snusbruk.

Det finnes mange ulike typer snus som varierer i utforming og smak. De to hovedgruppene er løssnus og porsjonssnus. Andelen

jenter som bruker vanlig porsjonssnus og den mindre synlige slanke varianten av porsjonssnus er noe større enn andelen av gutter. Samtidig var det en større andel gutter som opplyste å bruke alle typer snus, inkludert løssnus. Ingen jenter brukte bare løssnus. Dette kan skyldes at jenter i større grad enn gutter ønsker å framstå med en mindre synlig snusleppe. En større sosial aksept for bruk av tobakk hos gutter kan forklare hvorfor jenter ønsker å skjule vanen. Dette understøttes av at jentene var mindre åpne om snusbruk enn gutter. Likevel oppga flere jenter enn gutter at venner visste om snusingen. Forklaringen kan være at unge jenter som snuser, i større grad oppholder seg i et vennemiljø med en sosial aksept for snusbruk (17).

Snusbruk påvirket i sterk grad oppfatningen av generell helse, og snusere vurderte i langt mindre grad enn ikke-snusere sin egen helse som god. Det samme ble observert når det gjaldt oppfatning av egen oral helse der snusing ble assosiert med dårligere oral helse. Skadelige effekter av snusbruk på generell og oral helse diskuteres mye i media og fremdeles er mye uavklart. Dette uklare bildet kan påvirke holdninger til helseskader både ved snusbruk og røyking (18). Med hensyn til konkrete påstander om orale helseplager som dårlig ånde, gingivale retraksjoner og kreft i munnhulen var snuserne i mindre grad enig i at snusing var årsak til slike plager. Forklaringen kan være at elevene var for unge til selv å ha opplevd slike symptomer i motsetning til eldre studenter (14). Både blant 15-åringene i denne studien og blant eldre studenter fra 2004-studien var det kvinner som i størst grad assosierte snusing med negative konsekvenser som «stygge» tenner og dårlig ånde. Menn fokuserte i større grad på positive opplevelser ved bruk av snus som det å drive med idrett, jobbe i det militære og forsøk på å slutte å røyke.

Konklusjon

Snusrekruttering skjer allerede i ungdomsskolealder; 32 % av guttene og 26 % av jentene i utvalget hadde prøvd snus og 14 % av guttene og 7 % av jentene snuste regelmessig. Den slanke typen porsjonssnus – «slim» – var mest populær og særlig blant jenter. Dette kan relateres til et større sosialt stigma ved snusbruk blant jenter. Det ble ikke funnet sammenheng mellom snusbruk og foreldres utdanning, mens snusbruk var assosiert med negativ oppfatningen av generell og oral helse. Flertallet av ikke-snusere oppfattet sin egen orale helse som god, mens flertallet av snusere oppfattet sin orale helse som middels til dårlig. I utvalget var det en gjennomgående enighet blant ikke-snusere i påstanden om økt helserisiko ved snusbruk, mens snusere i langt større grad var uenig i denne påstanden.

English summary

Røsland A, Eikås FE, Leknes KN, Åstrøm AN, Lie SA, Bunæs DF
Snus use among young Norwegian students; prevalence and impact on health perceptions

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 180–6

During the last decade, the prevalence of cigarette smoking in Norway has declined, whereas the use of snus has increased. The

present study aims to investigate the use of snus among a sub-population of young Norwegian students and to assess factors motivating recruitment, openness related to snus behavior, and level of knowledge of oral and general health problems related to snus.

A questionnaire with 22 questions was distributed to 635 students, aged 15 years, at nine schools in two municipalities in Western Norway. Participation was voluntary and the students were free not to answer. Data were analysed using logistic regression analysis and a p-level < 0.05 was considered statistically significant.

Altogether 613 students, 296 males and 317 females, completed the form (96.5 % response rate). In total, 10 % reported using snus regularly (13.6 % males and 6.7 % females) and 28.5 % reported trying snus (31.5 % males and 26.0 % females). More than 57 % of the regular users reported using snus several times daily, and the «invisible slim» type was most popular among both genders. The majority of male and female masked their snus habit to friends (64.8 % and 56.2 %, respectively) and parents (80.6 % and 85.4 %, respectively). There was no association between snus usage and parents' educational level (p=0.186). Snus negatively influenced the respondents' perception of their general (p<0.001) and oral health status (p<0.001).

In this cohort of 15-year-old students, recruitment to snus had already started and use of snus was not associated with parents' educational level. This indicates that snus recruits young teenagers from other socioeconomic groups compared with cigarette smoking. Snus negatively influenced perceptions of own general and oral health in both males and females teenagers.

Referanser

1. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 1996; 36: 597–613.
2. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2014: 4. Helsetilstanden i Norge. Røyking og snusbruk i Noreg. ISSN: 1503–1403. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/royking-og-snusbruk-i-noreg/> (lest 28.01.2018).
3. Statistisk sentralbyrå. Røykevaner. <https://www.ssb.no/royk> (lest 28.01.2018)
4. Statistisk sentralbyrå. Flere snusere enn røykere. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-snusere-enn-roykere> (lest 28.01.2018)
5. Lund M, Lund, KE, Halkjelsvik T. Contrasting smoker's and snus user's perceptions of personal tobacco behavior in Norway. *Nicotine Tob Res*. 2014; 12: 1577–85.
6. Rodu, B & Cole P. Evidence against a gateway from smokeless tobacco use to smoking. *Nicotine Tob Res*. 2010; 12: 530–4.
7. Lund I. & Lund KE. How has the availability of snus influenced cigarette smoking in Norway? *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11: 11705–1171.
8. Severson HH, Forrester KK, Biglan A. Use of smokeless tobacco is a risk factor for cigarette smoking. *Nicotine Tob Res*. 2007; 9: 1331–7.
9. Tomar SL. Is use of smokeless tobacco a risk factor for cigarette smoking? The U.S. experience. *Nicotine Tob Res*. 2003; 5: 561–9.
10. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*. 2006; 101: 556–69.

11. Vedøy TF. Fra snus til rus – fordom eller fakta? Tidsskr Nor Legeforen. 2016; 136: 544–6.
12. Foulds J, Ramstrom L, Burke M, Fagerström K. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden. Tob Control. 2003; 12: 349–59.
13. Lund I, Scheffels J. Smoking and snus use onset: exploring the influence of snus debut age on the risk for smoking uptake with cross-sectional survey data. Nicotine Tob Res. 2014; 16: 815–9.
14. Åström AN, Bui L, Læknes H, Johannessen AC, Gjerdet NR. Snusbruk og holdninger til snus. Nor Tannlegeforen Tid. 2007; 117: 146–52.
15. Hansen KG, Jakobsen SM, Johansen LS, Johansen W. Snusbruk blant avgangselever ved videregående skoler i Tromsø. Masteroppgave. UiT. 2014.
16. Fagan P, Brook JS, Reubenstone E, Zhang C. Parental occupation, education, and smoking as predictors of offspring tobacco use in adulthood: A longitudinal study. Addict Behav. 2005; 30: 517–29.

17. Pedersen W, Soest T. Tobacco use among Norwegian adolescents: from cigarettes to snus. Addiction. 2014; 109: 1154–62.
18. Lund I, Scheffels. Perceptions of relative risk of disease and addiction from cigarettes and snus. Perceptions of relative risk of disease and addiction from cigarettes and snus. Psychol Addict Behav. 2014; 28: 367–75.

Korresponderende forfatter: Dagmar F. Bunæs. E-post: dagmar.bunes@uib.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Røsland A, Eikås FE, Læknes KN, Åström AN, Lie SA, Bunæs DF. Snusbruk blant 10.-klassinger. Forekomst og oppfatning av egen helse. Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 180–6.



Faktabasert. Pålitelig. Ansvarlig.

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 ivarettatt av en grundig redaksjon.



Faktabasert – Pålitelig – Ansvarlig

Tenk Kommunikasjon | tenk.no



**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 spesiallinikker.



Inghild K. R. Norton, Liv O. Valør, Odd Carsten Koldsland, Anne Merete Aass, Andrej M. Grijbovski og Hans R. Preus

Klinisk effekt av et kommersielt munnskyllemiddel på plakk og gingivitt

En parallell, «split-mouth», dobbelt-blind, randomisert, placebo-kontrollert klinisk studie av Listerine Professional Gum Therapy®

Et kommersielt tilgjengelig munnskyllemiddel med en kombinasjon av etyl lauroyl arginat og essensielle oljer hevdes å ha bedre antimikrobielle egenskaper enn de tradisjonelle essensielle olje-produkter i «Listerine-serien». Målet med denne studien var å sammenligne den plakk- og gingivitt-hemmende effekten av et kommersielt produkt som inneholder essensielle oljer med etyl lauroyl arginat (Listerine Professional Gum Therapy®) med en placebo og en negativ kontroll i en modifisert eksperimentell gingivittmodell. I tre grupper av friske, frivillige personer ble det induisert eksperimentell gingivitt som deretter ble overvåket i 21 døgn og samtidig behandlet med henholdsvis den kommersielle testløsningen, 21,6 % alkoholoppløsning (placebo) og sterilt vann (negativ kontroll). I første kvadrant ble munnskyllevæskene

testet alene, mens i andre kvadrant ble skylling, i tillegg til mekanisk munnhygiene, testet. Gjennomføring i henhold til protokoll samt bivirkninger ble registrert ved dag 7, 14 og 21, mens plakk- og gingivitt-registrering ble gjort ved studiens start (dag 0) og dag 21. Selv om skylling med Listerine Professional Gum Therapy® medførte statistisk signifikant mindre plakk enn placebo ($p = 0,018$) og negativ kontroll ($p = 0,003$) i første kvadrant, etterlot produktet fortsatt nok plakk til å forårsake gingivitt og er således av tvilsom klinisk verdi for pasienten.

Munnskyllemidler som inneholder essensielle oljer i 21–26 % alkohol (Listerine®, Johnson & Johnson) er hevdet å være potente plakkhemmere (1,2). Imidlertid tyder en nylig publisert studie på det motsatte (3).

For et par år siden ble et nytt produkt i denne serien av munnskyllemidler introdusert, der det essensielle oljeproduktet (Listerine®) var tilsatt et nytt antimikrobielt middel, Ethyl Lauroyl Arginate (ELA) (4–6) og gitt navnet Listerine Professional Gum Therapy® (LPGT) (Johnson & Johnson, New Brunswick, New Jersey, USA). ELA er et kation og virker som et overflateaktivt middel ved å modifisere permeabiliteten av mikroorganismers membraner (7). Det er tradisjonelt brukt i kosmetikk og toalettartikler for å redusere bakterievekst

Forfattere

Inghild K. R. Norton, tannlege. Distriktstannklinikken Hareid, Møre og Romsdal

Liv O. Valør, tannlege. Tannhelsetjenesten i Oslo kommune, Huseby tannklinikk

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

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

Andrej M. Grijbovski, professor, dr.med. Research Director, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russland

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

Artikkelen er basert på den internasjonalt publiserte studien: Valør LO, Norton IKR, Koldsland OC, Aass AM, Grijbovski AM, Preus HR. The plaque and gingivitis inhibiting capacity of a commercially available mouthwash containing essential oils and ethyl lauroyl arginate. A randomized clinical trial. Acta Odontol Scand. 2017; 1–6. doi: 10.1080/00016357.2017.1412499 og er et resultat av en masteroppgave ved Avdeling for periodonti, Det odontologiske fakultet, UiO. Tillatelse til gjengivelse på norsk er gitt av Taylor & Francis Group

Hovedbudskap

- Listerine Professional Gum Therapy® markedsføres som en god plakkhemmer som forebygger utviklingen av gingivitt, men i denne kliniske studien hadde produktet ikke tilstrekkelig plakkhemmende effekt til å være av klinisk betydning, verken som plakkhemmende middel alene eller som tilskudd til mekanisk tannbørsting.
- Etter bruk av produktet i tre uker hadde alle forsøkspersonene nok plakk langs gingivalranden til å forårsake gingivitt.

etter at produktet er åpnet og tatt i bruk (8,9). Vitenskapskomiteen for forbrukersikkerhet anser ELA som trygt i konsentrasjoner <0,15 % for produkter brukt i munnhulen (10). Produsenten av LPGT hevder at ELA hemmer dannelsen av biofilm på tenner ved å forhindre at bakteriene adhererer til pelikelen (11). Det hevdes videre at dette er «en helt ny» måte å bekjempe «tannkjøtt-sykdom på» fordi produktet hevdes å redusere plakkdannelse på tannflater med opptil 42,6 % og blødning med opptil 50,9 % etter fire ukers bruk (11,12).

Etter det vi vet er det kun publisert én studie på den orale antimikrobielle effekten av ELA. Den konkluderer med at en «0,15 % LAE (=ELA) ble godt tolerert i munnskyllvæske og reduserte signifikant plakk, gingivitt og blødning når det ble brukt som supplement til tannbørsting i 4 uker» (5) [Forfatters oversettelse].

Målet med denne studien var derfor å teste den plakk- og gingivitt-hemmende effekten av LPGT, uten – eller i tillegg til – mekanisk munnhygiene i en modifisert eksperimentell gingivitt-modell med 21,6 % alkoholløsning og sterilt vann som henholdsvis placebo og negativ kontroll

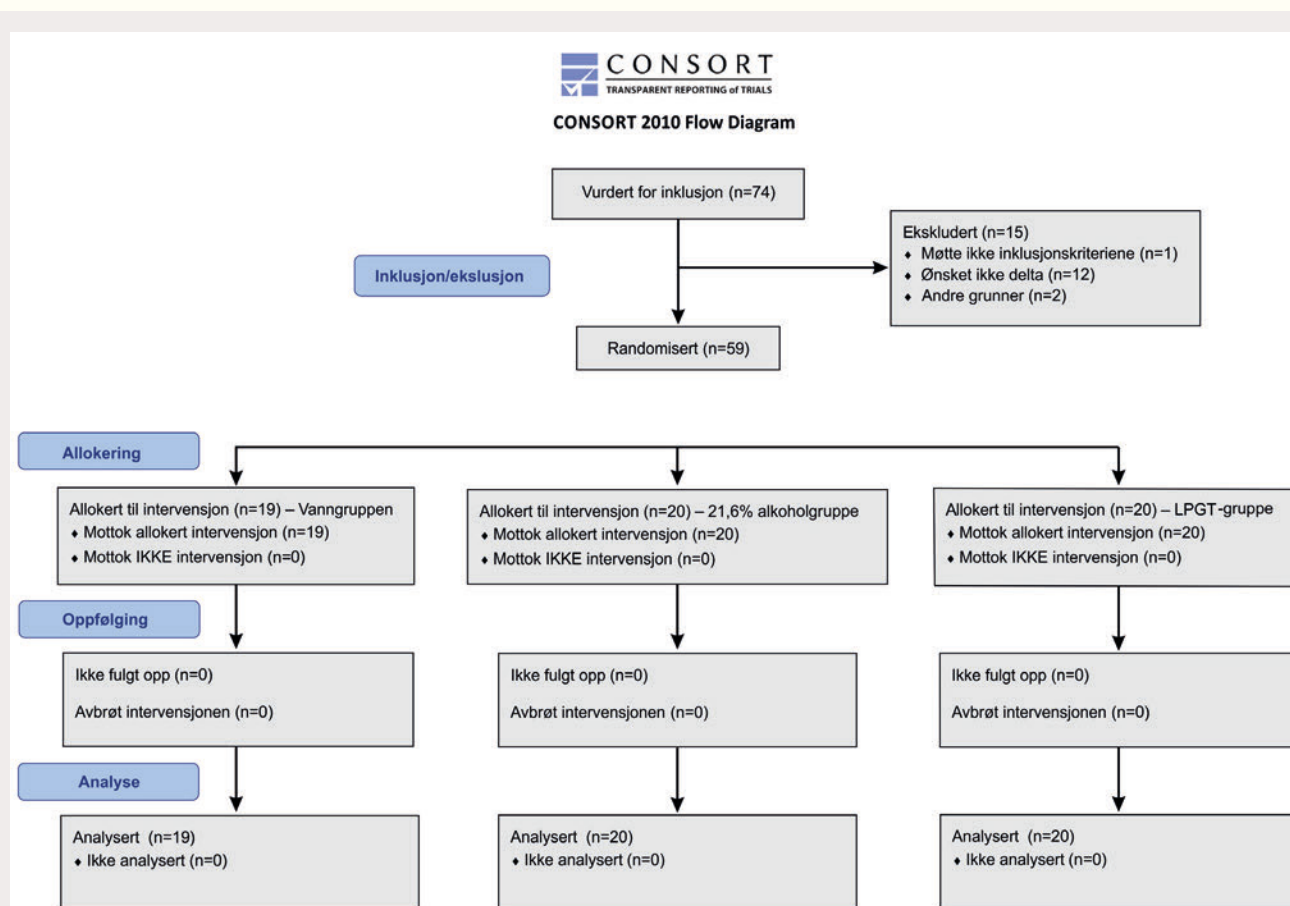
Materiale og metoder

Studien var designet som en dobbelt blind, parallell gruppe, placebokontrollert randomisert klinisk studie (RCT). For å indusere gingivitt ble den eksperimentelle gingivittmodellen (13), med

modifikasjoner av Preus og kolleger (14), brukt. Den regionale komité for medisinsk forskningsetikk, sør-øst godkjente studien (REK 2015/417). Internasjonalt registreringsnummer for studien er NCT02884817 i Databasen til National Institute of Health (NIH), USA <http://www.clinicaltrials.gov>.

74 tannlege-, medisin- og tannpleierstudenter meldte sin interesse for å delta, og ble gitt en forelesning om munnskylleprodukter og essensielle Olje/ELA produkter generelt, samt informasjon om den planlagte studien spesielt. Femten personer trakk seg da det ble klart for dem at de måtte avstå fra å pusse tennene i første kvadrant i tre uker, noe som resulterte i at 59 deltagere signerte det informerte samtykket. Gjennomsnittsalderen var 25 år (standardavvik (sd) 3,2) og 78 % var kvinner. Prosjektet ble gjennomført ved Avdeling for periodonti, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo i november 2015.

Inklusjonskriteriene omfattet friske personer av begge kjønn som hadde minst tre av de følgende tenner i overkjevens høyre (Q1) og venstre kvadrant (Q2): hjørnetann, 1. premolar, 2. premolar, 1. molar, samt frisk gingiva og periodontium. Eksklusjonskriteriene var røyking eller bruk av røykfri tobakk (snus, skråtobakk mm), graviditet, amming, kroniske sykdommer, kliniske tegn eller symptomer på akutt infeksjon i munnhulen, medikamentbruk med unntak av orale prevensjonsmidler, bruk av systemiske antibiotika de siste tre månedene før studiestart, en historie med

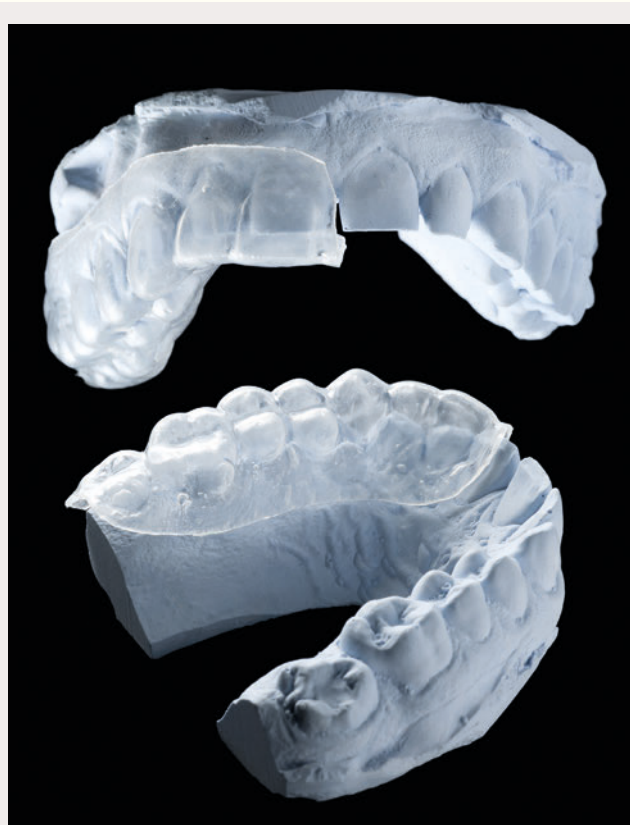


Figur 1. Diagram over pasientflyt. LPGT = Listerine Professional Gum Therapy®.

alkohol- eller narkotikamisbruk eller deltakelse i andre kliniske studier de siste fire ukene. Figur 1 viser pasientflyt i studien.

Testløsningen var det kommersielt tilgjengelige munnskylle-middelet LPGT hvor ELA var tilsatt de tradisjonelle essensielle oljene i 21,6% alkoholløsning. Placebo var 21,6% alkohol i vann, og den negative kontrollen var vanlig sterilisert vann. Begge kontrolløsninger var tilsatt 0,2% NaF for å forhindre utvikling av krittcaries i løpet av studien. På grunn av mulig interferens med produktets kjemi, ble testløsningen ikke tilsatt ekstra NaF. Testløsningen (LPGT) ble kjøpt på et lokalt apotek, mens placebo og negative kontroll-løsninger ble produsert på klinisk laboratorium ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. De tre løsningene ble fylt på identiske flasker merket 1, 2 eller 3.

Enkel, begrenset randomisering ble utført ved hjelp av en data-maskingenerert tilfeldig allokeringstabell (15). Tabellen grupperte studentpopulasjonen i 3 grupper med 20 testpersoner i hver av placebo- og testgruppene (LPGT) og 19 i den negative kontroll (vann-) gruppen. De ble alle instruert i å skylle i 30 sekunder morgen og kveld med 10 ml av sin tildelte munnskyllevæske. Alle gruppene skylte likt, uansett placebo eller negativ kontroll, og som anbefalt av produsenten for testløsningen. Statistikeren utførte randomiseringen, mens prosjektleder distribuerte skylle-løsningene og instruksjonene etter en liste generert som beskrevet (15).



Figur 2. Tannskinnen som ble brukt til å forhindre at forsøkspersonene pusset tenner i kvadrant 1.

Umiddelbart før studiestart (baseline) fikk alle deltakerne utført profesjonell tannrengjøring med gummikopp, pimpstein og tanntråd. Deretter ble de instruert i å skylle med sin allokerte løsning som beskrevet ovenfor, individuelt overvåket av prosjektleder. Denne fremgangsmåten var avgjørende siden ELA hevdes å forhindre dannelse av biofilm (9), og må derfor påføres tannoverflatene umiddelbart etter at pellikel og biofilm er fjernet (puss med pimpstein). Før studien startet hadde hver av deltagerne fått fremstilt individuelle tannskinner i mykplast for første kvadrant (3, 14) (figur 2). I tillegg fikk alle identiske profylakse-pakker som inneholdt en middels myk tannbørste, tanntråd og tannkrem. De ble instruert i å erstatte sine daglige munnhygienemedier med dem de fikk, samt å feste tannskinnen til tannbørsten med en vedlagt gummistrikk, før og etter bruk, slik at man alltid husket å sette på tannskinnen når man brukte børsten.

Deltakerne ble bedt om å sette tannskinnen inn i første kvadrant hver gang de børstet tennene og å gjennomføre mekanisk munnhygiene to ganger om dagen i de tre andre kvadranter. Etter å ha børstet tennene og brukt tanntråd skulle deltakerne skylle munnen med vann i 30 sekunder før og etter fjerning av tannskinnen, hvorpå de skylte munnen med løsningen de tilfeldig var tildelt. Denne rutinen ble gjentatt i 21 dager. I dette eksperimentet var altså første kvadrant kun eksponert til skyllemiddel (dvs. Gruppe 1: Testløsning – LPGT; Gruppe 2: placebo – 21,6% hydroalkoholoppløsning; og Gruppe 3: negativ kontroll – vanlig sterilisert vann) mens andre kvadrant i disse respektive gruppene var eksponert til de samme løsningene, men ble i tillegg rengjort mekanisk med børste og tanntråd.

Ved dag 7, 14 og 21 ble hver enkelt deltaker intervjuet om eventuelle bivirkninger og etterlevelse etter protokollen. Etter dette intervjuet, på dag 21, ble plakkindeksen (PI) (16) og gingivalindeksen (GI) (17) registrert på mesiale, bukkale, distale og palatinale flater av de eksperimentelle tennene. Bivirkninger, som misfarging observert under klinisk undersøkelse og klinisk synlige orale mucosale reaksjoner ble registrert, og til slutt ble Quigley og Hine's plakkindeks (18), Turesky-modifikasjonen (19) registrert. Alle kliniske registreringer ble gjort av den samme, erfarne periodontisten. Etter disse skåringsprosedyrene mottok alle deltagerne profesjonell tannrengjøring før de ble skrevet ut av studien.

Før undersøkelsen på dag 0 og 21 ba prosjektleder deltakerne om å avstå fra enhver samtale med skåringsteamet i registreringsrommet. Registreringsteamet var instruert på samme måte. Det kliniske registreringsteamet visste ikke noe om hvem som var i hvilken gruppe, og den eneste personen som hadde tilgang til kodeboken var statistikeren, som ikke deltok i de kliniske prosedyrene. Studien ansees således som dobbelt blind.

Statistikk

Gjennomsnittsverdier av alle utfallsvariabler mellom de tre gruppene 21 dager etter initiering av studien ble først sammenlignet ved bruk av enveis analyse av varians (ANOVA). Shapiro-Wilk-tester registrerte ikke avvik i fordeling av utfallsvariablene i forhold til det normale. Homogenitet av avvik ble testet ved hjelp

av Levene-testen. Andre forutsetninger for ANOVA ble også oppfylt. Når nullhypotesen ble avvist ved bruk av ANOVA, ble Dunnetts posthoc-tester anvendt med gruppe 3 som referanse.

I en enveis ANOVA-studie blir utvalgsstørrelser på 16, 16 og 16 basert på de 3 gruppene som skal sammenlignes. Den totale populasjon på 59 personer gir 81 % styrke til å oppdage forskjeller mellom gjennomsnitt mot alternativet med like gjennomsnitt ved bruk av en F-test med 0,05 signifikansnivå. Størrelsen på variasjonen i gjennomsnittsverdier er representert ved deres standardavvik (sd) som antas å være 0,14. Det vanlige standardavviket i en gruppe antas å være 0,30

Alle analyser ble gjort i SPSS for Windows, Versjon 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL). Eksempel på størrelsesberegning ble utført ved hjelp av PASS-2000-programvaren

Resultater

Q1: Kun skylling

Skylling med LPGT resulterte i en statistisk signifikant lavere gjennomsnitt plakkskår (Silness & Løe plakkindeks) (16) etter 21 dager enn i de to kontrollgruppene (tabell 1). Ingen forskjell ble registrert i plakkmengde etter 21 dager mellom placebo- og negativ-kontrollgruppene. Til tross for forskjellene forble gjennomsnittlig plakkskår (16) høy og over 1,3 i alle 3 grupper.

Gingivalindeks etter Løe og Silness (17) var ikke signifikant forskjellige blant de tre gruppene etter 21 dager, verken som gjennomsnitt av alle flater eller enkeltflater hver for seg (tabell 2).

Ved sammenlikning av plakkskår ved hjelp av den Turesky-modifiserte Quigley og Hine's plakkindeks (19), viste LPGT seg ikke bedre enn de andre gruppene etter 21 dager, verken som et gjennomsnitt av alle flater eller enkeltflater hver for seg (tabell 2).

Tabell 1. Kvadrant 1: «Kun-skylling-kvadranten», gjennomsnittlig Silness & Løe plakkindeks med 95 % konfidensintervaller (M, 95 % CI) for deltakerne i de 3 eksperimentelle gruppene etter 3 uker.

	Distal, M(95 % CI)	Bukkal, M(95 % CI)	Mesial, M(95 % CI)	Palatinal, M(95 % CI)	Alle, M(95 % CI)
LPGT*	1,6 (1,4–1,8)	1,2 (1,0–1,3)	1,6 (1,4–1,8)	0,8 (0,6–1,0)	1,3 (1,1–1,4)
Alkohol	1,9 (1,7–2,0) (p=0,064)	1,5 (1,3–1,7) (p=0,040)	1,9 (1,8–2,1) (p=0,015)	1,2 (1,0–1,4) (p=0,018)	1,6 (1,5–1,8) (p=0,003)
Vann	1,9 (1,7–2,2) (p=0,018)	1,6 (1,3–1,8) (p=0,018)	2,0 (1,8–2,3) (p=0,002)	1,3 (1,1–1,5) (p=0,003)	1,7 (1,5–1,9) (p<0,001)

* Listerine Professional Gum Therapy: Referansegruppe for Dunnett's test – ingen signifikante funn

Tabell 2. Gjennomsnittsverdier (M) med 95 % konfidensintervaller (CI) for Løe & Silness Gingivalindeks og Turesky's modifiserte plakkindeks for «Kun-skylling-kvadranten» (Q1) samt «Børsting- og skylling-kvadranten» (Q2).

	Løe & Silness' Gingivalindeks		Turesky's modifiserte plakkindeks	
	Q1	Q2	Q1	Q2
LPGT*	1,6 (1,5–1,7)	1,3 (1,2–1,4)	1,2 (1,1–1,3)	0,3 (0,2–0,4)
Alkohol	1,5 (1,4–1,6)	1,2 (1,1–1,3)	1,4 (1,2–1,5)	0,5 (0,4–0,6)
Vann	1,6 (1,5–1,7)	1,3 (1,2–1,4)	1,3 (1,1–1,5)	0,5 (0,4–0,6)

* Listerine Professional Gum Therapy: Referansegruppe for Dunnett's test – ingen signifikante funn

Q2: Skylling og mekanisk rengjøring

I Q2, hvor tannbørsting, tanntrådbruk og skylling ble utført samtidig, var plakregistreringene null i alle tre gruppene (16,19) og gingivittskårene (17) var nær normale. Ingen statistisk signifikante forskjeller ble registrert mellom noen av gruppene (tabell 3).

Bivirkninger

Svie i munnslimhinnen og på tungespissen var de hyppigste bivirkningene, rapportert av 6, 9 og 1 deltakere i henholdsvis LPGT, alkohol- og vanngruppen. Funn av deltakere med mer enn én bivirkning var betydelig høyere i LPGT og alkoholgruppene enn i vanngruppen (65 % mot 22 %, p = 0,008). Ingen klaget over misfarging. Det kliniske registreringsteamet registrerte ingen objektive kliniske bivirkninger.

Diskusjon

Denne studien viste at Listerine Professional Gum Therapy® (LPGT) etterlot pasientens tannoverflater med nok plakk til å forårsake gingivitt etter 21 dager når ingen mekanisk munnhygiene ble utført i tillegg. Ingen ytterligere effekt fra LPGT ble observert i Q2 hvor forsøkspersonene utførte mekanisk tannrengjøring. Gingivitt er et resultat av langvarig vevseksposering mot supragingival plakk (13), og et langvarig Silness & Løe plakkindeks (16) på >1 har vist seg å indusere gingivitt over tid (13).

Eksperimentet var en dobbelt blind, parallell gruppe, randomisert, placebokontrollert klinisk studie. Forskjellene mellom Q1 og Q2 ble satt opp for å teste hver av produsentens to påstander om at Listerine Professional Gum Therapy® 1) «fjerner plakk mellom tennene og kommer til steder der tannbørsten ikke når» (Q1) (20,21) og 2) «hjelper tannbørsten å fjerne plakk» (Q2) (20,21).

Tabell 3. Kvadrant 2 – Pussing og skylling: Gjennomsnittsverdier (M) med 95 % konfidensintervaller (CI) for Silness og Løe plakkindeks blant deltakerne i de tre eksperimentelle gruppene etter tre uker.

	Distal M(95 % CI)	Bukkal M(95 % CI)	Mesial M(95 % CI)	Palatinal M(95 % CI)	All M(95 % CI)
LPGT*	0,9 (0,8–1,1)	0,1 (0,0–0,2)	0,4 (0,2–0,6)	0,2 (0,0–0,3)	0,4 (0,3–0,5)
Alkohol	1,0 (0,9–1,1)	0,1 (0,0–0,2)	0,5 (0,3–0,7)	0,3 (0,1–0,4)	0,5 (0,4–0,6)
Vann	1,1 (0,9–1,2)	0,1 (0,0–0,3)	0,5 (0,3–0,8)	0,3 (0,1–0,5)	0,5 (0,4–0,6)

* Listerine Professional Gum Therapy: Referansegruppe for Dunnett's test – ingen signifikante funn

Populasjonen i denne studien besto av tannpleier-, tannlege- og legestudenter som alle hadde en klar forståelse av hvordan de skulle pusse tenner. Man kan derfor påstå at disse kunne ha en bedre munnhygiene enn den vanlige mann og kvinne. Imidlertid medførte bruken av Q1-tannbeskyttelsen at den mulige forskjellen fra den generelle befolkningen ble eliminert. Studentene var alle ikke-røykere, slik at farging eller maskert gingival inflammasjon på grunn av røyking ikke kunne påvirke resultatene.

Det er blitt foreslått at høyt alkoholinnhold, i stedet for de aktive ingrediensene, kan utgjøre deler av den antibakterielle effekten som er vist i munnskyllestudier med Listerine-produkter (22). Siden testproduktet (LPGT) i denne studien inneholdt 21,6 % alkohol, ble en sann placebooppløsning (21,6 % hydro-alkohol) og en negativ kontroll (vann) valgt som kontroll-løsninger. Studier på Listerine-produkter har notorisk brukt vann, saltvann, 5 % eller 10 % alkohol som kontroll (3,23). Denne feilen i studie-design har fulgt kliniske studier (randomized clinical trials – RCTs) inn i systematiske oversiktsartikler (systematic reviews) (23–25) og antas å være årsaken til de feilaktige, positive vurderingene gitt av Listerine-produktene. Van Leeuwen et al. (23) sammenlignet Listerine-produkter med deres sanne «vehicle»-kontroller i en systematisk gjennomgang av fem RCT-er. Ingen av de inkluderte studiene (23) hadde testet ELA, og direkte sammenligning kan derfor ikke gjøres. Bare tre av RCT-ene i Van Leeuwen et al. (23) ble funnet i MEDLINE (Ovid) eller PubMed, mens to var personlig kommunikasjon fra produsentene av Listerine eller Listerine Professional-produkter, som alle rapporterte en statistisk signifikant bedre effekt av Listerine-produktene. I alle disse studiene var de resterende plakkregistreringene imidlertid høye nok til å forårsake gingivitt (13), noe som kan forklare mangelen på forskjeller i gingivalregistreringer (23–25), noe som aldri blir nevnt.

Tidsrammen for munnskyllestudier bør diskuteres. Den studien vi rapporterer her ble gjennomført i løpet av tre uker. Det er lettere å stole på at en deltaker overholder protokollen i tre uker sammenlignet med en studie som går i seks eller ni måneder (23–25). Det er heller ikke vitenskapelig bevist at et plakkhemmende munnvann vil være klinisk bedre etter flere måneder enn etter 3 uker. Plakkregistreringene fra denne studien, samt de fra en tidligere studie med identisk design (3), er dessuten sammenlignbare med dem som er rapportert fra studier som har gått i betydelig lengre tid (23–25). Den eksperimentelle gingivittmo-

dellen (13) har gjentatte ganger vist at plakkakkumuleringen øker mot en grense etter tre uker, og derfor bør denne modellen være tilstrekkelig til å oppdage forskjeller i plakkskår blant test- og kontrollgruppene.

Den studien som rapporteres her brukte både Silness & Løe plakkindeks (16) og Turesky's modifiserte (19) plakkindekser samtidig. Sistnevnte er en plakkindeks som uttrykker utbredelse av plakk på tannflatene. Et flertall av plakkregistreringsstudier har kun brukt Turesky-modifikasjonen (19), og en sammenligning av indekser er berettiget. Når man studerer effekten på gingivitt og periodontale sykdommer, bør det være nok å registrere plakkavleiringene langs gingivalranden. Koronalspredningen av plakket på tannoverflaten (18,19) synes derfor irrelevant å registrere. Dette kan også være en grunn til at ingen statistisk signifikant forskjell på forekomsten av gingivitt ble observert (23–25). En mulig forklaring på disse resultatene kan være at denne plakkindeksen (19) også registrerer noe av proteinbelegget på tannflaten. Hva som er innfarget plakk og/eller proteinbelegg er vanskelig se og dermed blir det umulig å sette riktig skår på grunn av forskjeller i mekanisk slitasje fra kinn, tunge og lepper. Silness & Løes plakkindeks (16) registrerer plakkakkumulering kun langs gingivalranden og er derfor mer anvendelig og riktig til slik bruk.

Pellikelen og biofilmen begynner å dannes innen minutter etter tannbørsting. Derfor, for å fremme den forebyggende effekten på biofilmdannelse av LPGT anbefaler produsenten skylling direkte etter tannbørsting. I det herværende eksperiment ble den første skyllingen utført direkte etter profesjonell rengjøring ved baseline. Deltagerne ble samtidig tydelig instruert i å skylle ordentlig med vann etter tannbørsting hjemme, men før de skylte med munnskyllemiddelet de hadde fått utlevert (test eller kontroll). Imidlertid, idet ELA er et kation (negativt ladet), og de fleste tannpastaer inneholder natriumlaurylsulfat (SLS), som er et anion (positivt ladet), kan effekten av en slik prosedyre hypotetisk redusere den påståtte effekten av ELA. Så langt vi vet, har denne mulige kjemiske interaksjonen ikke blitt diskutert tidligere.

Innføringen av ELA i munnskyllemidler og påstanden om en bedret forebygging av dental biofilm bør diskuteres. Gallob et al. (5) rapporterte at «0,15 % etyl lauroyl arginat i munnvann var godt tolerert og reduserte plakk, gingivitt og blødning signifikant når det ble brukt som et supplement til tannbørsting i 4 uker». Imidlertid, ved nærmere gjennomgang av selve tallmaterialet fra

denne publikasjonen, kan man tydelig se at alle plakkregistreringer var høye nok til å medføre gingivitt (13) på lang sikt. Artikkelene (5) sier ikke noe om hvorvidt det testede munnavannet var det kommersielt tilgjengelige, et laboratorieprodusert munnskyllemiddel eller et løsningsmiddel for ELA. Dette medfører at leserne (vi) blir usikre om typen av den testede munnskyllevæsken og om 5 % alkoholkontrollen var en upassende -, negativ -, positiv - eller placebokontroll.

Funnene i den herværende studien er i samsvar med de fleste kliniske studier, samt vurderinger av alle typer Listerine-produkter (2,5, 23–25). Har man fokus på sluttresultatene etter 21 dager forblir plakkskårene høye nok til å forårsake gingivitt i det lange løp (13). Dette har vært undersøkt i samtlige av de ovenfor nevnte studiene (2,5, 23–25).

I andre kvadrant forble plakkregistreringene nær null i alle grupper. Det indikerer at mekanisk rengjøring av tennene er tilstrekkelig til å holde plakk og gingivitt på et minimum, noe som også er i samsvar med andre studier (3).

Blant de selvrapporterte bivirkningene ble sårhet i gingiva og slimhinner (svie) vanligst rapportert, og betydelig oftere hos gruppene som skylte med LPGT og alkohol. Begge løsninger inneholder høye nok alkoholkonsentrasjoner (21,6 %) til å forårsake slike bivirkninger (22).

Konklusjon

Etter bruk av Listerine Professional Gum Therapy® i 21 dager, hadde alle tannflater i kvadrant 1 nok plakk til å forårsake gingivitt. Listerine Professional Gum Therapy® bør derfor ikke anbefales av tannhelsepersonell som plakkhemmende munnskyllevæske.

Takk

Takk til Ranheid Johansen som laget tannskinnene og Grazyna Jonski som laget kontrolløsningene.

Finansiering og interessebindinger

Studien er i sin helhet finansiert av Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatterne har ingen interessebindinger knyttet til produktene som her er brukt.

English summary

Norton IKR, Valør LO, Koldsland OC, Aass AM, Grjibovski AM, Preus HR.

The plaque and gingivitis inhibiting capacity of a commercially available mouthwash containing essential oils and ethyl lauroyl arginate

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 188–94

The plaque and gingivitis inhibiting capacity of a commercially available mouthwash containing essential oils and ethyl lauroyl arginate. A randomized clinical trial.

Objective: A commercially available mouth rinse with ethyl lauroyl arginate and essential oils claims to have better antimicrobial properties than the traditional essential oil products. The aim of this study was to compare the plaque and gingivitis inhibiting effect of the commercial product containing essential oils with ethyl lauroyl arginate with one placebo and one negative control in a modified experimental gingivitis model. **Materials and methods:** In three groups of healthy volunteers, experimental gingivitis was induced and monitored over 21 d, simultaneously treated with the commercial test solution, 21.6 % hydroalcohol solution and sterile water, respectively. The maxillary right quadrant of each individual received mouthwash only, whereas the maxillary left quadrant was subject to both rinsing and mechanical oral hygiene. Compliance and side effects were monitored at d 7, 14 and 21. Plaque and gingivitis scores were obtained at baseline and d 21. **Results and conclusion:** Although the commercial product containing essential oils with ethyl lauroyl arginate performed statistically significantly better regarding average plaque scores on all surfaces combined than the placebo ($p=0.018$) and negative control ($p=0.003$) when no mechanical tooth cleaning was performed, the product still left the patient with enough plaque to cause gingivitis and thus seemed of questionable clinical benefit to the patient.

ClinicalTrials.gov Identifier is NCT02884817. (Secondary publication of: Valør LO et al. Acta Odontol Scand. 2017; 1–6. doi: 10.1080/00016357.2017.1412499)

Referanser

1. Van Leeuwen MPC, Slot DE, Van Der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. J Periodontol. 2011; 82: 174–94.
2. Haffajee AD, Roberts C, Murray L, Veiga N, Martin L, Teles RP, et al. Effect of herbal, essential oil, and chlorhexidine mouthrinses on the composition of the subgingival microbiota and clinical periodontal parameters. J Clin Dent. 2009; 20: 211–7.
3. Preus HR, Koldsland OC, Aass AM, Sandvik L, Hansen F. The plaque- and gingivitis-inhibiting capacity of a commercially available essential oil product. A parallel, split-mouth, single blind, randomized, placebo-controlled clinical study. Acta Odontol Scand. 2013; 71: 1613–9.
4. Hawkins DR, Rocabayera X, Ruckman S, Segret R, Shaw D. Metabolism and pharmacokinetics of ethyl N-lauroyl-L-arginate hydrochloride in human volunteers. Food Chem Tox. 2009; 47: 2711–5.
5. Gallob JT, Lynch M, Charles C, Ricci-Nittel D, Mordas C, Gambogi R, et al. A randomized trial of ethyl arginate-containing mouthrinse in the control of gingivitis. J Clin Periodontol. 2015; 42: 740–7.
6. Patent: Stable aqueous antiplaque oral compositions. US 20040258632 A1 <http://www.google.com/patents/US20040258632> (lest 23.1.2018).
7. Vurderingsrapport av Ethyl Lauroyl Arginate som matkonserveringsmiddel https://www.foodstandards.gov.au/code/applications/documents/AR_A1015.pdf (lest 23.1.2018).
8. Vurderingsrapport fra Vitenskapskomiteen for forbrukersikkerhet vedrørende bruk av Ethyl Lauroyl Arginate som konserveringsmiddel i hygiene – og toalettartikler http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_sccp/docs/sccp_o_017.pdf (lest 23.1.2018).

9. Vurderingsrapport fra Vitenskapskomiteen for forbrukersikkerhet vedrørende bruk av Ethyl Lauroyl Arginate som konserveringsmiddel i hygiene – og toalettartikler. <http://www.lamirsa.com/mirenat/pdf/03-PCT.pdf> (lest 23.1.2018).

10. Vurderingsrapport fra Vitenskapskomiteen for forbrukersikkerhet vedrørende bruk av Ethyl Lauroyl Arginate som konserveringsmiddel i munnskyllemidler. http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consumer_safety/docs/scs_o_138.pdf (lest 23.1.2018).

11. Produktinformasjon fra produsenten <http://www.nature.com/bdj/journal/v218/n6/full/sj.bdj.2015.234.html> (lest 23.1.2017).

12. Produktinformasjon fra produsenten. <http://barkerpr.com/2014/05/advanced-defence-gum-treatment/> (lest 23.1.2018).

13. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. J Periodontol. 1965; 36: 177–87.

14. Preus HR, Aass AM, Hansen BF, Moe B, Gjermo P. A randomized, single-blind, parallel-group clinical study to evaluate the effect of soluble beta-1,3/1,6-glucan on experimental gingivitis in man. J Clin Periodontol. 2008; 35: 236–41.

15. Altman DG. Clinical trials. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall/CRC, 1991; pp. 86–89, 456.

16. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. Acta Odontol Scand. 1964; 22: 121–35.

17. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. Acta Odontol Scand. 1963; 21: 533–51.

18. Quigley GA, Hein JW. Comparative efficacy of manual and power brushing. J Am Dent Assoc. 1962; 65: 26–9.

19. Turesky S, Gilmore ND, Glickman I. Reduced plaque formation by chloromethyl analogue of vitamin C. J Clin Periodontol. 1970; 41: 41–3.

20. Produktinformasjon fra produsenten Listerine. <https://www.listerine.com.au/why-use-a-mouthwash/get-to-the-hard-to-reach-places>

21. Produktinformasjon fra produsenten Listerine. <http://www.listerineprofessional.co.uk/why-recommend-listerine/listerine-products/professional-advanced-defence-gum-treatment>

22. Werner CA, Seymour RA. Are alcohol containing mouthwashes safe? Brit Dent J. 2009; 207: E19: 488–9.

23. Van Leeuwen MPC, Slot DE, Van der Weijden GA. The effect of an essential oil mouthrinse as compared to a vehicle solution on plaque and gingival inflammation: a systematic review and meta-analysis. Int J Dent Hyg. 12, 2014; 160–7.

24. Escribano M, Figuero E, Martín C, Tobías A, Serrano J, Roldán S, et al. Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents: a systematic review and network meta-analyses of the Turesky modification of the Quigley and Hein plaque index. J Clin Periodontol. 2016; 43: 1059–73.

25. Haas AN, Wagner TP, Muniz FWMG, Fiorini T, Cavagni J, Celeste RC. Essential oils-containing mouthwashes for gingivitis and plaque: Meta-analyses and meta-regression. J Dent. 2016; 55: 7–15

Korresponderende forfatter: Hans R. Preus, Avdeling for periodonti, IKO, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: hpreus@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Norton IKR, Valør LO, Koldsland OC, Aass AM, Grjibovski AM, Preus HR. Klinisk effekt av et kommersielt munnskyllemiddel på plakk og gingivitt. En parallell, «split-mouth», dobbelt-blind, randomisert, placebo-kontrollert klinisk studie med Listerine Professional Gum Therapy®. Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 188–94.



Dentalstøp Tannteknikk as

TANNTEKNISK 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



Høyere sikkerhet gir lavere rente



Den norske
tannlegeforening

Nyhet!
1,89 %*
Boligkreditt 45 %

* pr. 19.02.2018. Eff.rente 1,95 %, 2 mill., o/25 år, Totalt 2 524 617

Boligkreditt 45 % er et fleksibelt rammelån på inntil 45 % av boligens verdi. Du kan bruke akkurat så mye av lånet du trenger til enhver tid. Betale ned når du vil, og så mye eller lite du vil. Og du betaler kun rente for den delen av rammen du bruker.

Trygghet over tid. Som medlem i Den norske tannlegeforening og kunde i Danske Bank får du alltid gode betingelser både på lån og sparing, blant annet Boligkreditt 60 % og Boliglån 80 % til 1,99 %** nominell rente. I tillegg til gullkort, reiseforsikring og kanskje Norges beste drivstoffrabatt. Samme betingelser gjelder også for din ektefelle/samboer.

** pr. 19.02.2018. Eff.rente 2,06 %, 2 mill., o/25 år, Totalt 2 553 706



Boligkreditt
— **45 %**

danskebank.no/tannlegeforeningen

Danske Bank

TIDENDE

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING

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

ONLY THE BEST FOR THE PATIENT

Prettau® Bridges med anodiserte titanium distanser og barr



*Skann QR koden for å se et
fullstendig bildegalleri av
kasuset.*



FLUX PRO Klorhexidin



Inneholder
både
klorheksidin
og fluor



NYHET!

Flux PRO Klorhexidin Skyll
0,12% Klorheksidin
0,2% NaF
0% Alkohol
Smak av Coolmint

Flux PRO Klorhexidin Gel
0,12% Klorheksidin
1000 ppm F
0% Alkohol
Smak av Coolmint

Flux PRO Klorhexidin inneholder både klorheksidin og fluor. Produktene er for kortidsbehandling eller etter anbefaling fra tannhelsepersonell. Som øvrige Flux produkter er de uten alkohol og parabener. Utviklet i samarbeid med skandinavisk tannhelse.

Dosering:

Voksne og barn over 12 år: Brukes 1-2 ganger daglig i inntil to uker eller etter anbefaling fra tannhelsepersonell. Skyllen har en praktisk doseringspumpe som gir riktig dosering hver gang.

FLUX®

Har du fluxet i dag?

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.
Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer.
Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt at skjemaet blir fylt ut og returnert.
Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er).
Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkessammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

NBI Bivirkningsskjemaet alene
gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege ☐ Tannpleier
☐ Offentlig ☐ Privat

Spesialist i:

☐ Lege ☐ Sykehus

Spesialist i:

☐ Primær/privat

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overfømfintlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

Umiddele- innen 24 innen innen ukjent
bart timer 1 uke 1 måned til år

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
☐ Ingen

Intraoralt:

☐ Svele/brennende følelse
☐ Smerteløshet
☐ Smaksforstyrrelser
☐ Stiv/nummen
☐ Tørstet
☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

☐ Svele/brennende følelse
☐ Smerteløshet
☐ Stiv/nummen
☐ Hudreaksjoner
☐ Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

☐ Tretthet
☐ Svimmelhet
☐ Hodepine
☐ Hukommelsesforstyrrelser
☐ Konsentrasjonsforstyrrelser
☐ Angst
☐ Uro
☐ Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
☐ Ingen

Intraoralt:

☐ Hevelse/ødem
☐ Hvittlige forandringer
☐ Sårblenmer
☐ Rubor
☐ Atrofi
☐ Impresjoner i tunge/kinn
☐ Amalgamtatoveringer
☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

☐ Hevelse/ødem
☐ Sårblenmer
☐ Erytem/rubor
☐ Utslett/eksem
☐ Palpable lymfeknuter
☐ Kjeveleddsdysfunksjon
☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn:

☐ Hevelse/ødem
☐ Urlikaria
☐ Sårblenmer
☐ Eksem/utslett
☐ Erytem/rubor

Annet:

Angi lokalisasjon:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)? ☐ Fyllinger (direkte teknikk) ☐ Innlegg, fasader ☐ Faste protetiske erstattninger ☐ Avlegbare protetiske erstattninger ☐ Bittfysiologisk behandling ☐ Midlertidig behandling ☐ Rotbehandling (rotfylling) ☐ Tannkjøttbehandling ☐ Oral kirurgi ☐ Tannregulering ☐ Forebyggende behandling Annet: _____ Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)? ☐ Amalgam ☐ Komposit ☐ Komponer ☐ Glassionomer ☐ kjemisk ☐ lysherdende ☐ Bindingsmaterialer ("primerbonding") ☐ Isolerings-/foringsmaterialer ☐ Fissursrøseglingsmaterialer ☐ Beskyttende filmer (f.eks. varnish, ferniss, fluorlakk) ☐ Pulpaoverkappingsmaterialer ☐ Endodontiske materialer ☐ Sementeringsmaterialer ☐ vannbasert ☐ plastbasert ☐ Metall-keram (MK, PG) ☐ metall/legering ☐ keram ☐ Materialer for kroner/broer/innlegg ☐ metall/legering ☐ plastbasert ☐ keramisk ☐ Materialer for avtakbare proteser ☐ metall/legering ☐ plastbasert ☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ metall/legering ☐ plastbasert ☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ metall/legering ☐ plastbasert ☐ Materialer for bittfysiologisk apparatur ☐ Materialer for implantater ☐ Avtrykksmaterialer ☐ hydrokolloid ☐ elastomer ☐ Midlertidige materialer – faste proteser ☐ Midlertidige materialer – avtakbare proteser ☐ Andre midlertidige materialer ☐ Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam) ☐ Andre materialer	Produktnavn og produsent av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e): Legg gjerne ved HMS-datablad.	Bivirkningsregisterets notater Mottatt: _____ Besvart: _____ Registrert: _____ Klassifisert: _____ Sign: _____ ☐ Yrkesreaksjoner Reaksjonen(e) gjelder tannhelsepersonell i yrkessammenheng (dette er et forhold som sorterer under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter). ☐ Ønsker flere skjema tilsendt Antall: _____ Ansvarlig: Bivirkningsgruppen Årstadveien 19 5009 Bergen Telefon: 55 58 62 71 Fax: 55 58 98 62 E-post: bivirkningsgruppen@uni.no web: www.uni.no/helse/bivirkningsgruppen Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.
	Hvor sikker bedømmes relasjonen mellom materialet og reaksjonen(e)? Tannlege/tannpleier/lege: ☐ Sikker/trolig relasjon ☐ Mulig relasjon ☐ Usikker/ingen oppfatning Pasient: ☐ Sikker/trolig relasjon ☐ Mulig relasjon ☐ Usikker/ingen oppfatning	Henvisninger Er pasienten henvist for utredning/undersøkelse/ behandling av reaksjonen(e)? ☐ Nei ☐ Ja til ☐ Bivirkningsgruppen ☐ tannlege ☐ odontologisk spesialist ☐ allmennlege ☐ medisinsk spesialist eller på sykehus ☐ alternativ terapeut Annet: _____



uni Helse

Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer

Ver 6.2

NYTT ÅR, NYE MULIGHETER!

Få en problemfri og sømløs hverdag med server i sky.

Komplett, sikker og moderne skyserver integrert med dine programmer og applikasjoner. Tilgjengelighet fra hvor som helst og når som helst.

Komplett pakke inneholder:

- Helsenett
- Internett 100 mbit fiber*
- Online Backup
- Skyserver, kontinuerlig oppdatert og mest moderne serverløsning

Hvilke fordeler får du som kunde gjennom Upheads?

- Upheads er totalleverandør av alt utstyr, programmer og lisenser og ordner alt med ditt helsenettabonnement.
- Upheads datasenteret er godkjent av Norsk Helsenett.
- Upheads har vært Helsenett Partner siden 2010.
- Upheads har lang erfaring med pasientjournalssystemer, røntgensystemer og flere andre systemer for helseforetak.
- Upheads har gode innkjøpsavtaler på nettverk, datakommunikasjon og telefon.
- Konsulenter på døgntilgjengelighet. Alltid tilgjengelig hvis og når du trenger oss.
- Egen servicedesk åpent fra 07:00 - 21:00.
- Sertifiserte konsulenter. Microsoft Gold Partner og Apple Professional.

Kontakt oss på telefon 400 82 194.

E-post: ck@upheads.no eller gå inn på upheads.no

KAMPANJE

Gratis konsultasjon
av din klinikk og 25%
rabatt på etablering.

UPHEADS®
DIN IT-AVDELING FOR HELSE

Anders Johansson, Bjørn Bjorvatn, Erik Saxegaard, Kjersti Gjerde, Morten E. Berge, Sverre Lehmann, Ulrik Leidland Opsahl

Stor interesse for odontologisk søvnmedisin og søvnapné i Norge

Ubehandlet obstruktiv søvnapné (OSA) gir alvorlige medisinske konsekvenser og oppviser sterk komorbiditet med kardiovaskulære sykdommer, eksempelvis høyt blodtrykk, hjerneslag og koronar hjertesykdom, men også med astma, gastro-øsofageal reflukssykdom, nokturni/enurese, metabolske tilstander og overvekt. I Norge forekommer OSA hos 16 % av personer over 30 år (1) og med nye diagnostiske kriterier rapporteres at omtrent 50 % av voksne sveitsiske menn har moderat til alvorlig sykdom (over 15 pustestopp/søvntime) (2).

De sosiale konsekvensene for den som har søvnapné omfatter en stor mengde ulike symptomer; alt fra snoring, nattlige oppvåkninger, irritasjon,

konsentrasjons- og hukommelsesvan-
sker og nedsatt reaksjonstid til redusert seksualdrift og impotens. Risikoen for trafikkulykker øker fordi man dører av bak rattet, og de nye førerkortforskriftene fra 2016 representerer en betydelig innstramning i forhold til retten til å kjøre ved symptomgivende, ubehandlet sykdom. I sykdomsbildet inngår dessuten ofte en trøtt og irritabel partner, oftest kvinnen, som selvfølgelig forstyrres av den høylytte snorkingen, men som innimellom også bekymres for at partneren ikke skal våkne opp etter sine lange pustestopp. Det er derfor ikke overraskende at et flertall studier har vist at livskvaliteten er nedsatt både hos den som har OSA og hos partneren. Foruten personlig lidelse for

pasienten er de tilhørende samfunnsøkonomiske kostnadene i form av produksjonsbortfall og økte kostnader til helsepleie betydelige. Til saken hører også at bare en liten brøkdel (ca. 10 %) av pasienter med OSA får behandling for sin tilstand (3).

Pustemaskin/CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) anses å være den mest effektive behandlingen, men etterlevelsen (bruken) er lav, monitorert til rundt 50 % i mange studier, og typisk lavere hos dem med mindre alvorlig sykdom. Det er således absolutt avgjørende å kunne tilby alternative og effektive behandlinger. En stor andel av pasienter med OSA kan effektivt behandles av tannlege med apnéskinner (4). Skinnens funksjon er å fikse underkjeven i en framskjøvet posisjon under søvn som dermed forhindrer at luftveiene kollapser og gir pustestopp. De data som finnes i dag tyder på at etterlevelsen for skinnbehandling klart overstiger det man finner med CPAP (5).

Det er derfor viktig at tannlegene kommer mer aktivt på banen for å kunne hjelpe denne store gruppen av alvorlig syke pasienter. Dette har blitt registrert av NTF som i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for søvn-sykdommer (SOVno), og med finansiering fra Helsedirektoratet, har utviklet et basiskurs i odontologisk søvnmedisin. Første kurs ble avholdt i april 2016 og

Forfattere

Disse personene er medarbeidere innen odontologisk søvnmedisin:

Anders Johansson, professor ved Universitetet i Bergen (UiB) og overtannlege ved Senter for søvnmedisin, Haukeland universitetssjukehus

Bjørn Bjorvatn, professor ved UiB, leder, Nasjonal kompetansetjeneste for søvn-sykdommer (SOVno) og Senter for søvnmedisin, Haukeland universitetssjukehus

Erik Saxegaard, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo

Kjersti Gjerde, overtannlege ved Senter for søvnmedisin, Haukeland universitetssjukehus

Morten E. Berge, professor ved UiB og overtannlege ved Senter for søvnmedisin, Haukeland universitetssjukehus

Sverre Lehmann, førsteamanuensis ved UiB og seksjonsoverlege ved Senter for søvnmedisin, Haukeland universitetssjukehus

Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no



på grunn av stor etterspørsel ble kurset gjentatt fire ganger i 2016 og 2017. Totalt har nå ca. 100 norske tannleger gjennomgått kurset.

Denne kursvirksomheten håper vi vil føre til at tilbudet og tilgangen til behandling for OSA i Norge etter hvert bedres, men vi vurderer det slik at det kommer til å kreves betydelig mer av tannlegestanden for virkelig å kunne utgjøre en forskjell. Primærdiagnostikk

av OSA faller ikke innen tannlegens autorisasjon og det er derfor avgjørende at odontologisk søvnmedisin bedrives i samarbeid med medisinske spesialiteter som innehar denne kompetansen, som lungeleger, øre-nese-hals-leger og nevrofysiologer. Organiseringen av tannlegenes innsats innen dette fagfelt kan gjennomføres i mange ulike organisasjonsmodeller; på sykehus, tverrdisiplinære private klinikker

osv., avhengig av de lokale forhold og avtaler som gjøres med helseforetakene i ulike deler av Norge.

NTF sammen med SOVno planlegger å gjenta kurset i odontologisk søvnmedisin høsten 2018, og vi som kursgivere håper at interessen for fagfeltet fortsatt er stor. På denne måten håper vi å bidra til at enda flere pasienter som lider av sin søvnapné får et godt behandlingstilbud.



WaveOne® Gold

Ettilssystem for sikker og enkel endodonti

- Resiprokerende bevegelse reduserer risikoen for filfraktur
- Spesialbehandlet nikkeltitan for optimal fleksibilitet og respekt for kanalens anatomi
- Variabel taper på både fil og guttapercha gir økt sikkerhet samt optimal passform for best behandlingsresultat
- Sterilforpakket med fokus på hygiene

Systemet har blitt utvidet med Wave One® Gold Glider – en resiprokerende glidepathfil som skaper en glidepassasje før rensing av kurvaterte kanaler.



THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

 **Dentsply
Sirona**

Referanser

1. Hrubos-Strøm H, Randby A, Namtvedt SK, Kristiansen HA, Einvik G, Benth J et al. A Norwegian population-based study on the risk and prevalence of obstructive sleep apnea. *J Sleep Res.* 2011; 20: 162–70.
2. Heinzer R, Vat S, Marques-Vidal P, Marti-Soler H, Andries D, Tobback N, Mooser V et al. Prevalence of sleep-disor-

dered breathing in the general population: the HypnoLaus study. *Lancet Respir Med.* 2015; 3: 310–8.

3. Young T, Peppard E, and Gottlieb D. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 165: 1217–39.
4. Gjerde K, Lehmann S, Berge ME, Johansson AK, Johansson A. Oral appliance treatment in moderate and severe ob-

structive sleep apnoea patients non-adherent to CPAP. *J Oral Rehabil.* 2016; 43: 249–58.

5. Vanderveken OM, Deltjens M, Wouters K, De Backer WA, Van de Heyning PH, Braem MJ. Objective measurement of compliance during oral appliance therapy for sleep-disordered breathing. *Thorax.* 2013; 68: 91–6.

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

Tidende ønsker å oppmuntre til gode oversiktsartikler i tidsskriftet. Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den artikkelen som vurderes som den beste publiserte oversiktsartikkelen i løpet av to årganger av Tidende.

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

norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2019.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:

- artikkelens systematikk og kilde-
- håndtering

- innholdets relevans for Tidendes lesere
- disposisjon, fremstillingsform og les-
- barhet
- illustrasjoner

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

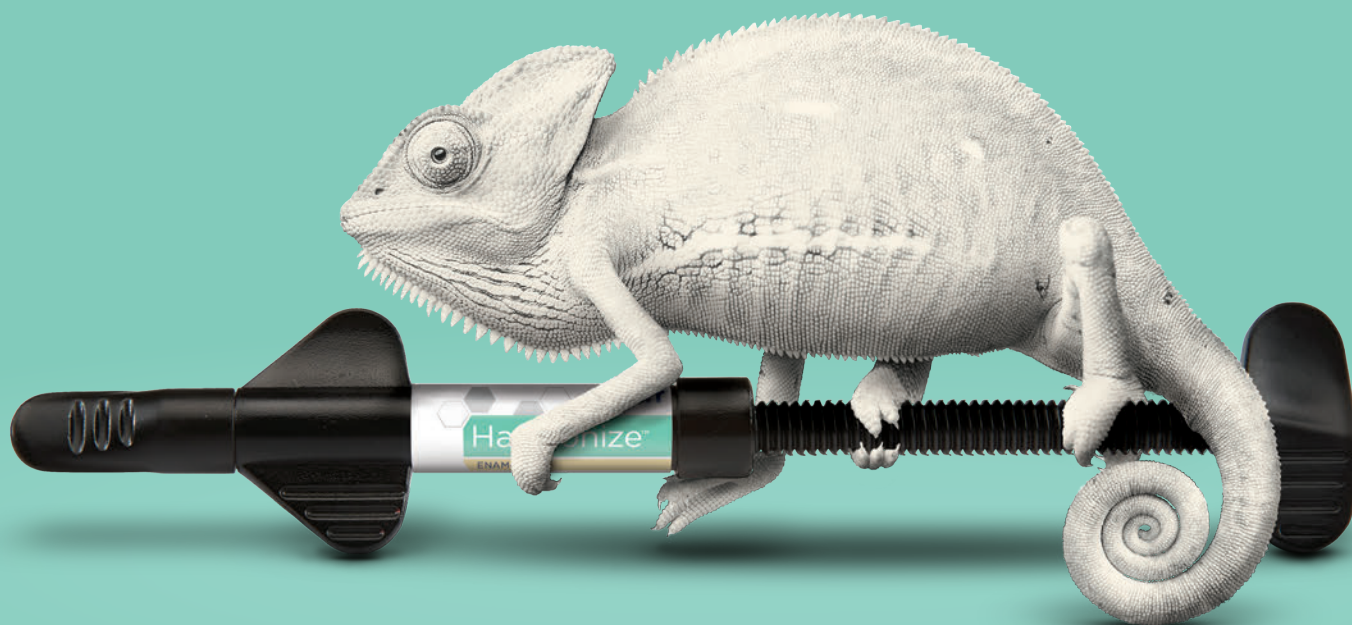


NTF MEDLEMSAPP!

Alt om ditt medlemskap på en app!

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

Harmonize with nature.



APM740_E_NORDICS Rev.0 | 12-'17. Copyright ©2017 KERR.

Harmonize™ is the next generation composite infused with **Adaptive Response Technology (ART)** to give all your restorations **better blending capabilities** and **enhanced structural integrity**. Create lasting lifelike restorations with more ease and simplicity.

Request a free sample now:
www.kerrdental.com/try-Harmonize



Harmonize™ - Nanohybrid Universal Composite

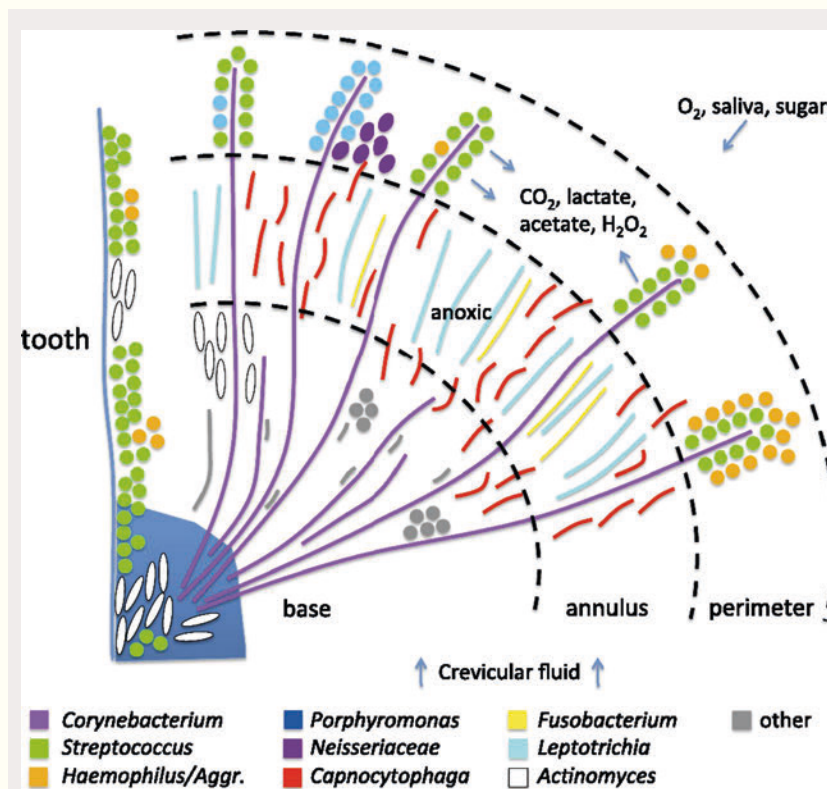


Ingar Olsen:

Organisering av supragingivalt plakk på mikrometernivå

Ved å bruke såkalt «spectral imaging fluorescence in situ» hybridisering er det nå mulig å undersøke geografien i dentale plakk, dvs. bestemme hvordan ulike bakterieceller ligger i forhold til hverandre. Teknikken heter CLASI (Combinational Labeling and Spectral Imaging)-FISH (Fluorescence In Situ Hybridization) og er utviklet av Gary Borisy ved Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA. Den tillater samtidig differensiering av opptil 28 forskjellige bakteriearter i dentalt plakk. CLASI-FISH gir oss mulighet til å forstå hvorledes bakterier interagerer med hverandre og med sin vert under frisk tilstand og ved sykdom. Den gir også innblikk i fysiologien og økologien i dentalt plakk.

I sin undersøkelse benyttet Borisy og medarbeidere 10 bakterieprober som fanget opp 96–98 % av bakteriene i supragingivalt plakk fra friskt periodontium (1, 2). Hver av disse probene var festet til en unik fluorescerende forbindelse for å farge de bakteriene som skulle påvises. Derved kunne ulike bakterier ses i mikroskop. Forfatterne fant at supragingivalt plakk fra 22 friske frivillige bestod av ni ulike bakterier som var arrangert rundt filamenter av korynebakterier (figur 1 og 2). Dette bakterielle konsortiet hadde en radius fra noen få tiendedels til noen få hundredels mikrometer. Forfatterne beskrev plakkstrukturen som et pinnsvin på grunn av bakterietrådene som strålte ut mot overflaten av plakk. Lokaliseringen av de ulike bakteriene indikerte at de hadde forskjellige funksjoner i plakk. Anaerobe bakterier hadde en tendens til å holde seg i strukturens indre hvor oksygenspenningen var lav, mens de fakultativt anaerobe og obligat aerobe bakteriene befant seg i periferien av strukturen (figur 1). Bakterier

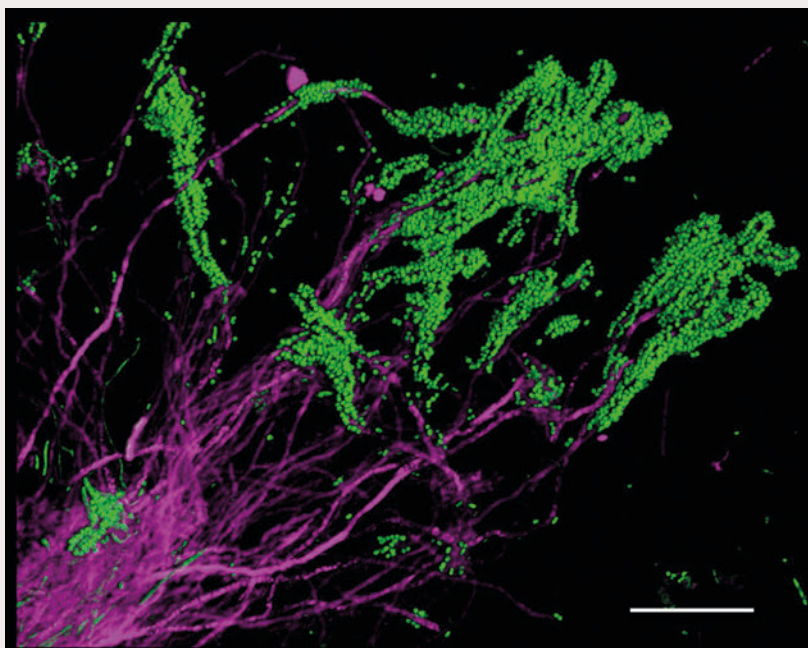


Figur 1. Skjematisk fremstilling av hypotesen for organisering og funksjon av såkalte pinnsvinstrukturer i supragingivalt plakk. (Fra referanse 1. Gjengis med tillatelse fra utgiveren PNAS.)

som er forbrukere av sukker og oksygen slik som for eksempel streptokokker, produserer stoffskifteprodukter som laktat, CO_2 og H_2O_2 og lokaliserte seg nær hverandre.

På basis av funnene foreslo forfatterne at *Corynebacterium*, som var den slekten som var mest karakteristisk for det supragingivale plakk, binder seg til allerede eksisterende plakk på tannoverflaten bestående av tidlige kolonisatorer som *Streptococcus* og *Actinomyces*. *Corynebacterium* strukturerer plakk og gjør det mulig for andre bakterier å vokse her. Følgelig kan *Cor-*

ynebacterium betraktes som en brobygger i supragingivalt plakk. Den er sannsynligvis viktigere enn *Fusobacterium* i så måte. «Corn-cob»-strukturer (filamenter tettepakket med kokker) ble produsert på tuppen av *Corynebacterium*-filamentene. Disse strukturene var omgitt av *Streptococcus*- og *Porphyromonas*-celler, som var i direkte kontakt med filamentet. Videre ble *Haemophilus/Aggregatibacter* funnet i kontakt med streptokokker. Medlemmer av familien *Neisseriaceae* viste seg også i utkanten av pinnsvinstrukturen. *Fusobacterium* og *Leptotrichia* opp-



Figur 2. "Corncob"-strukturer bestående av *Corynebacterium* og kokkelignende celler i delvis ødelagt supragingivalt plakk. *Corynebacterium*-filamenter i fiolett. Kokkelignende celler bundet til tuppen av *Corynebacterium*-filamenter i grønt. Målestokk = 20 μ . (Fra referanse 1. Gjengis med tillatelse fra utgiveren PNAS.)

trådde i en såkalt ringstruktur (annulus) der det var lite oksygen og mye karbondioksid. Det samme gjaldt for Capnocytophaga som også er glad i karbondioksid (kapnofil). Pinnsvinstrukturen var altså forankret i plakket på tannoverflaten via *Corynebacte-*

rium-filamenter. Straks disse hadde festet seg, syntes de å organisere tilstedeværelsen av andre bakterier i konsortiet.

Det er uklart hvorledes den strikt anaerobe bakterien Porphyromonas kunne overleve i periferien av pinnsv-

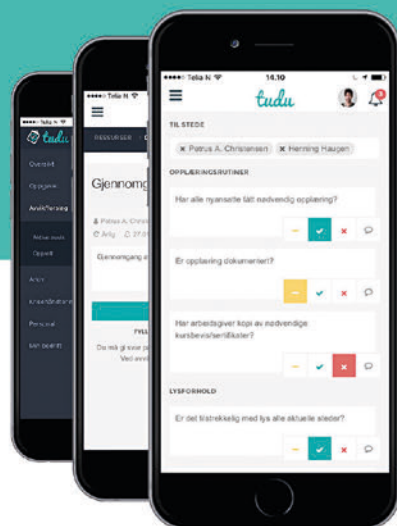
instrukturen med mindre Porphyromonas var representert av relativt aerotolerante stammer. Mer raffinerte taksonomiske metoder trengs for å bestemme hvilke arter av de beskrevne slekter/familier som var til stede (2). Det vil også være viktig å gjøre tilsvarende undersøkelser med subgingivalt plakk og betent periodontium.

Prinsippene som her er demonstrert, kan appliseres på mikrobielle konsortier også andre steder i kroppen, for eksempel i tarmen. De kan også hjelpe oss med å identifisere bakterier som ved sin nære beliggenhet kan tenkes å produsere stoffer til nytte for bakterier vi ennå ikke kan dyrke (ca. 35 % av plakkfloraen).

Referanser

1. Mark Welch JL, Rossetti BJ, Ricken CW, Dewhirst FE, Borisy GG. Biogeography of a human oral microbiome at the micron scale. *Proc Natl Acad Sci USA* 2016; 9; 113(6): E791–800. doi: 10.1073/pnas.1522149113.
2. Olsen I. Organization of supragingival plaque at the micron scale. *J Oral Microbiol* 2018; 10. doi: 1080/20002297.2018.1438722.

Adresse: ingar.olsen@odont.uio.no



Personvern og HMS gjort enkelt!

Størst på internkontroll for tannleger i Norge



400 02 533

info@tudu.no

www.tudu.no



tudu

OM SLAG OG MUNNHELSE

Verdens munnhelsedag 20. mars

Hvert år rammes rundt 12 000 personer av hjerneslag i Norge. Over 60 % av de slagrammede får lammelser i ansikt, munn og/eller tunge som gir nedsatt oral funksjon, og over halvparten opplever munntørrrhet. En tredjedel rapporterer at de opplever redusert oral helse – likevel får kun 5 % av dem informasjon om tannstell i oppfølgingen etter slaget.*

I forbindelse med Munnhelsedagen 20. mars ønsker Den norske tannlegeforening (NTF) og Landsforeningen For Slagrammede (LFS) å belyse problemet slik at flere slagpasienter kan få den informasjonen og oppfølgingen de har behov for.

* Tall hentet fra Myhrer et al, Forskning nr 2, 2014

Slik markeres Munnhelsedagen:

- 1) Fokus på informasjon om munnhelse til pasienter og pårørende gjennom medieoppslag og foreningenes egne kommunikasjonskanaler.
- 2) Online foredrag for NTFs medlemmer.
- 3) Informasjonsstands bemannet av LFS' lokallag.

Bli med å spre informasjonen!

Følg med på www.tannlegeforeningen.no og NTFs Facebookside for mer info.

"Slagrammede opplever ofte at nedsatt oral funksjon og medikamentbruk går hardt utover munnhelsen. Tannlegene må i mye større grad inkluderes for å sikre god oppfølging, samt bidra med informasjon slik at man kan forebygge problemene."

Camilla Hansen Steinum, president NTF



"Det er veldig viktig at det nå settes fokus på munnhelse, da mange slagrammede får store problemer med tenner og munntørrrhet etter slaget. Dette handler om mer enn bare munnen – det handler om livskvaliteten!"

Roger Amundsen, leder LFS

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.

Slanket bort tannhelseseksjon

Seksjon for tannhelsesaker i Helsedirektoratet ble avviklet like raskt som den ble opprettet. Hva skjedde? Og hvordan har direktoratet tenkt å satse på tannhelse i tiden fremover?

1 oktober 2017 kunne Tidende melde at tannlege Jørn André Jørgensen var tilsatt som seksjonsleder i Seksjon for tannhelsesaker i Avdeling allmennhelsetjenester i Helsedirektoratet.

Seksjonen, som var opprettet året før, skulle ha særlig ansvar for «tannhelsefaglig forskning og kompetanseutvikling, sosial ulikhet og utjevning i tannhelse, oppbygning av et offentlig

spesialistnivå for tannleger, utvikling og etablering av regionale odontologiske kompetansesentre, normering i tannhelsetjenesten og samarbeidende helsetjenester, pasientsikkerhet og tannbehandlingsmaterialer.»

Et solid mandat for en egen seksjon, skulle man tro.

Men før julefreden rakk å senke seg, hadde Jørn André Jørgensen sagt opp og sluttet i stillingen. Og fra 1. mars i år er Seksjon for tannhelsesaker allerede historie.

– Seksjon for tannhelsesaker ble opprettet etter en organisasjonsvurdering i Divisjon primærhelsetjenester i 2015/16. Rett etterpå fikk vi beskjed fra Helse og omsorgsdepartementet om

å redusere bemanningen i Helsedirektoratet. Resultatet er at vi nå har redusert med 110 årsverk. Folkehelseinstituttet fikk tilsvarende oppdrag. Vi skulle også reorganisere oss utfra nye, ytre bestillinger, sier Svein Lie, direktør i Divisjon primærhelsetjenester i Helsedirektoratet.

– Jørn André Jørgensen ble ikke lenge i jobben?

– Og det beklager vi alle, for han hadde et friskt initiativ. Han valgte å slutte fordi han opplevde at premisene for stillingen forandret seg. Da han tiltrådte var det riktignok klart at vi måtte redusere antallet årsverk, men den nye organisasjonen var ennå ikke tegnet, sier Lie.



Svein Lie, direktør i Divisjon primærhelsetjenester i Helsedirektoratet, sier at grunnen til at Seksjon for tannhelse forsvant like etter at den ble opprettet er nedbemanning i direktoratet, beordret av Helse- og omsorgsdepartementet. Foto: Rebecca Ravneberg, Helsedirektoratet.



Rammer alle

Prosessen som fulgte omfattet hele Helsedirektoratet, såvel seksjoner som divisjoner. Organisasjonen ble slanket og delt inn i avdelinger.

- Det er mange avdelinger og seksjoner som fra 1. mars vil opphøre å eksistere. Divisjon primærhelsetjenester vil skifte navn til Divisjon Kvalitet og forløp, og alle seksjoner forsvinner. Tannhelsetjenesten vil høre hjemme i Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, sier Lie.

- Hvor mange årsverk vil jobbe med tannhelse i Helsedirektoratet etter 1. mars sammenliknet med tidligere?

- I forbindelse med reduksjonen på totalt 110 årsverk har tannhelseområ-

det i likhet med de andre måttet avgi ressurser. Nedbemanningen rammer alle. Tannhelseområdet hadde 7,1 aktive årsverk før nedbemanningen og er nå redusert til 5,3 årsverk. Helt bevisst har vi også styrket en del områder, blant annet kapasiteten til analyse. Det er viktig å kunne si noe om hvilke helsepolitiske utfordringer vi vil møte i fremtiden, sier Lie

Formålet med omorganiseringen er å automatisere og digitalisere på de områdene hvor det er mulig. Mange fagfelt innen helsetjenesten har ikke lenger egne representanter i form av fagfeller ansatt i Helsedirektoratet.

- Ingen deler av norsk helse- og omsorgstjeneste kommer til å vokse

slik de har gjort de siste årene. Vi må effektivisere og sørge for å bruke ressursene riktig, sier Lie.

Satser på forskning

- På hvilken måte prioriterer og jobber Helsedirektoratet med tannhelse nå og i tiden fremover?

- Målet på lang sikt er likeverdig tilgjengelighet til nødvendige tannhelsetjenester av god kvalitet. Fylkeskommunene samarbeider godt med pårørende, kommunene og spesialisthelsetjenesten om tilbudet til personer med lovfestede rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Helsedirektoratet ønsker også økt aktivitet knyttet til forskning og fagut-



Spesialister oral kirurgi

Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Spesialist oral protetik

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

vikling ved de regionale odontologiske kompetansesentrene og Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer (NIOM). Dette er i henhold til enhetlige indikatorer som også inngår i forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21, og økt forskningsstøtte fra Universitetet i Oslo (UiO) og Universitetet i Bergen (UiB) til kompetansesentrene og til Universitetet i Tromsø (UiT).

– Vi vil også prioritere nødvendige spesialisttjenester til personer med rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, sier Lie.

Helsedirektoratet skal gjennomføre en evaluering av forsøksordningen med sykehusodontologi og planlegge evaluering av TOO-tilbudet, (tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med sterk

angst for tannbehandling (odontofobi)), i fylkeskommunene.

– Vi skal også videreføre arbeidet med utredning av integrert samarbeidsmodell for spesialistutdanningen av tannleger for bedre kostnadseffektivitet, læringsmål og opptakskriterier, sier Lie.

Tone Elise Eng Galåen

Har du lastet ned Tidende-appen?

Appen Tannlegetidende er designet for best mulig leseopplevelse, både på nettbrett og telefon.

Du finner Tannlegetidende i App Store og Google Play, og logger inn med samme brukernavn og passord som i medlemsportalen til NTF.

Med Tidende-appen har du alltid lett tilgang til den nyeste utgaven av Tidende, pluss alle utgivelser av Tidende siden 2002.

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



Dentalstøp Import as
KVALITET TIL LAVPRIS
Vår ekspertise din trygghet





ENDELIG RØYKFRI MED Nicotinell®



Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.

nicotinell.no

Nicotinell® plaster, tygg gummi og sugetablett er legemidler til bruk ved røykeavvenning. Nicotinell® tygg gummi og sugetablett er også hjelpemidler mot nikotinabstinens 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 Torgårdsvei 3, 0372 Oslo. www.nicotinell.no

CHNOR/CHNICOT/0028/16

Seier for sårbar pasientgruppe

16. februar 2018 var en meget god dag for en gruppe sårbare pasienter som etter endringer i trygdesystemet 1. januar 2018 hadde mistet sine trygderettigheter. Etter press fra NTF og fagmiljøene gikk statsråd Bent Høie tilbake på kravet om dokumentert daglig bistand til munnstell for å kunne motta trygderefusjon.

Vi har stått på for å få omgjort denne regelendringen siden den ble lagt fram og er veldig glade på pasientenes vegne i dag, sier president i NTF, Camilla Hansen Steinum.

Føljetongen startet allerede i oktober 2017 da regjeringen Solberg la fram sitt forslag til statsbudsjett for 2018. Budsjettet kuttet i punkt 14 – *Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne*. Etter at Stortinget vedtok budsjettet 19. desember, lanserte HELFO sitt oppdaterte regelverk «Det gule heftet» (Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2018) 21. desember 2017. Et av kravene for å få refusjon etter punkt 14 var nå plutselig blitt at det måtte dokumenteres at pasienten har daglig bistand fra annen person til munnstell/kropsstell. NTF tolket det slik at dette punktet i praksis ikke lenger kunne benyttes for noen pasientgrupper.

– Regelverksendringen snevret inn punktet i så stor grad at ingen pasienter som ikke allerede er dekket av et tilbud i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), kunne søke refusjon. Det førte til at en sårbar pasientgruppe plutselig sto uten rettigheter, sier Steinum.

Flere offentlige myndigheter har ansvar for og er involvert i utformingen og sanksjoneringen av trygderegelverket. Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for utforming

av regelverket. Helsedirektoratet (Hdir) forvalter refusjonsordningene og regelverket og har ansvar for å fortolke regelverket. Helfo, en etat under Hdir, forvalter stønadsordningene og utbetaler trygderefusjon. Finansieringen avgjøres av Stortinget, som i budsjettbehandlingen bestemmer hvor mye penger som bevilges til stønad til tannhelsetjenester.

NTF har av den grunn vært i kontinuerlig dialog med statsråd Høie, fagavdelingen i HOD, Helsedirektoratet, Helfo samt Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget om denne saken.

Særlig møtet med Høie 29. januar var en milepæl, hvor statsråden signaliserte et ønske om å se på kravet om dokumentasjon av bistand til daglig munnstell. Noen uker senere, 16. februar, kom altså bekreftelsen.

Presidenten mener gjennomslaget er et resultat av målrettet og strategisk godt arbeid.

– Vi la tidlig en plan for denne saken, og har fulgt den fram til mål. Den største utfordringen i denne saken har vært å gjøre den forståelig for beslutningstakerne, som kanskje ikke så konsekvensene av de endringene som ble gjort. Det var også helt avgjørende at vi sto samlet om et budskap. Ettersom saken er komplisert, var vi også overbevist om at dialog med beslutningstakerne var bedre enn stor medieoppmærksomhet. Saken var ikke tjent med misforståelser



NTFs president, Camilla Hansen Steinum, er glad for at helseministeren er gått tilbake på kravet om fremleggelse av dokumentasjon av daglig bistand til munnstell for å motta trygderefusjon. NTF er samtidig kritisk til at odontofobipasienter ikke lenger skal behandles i privat sektor. Foto: Kristin Aksnes.

og vinklinger som ikke hadde hold i virkeligheten, sier Steinum.

Odontofobipasientene skal nå behandles i TOO-tilbudet i den offentlige tannhelsetjenesten

Statsbudsjettet for 2018 stadfestet at pasienter med tannbehandlingsangst (odontofobi) skal behandles ved TOO-tilbudet (tilrettelagt tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi) i den offentlige tannhelsetjenesten. Pasientene har dermed ingen refusjonsmulighet etter punkt 14.

Avgjørelsen om å flytte pasientgruppen har skapt stor bekymring i tannhelse-Norge. President Steinum er også skeptisk.

– Jeg mener at man må kunne forvente at Stortinget har forsikret seg om at offentlig sektor er i stand til å ta imot denne pasientgruppen når man tar en slik avgjørelse. Vi er veldig usikre på om T00-tilbudet er rustet til å håndtere hele denne pasientgruppen alene, til tross for de 20 millionene som er bevilget ekstra i budsjettet. Vi vet det allerede er lange ventelister flere steder i landet. Det trengs bedre finansiering og mer kompetanse om offentlig sektor skal kunne møte enda en stor og krevende pasientgruppe.

T00-tilbudet administreres av fylkeskommunen og er en av flere pasi-

entgrupper den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for. NTF er bekymret for at det vil bli krevende for det offentlige å prioritere odontofobipasientene.

– Det er viktig at pasientenes rettigheter er forankret i lov eller forskrift for at disse gruppene skal bli prioritert og være sikre på å få den hjelpen de har krav på. Om statsråd Høie mener at disse pasientene kun skal behandles i Den offentlige tannhelsetjenesten, bør de sikres slik rett til nødvendig tannhelsehjelp enten ved en endring av lov om tannhelsetjenesten eller ved at den enkelte region/fylkeskommune gjør et lokalt vedtak om å innlemme denne pasientgruppen i tannhelsetjenestelovens § 1–3, sier Steinum.

Beslutningen om at odontofobipasientene ikke lenger skal behandles i pri-

vat sektor har vekket skarpe reaksjoner. NTF er også svært kritiske til dette.

– Etter NTFs mening er det svært uheldig at man nå ikke lenger vil utnytte den kompetansen som allerede er etablert i privat sektor, og som disse pasientene har behov for. Dette vil gi pasientene et dårligere tilbud enn det de har hatt til nå. Dette har vi tatt opp i alle møter vi har hatt på Stortinget og med helsemyndighetene. Vi vil følge saken tett videre, avslutter Steinum.

Øyvind Berdal
Rådgiver, politisk kommunikasjon, NTF



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/

VINN!

Vi trekker en vinner av denne iPaden 29. juni! Blant alle som melder seg på våre nyhetsmail!

Vi ønsker å spare miljøet!
www.dentalnet.no

OPPLEV 1. KLASSE

miljøfyrtårn

f

@ Kurs @ Tilbud @ Undersøkelser



ENKLERE - SIKRERE - ALLTID SVAR:
Ett servicesenter - ett telefonnummer!

RING: 38 27 88 88

Vi vil at du som kunde skal få den beste oppfølging, fra du løfter av røret - til jobben er ferdig utført.

Kontakt derfor vårt servicesenter, som straks vil aktivere oppdraget ditt.

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

Riffat, Åse og Jorunn

HENG DETTE OPP PÅ TAVLA I DAG!!
To enkle tastevalg:
Tast 1. for bestilling av utstyr, varer eller reservedeler
Tast 2. teknisk service

dental sør
OPPLEV 1. KLASSE

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

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 Trelidal,
tlf. 37 03 80 77

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

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

Buskerud Tannlegeforening
Anna Karin Bendiksbu,
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

Björg 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 Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubæk,
tlf. 71 29 38 54

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

Hans Haugum,
tlf. 74 27 21 90

**Oppland
Tannlegeforening**
Ole Johan Hjortdal,
tlf. 61 25 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**
Gro Monefeldt Winje,
Tlf privat: 977 65 498
Tlf jobb: 33 30 93 80
e-post: gromwinje@gmail.com

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



DIGITAL PERFORMANCE

2018



19.-20. APRIL 2018, MIDT-NORGE-MØTET, TRONDHEIM, CLARION HOTEL & CONGRESS

GET BACKSTAGE WITH OUR NEW DIGITAL LINE-UP

Our crew are on tour to amplify your potential with a synchronised digital workflow from Straumann CARES® Digital Solutions. Be at the 2018 Digital Performance Roadshow!

An epic event packed with great deals on exclusive new products and exciting hands-on demonstrations.

**BOOK YOUR FREE TICKETS AT: WWW.STRAUMANNDIGITALTOUR.COM
LIMITED TICKETS**

DIN TYGGEGUMMI – EN ANNENS TANNBØRSTE



**1,3 MILLIONER KRONER
TIL SOS BARNEBYER
NORGE I 2017**

I en 10 ukers periode på høsten gir hvert eneste kjøp av EXTRA® et bidrag til SOS-barnebyer og vårt felles tannhelseprogram. Dette initiativet gir barn i Ghana og Botswana tannhelseopplæring, tannbørster og tannkrem. Tannhelsen blir ofte forsømt i disse landene. Siden starten av dette programmet i 2013 har vi nådd ut til 185 000 barn, og med fjorårets bidrag kan vi hjelpe flere barn til en bedre fremtid!

I samarbeid med



**SOS
BARNEBYER**
Et trygt hjem for alle barn





Ny kommentar etter kasuistikken:

«Kan okklusal overbelastning føre til tap av osseointegrasjon etter vellykket implantatinnsetting?»

Takk til Eivind Strøm og Knut N. Leknes for interessant og spennende svar på min kommentar, i Tidende nr. 2, 2018, på deira kasuspresentasjon i Tidende nr. 11, 2017.

Litteraturen, og langvarig klinisk erfaring med implantatprotetikk, viser at store okklusjons- og artikulasjonskrefter relativt hyppig gir tekniske komplikasjoner som til dømes chipping av keram eller fraktur av akryltenner. Det er heller ingen grunn til å tru at eit osseointegrert implantat tåler urimeleg stor belastning. Som påpeika av både undertekna og Strøm/Leknes er det ikkje eintydig evidens for kva som er overbelastning med omsyn til osseointegrasjon, altså kva som er den biologiske grensa for belastning.

At belastning på eit implantat for det meste vert overført til det marginale bein kan vi vere einige om. Denne kraftfordelinga vil vere mest tydeleg ved lateral belastning. Det interessante her er då at det, i følge Strøm og Leknes, at det er denne laterale belastninga som kan gi tap av osseointegrasjon

marginalt og vidare beinresorpsjon langs implantatoverflata. Kva då med skrått stilte implantat? Vi har i mange år, i enkelte tilfelle som all-on-four, brukt distale implantat i brukonstruksjonar med vinkling opp til 30–40 grader i høve til okklusalplanet og der all okklusjons- og artikulasjonsbelastning vil gi lateral belastning på implantatet. Likevel har vi konstruksjonar som etter 20 år ikkje har mista ein einaste millimeter beinfeste. Ein systematisk review av Del Fabbro (1) konkluderar med at skråstilte implantat er ei trygg behandling medan ein metaanalyse av Chrcanovic et al.(2) er litt meir forsiktige i konklusjonen på grunn av mulege bias i datamaterialet. Der er såleis ikkje noko i litteraturen som er tydeleg på at denne skråbelastninga gir beintap.

Det ligg i ordet overbelastning at ei grense er passert med omsyn til belastning. At dette kan føre til endringar i beinet er heller ikkje urimeleg. Men enn så lenge er mykje uklart kvar denne grensa går, det er mykje subjektive konklusjonar i litteraturen. Og for

å bruke ein floskel; vi treng meir forskning før vi kan bruke overbelastning som forklaring på beintap på osseointegrerte implantat. Vi bør difor, som også nemnt av Strøm og Leknes i artikkelen sin, lage implantatprotetiske konstruksjonar på rett plasserte implantat og tilpasse okklusjons- og artikulasjonskontakt for minst mogeleg belastning på konstruksjonen og implantata.

Harald Gjengedal

Førsteamanuensis, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, UiB

Harald.Gjengedal@uib.no

Referanser

1. Del Fabbro M & Ceresoli V. The fate of marginal bone around axial vs tilted implants: A systematic review. *Eur J Oral Impl* 2014; 7(Suppl 2): S171-S189.
2. Chrcanovic B R, Alvbregtson T & Wennerberg A. Tilted vs axially placed dental implants: A meta-analysis. *Journal of Dentistry* 2015; 43(2): 149–170

Svar til Harald Gjengedals siste kommentar til kasuistikken:

«Kan okklusal overbelastning føre til tap av osseointegrasjon etter vellykket implantatinnsetting?»

Takk til Harald Gjengedal for hans nye kommentar til vår kasuistikk i Tidende nr. 11, 2017. Gjengedals første kommentar, med svar, var publisert i Tidende nr. 2, 2018.

Det kan av og til være nødvendig å skråstille implantater for å unngå viktige anatomiske strukturer som sinus maxillaris og foramen mentale, samt når manglende benvolum hindrer en optimal aksial fiksturinnsetting. Det er korrekt, som Gjengedal hevder, at slike konstruksjoner har vist god stabilitet over lang tid (1). Dette kan skyldes at skråstilte implantater som regel splintes sammen med aksialt plasserte fiksturer i full-kjeve restaureringer og derved fordeles tyggetrykket jevnt i hele konstruksjonen. Det er også viktig å kontrollere andre faktorer som

kan gi en uheldig lateral belastning på fiksturene. Dette kan være bruk av vin-klet distanse for optimal fiksturorientering, at man unngår mesiale eller distale ekstensjoner og store okklusale areal, samt reduserer cuspevinkelen (2).

Vi er enige med Gjengedal i at det er behov for mer prospektive studier for å kartlegge eventuell sammenheng mellom overbelastning og bentap rundt et osseointegrert implantat. Det er vanskelig å utføre slike studier på humant materiale av etiske hensyn. I denne sammenheng vil kasuistikker kunne gi nyttige bidrag til å forstå mer av det komplekse årsaksbildet til tap av osseointegrasjon.

Det synes som om førsteamanuensis Harald Gjengedal og forfatterne er enige om de fleste elementer i denne

kasuistikken. Vi vil takke for flotte konstruktive kommentarer og anser med dette svaret debatten for avsluttet.

*Eivind Strøm
eivstrom@hotmail.com*

*Knut N. Leknes
Knut.Leknes@uib.no*

Referanser

1. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Review. Reasons for failures of oral implants. J Oral Rehab. 2014; 41: 443–76.
2. Weinberg LA. Reduction of Implant Loading with Therapeutic Biomechanics. Implant Dent. 1998; 7: 277–85.

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 forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene i løpet av to åranger 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 tannhelsetjenesten

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.

TANNLEGEN BØR EIE PRAKSISEN

Tannleger bør eie sin egen praksis.

Vital Tannhelse er et godt alternativ for deg som ønsker å ta del i et fellesskap, fremdeles ha eierskap til praksisen og få hjelp til områder som økonomi, administrasjon og marked.

Vi inngår også deleierskap sammen med praksiseiere.

Vår kjede består i dag av 12 ulike klinikker spredt utover landet
- ingen er for små eller store!

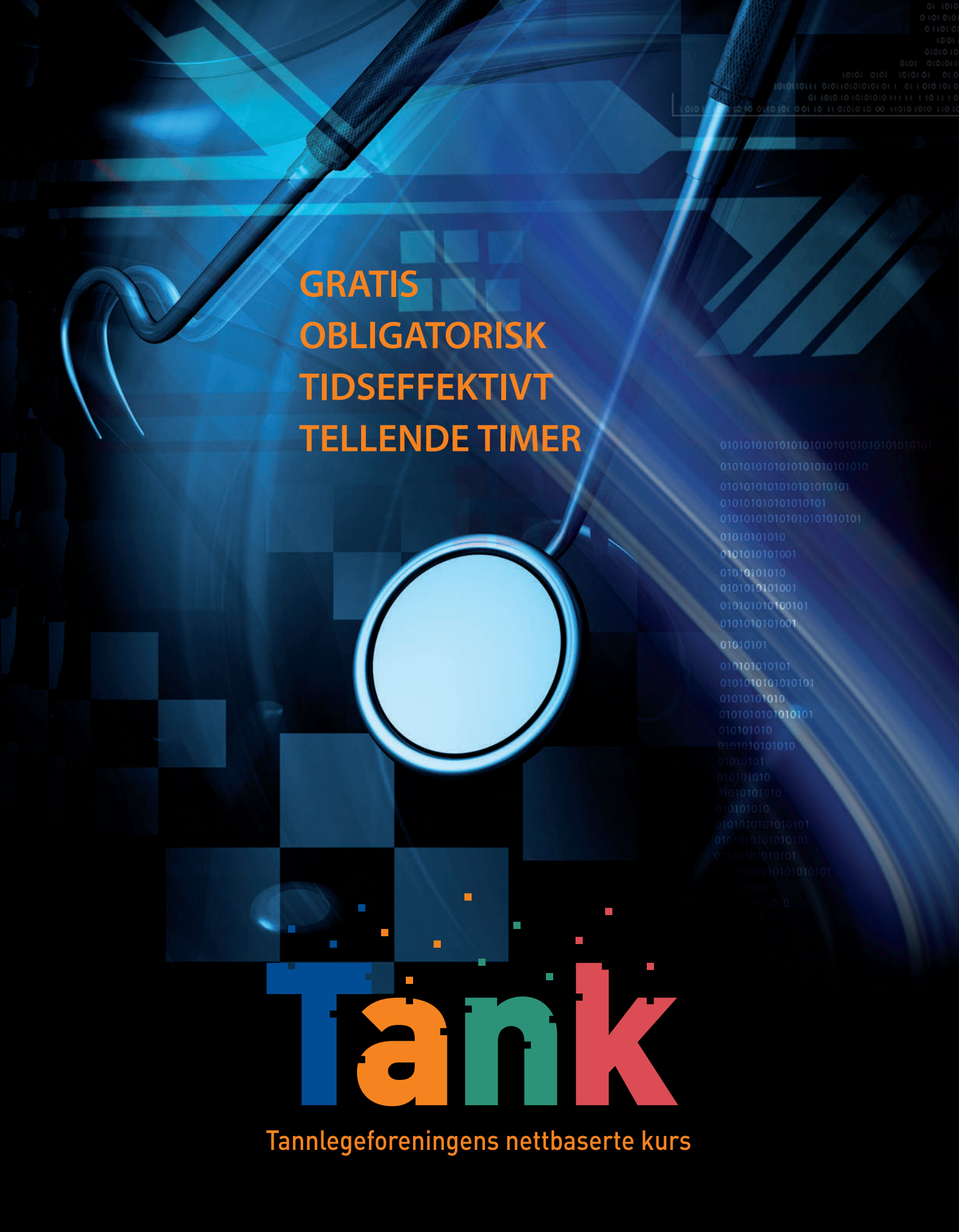
Kontakt oss for en uforpliktende samtale:

Tlf: 986 95 700

tannlegepraksis@vitaltannhelse.no

vitalkjeden.no





GRATIS
OBLIGATORISK
TIDSEFFEKTIVT
TELLENDE TIMER

Tank

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



Svindelforsøk mot bedrifter og organisasjoner

Det har over tid vært flere svindelforsøk hvor NTFs ansatte og lokalforeninger er blitt bedt om å betale en faktura eller overføre penger til en konto i utlandet. Vi oppfordrer alle om å være ekstra oppmerksomme på slike henvendelser. Det er viktig at lokalforeningene har rutiner for utbetaling slik at man sikrer seg mot slike svindelforsøk.

Målet med direktørsvindel er å lure en økonomimedarbeider til å betale en faktura eller overføre penger til en konto, vanligvis i utlandet. Svindlere bruker litt ulike fremgangsmåter. Svindleren spiller på at ofrene er travle og at overføringen/betalingen av penger må skje raskt.

Svindlerne blir stadig grundigere i sine forberedelser. Navn på nøkkelpersoner i bedriften blir identifisert. I tillegg blir det etablert domene med bedriftens navn for å kunne opprette e-postadresser som ligner på de bedriften faktisk har.

Svindleren sender en e-post eller SMS som tilsynelatende kommer fra en

Denne artikkelen bygger på informasjon som kan finnes på nettsiden Nettvett.no, der finner du også mer detaljert informasjon og flere tips om hva du kan gjøre for å sikre deg. På Nettvett.no finner du også informasjon og hjelp om blant annet bruk av e-post, chat og sosiale medier, spam, virus, deling av filer på internett, nettbank, og beskyttelse mot angrep utenfra.

Direktørsvindel

Direktørsvindel, eller CEO-fraud kan defineres som svindel utført ved hjelp av e-post eller SMS fra personer som utgir seg for å være i ledelsen i bedriften.

Direktørsvindel? OBS! OBS!

- Er det en e-post eller SMS hvor du blir bedt om å overføre penger uten videre dialog og at dette haster, kan dette være et svindelforsøk
- Les e-posten nøye og se etter unormale elementer. Dette kan eksempelvis være manipulert fra-felt og svar-felt, bruk av .com i stedet for .no.
- Formuleres e-posten med en fremtoning i retning av tillitt, trussel eller fristelser så er dette kjente tegn på svindelforsøk
- Se godt på og kontroller betalingsinformasjon og/eller faktura mot tidligere transaksjoner

Råd til virksomheter

- Les alltid e-post hvor det anmodes om overføring av penger to ganger
- Ledelsen bør informere sine økonomimedarbeidere på forhånd hvis de vet at det kan være aktuelt med raske pengeoverføringer i tiden som kommer
- Hvis du som økonomimedarbeider mottar e-post fra sjefen om å overføre penger, så send sjefen en SMS hvor du ber om at overføringen bekreftes



Sykehjelpsordningen

Sykehjelpsordningen yter stønad til tannleger ved sykdom, fødsel/adopsjon og pleie

For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no



direktør i selskapet til en økonomimedarbeider. «Direktøren» ber om en større overføring til et gitt kontonummer, eller varsler om at en slik overføring er nødvendig i påvente av videre kommunikasjon. Det kan også bli vedlagt en falsk faktura ved e-posten. Hvis økonomimedarbeideren svarer på henvendelsen, blir svaret sendt til svindlerens e-postadresse og ikke til direktørens e-postadresse som står i avsenderfeltet. E-postene er dyktig formulert på norsk, og signert slik «direktøren» vanligvis gjør.

Svindlerne baserer disse bedrageriene på at den ansatte vil være behjelpelig og metoden kan blant annet være å gi den ansatte et inntrykk av at han eller hun er med på noe som er viktig for bedriften. Noen ganger kan direktørens navn være nok til å oppnå denne følelsen, mens andre ganger vil «direktøren» love belønning i form av bonus eller forfremmelse. Det har også vært tilfeller der «direktøren» kan ty til trusler om den ansatte ikke følger instruksjoner.

I mange tilfeller er det derimot tidspress og stress svindlerne baserer angrepet sitt på. Svindlerne kan derfor sende en e-post sent fredag ettermiddag hvor leder ber om at en faktura må betales umiddelbart. Lederen vil i tillegg være utilgjengelig på telefon på grunn en konferanse eller flyreise.

Denne typen svindel er et økende problem i Norge og rammer også organisasjoner som NTF. Det er viktig at NTFs medlemmer og lokalforeninger har rutiner for å sjekke slike krav om hasteutbetalinger.

Du kan lese mer om direktørsvindel på [Nettvett.no](https://nettvett.no).

E-postsvindel med løsepengevirus

Svindelkampanjer der det sendes ut mengder med falske e-poster eller SMS-er blir stadig mer vanlig. I mange tilfeller har disse som formål å spre løse-

For å unngå løsepengevirus

- Hold datamaskinens operativsystem og programvare oppdatert.
- Bruk antivirusprogram og hold det oppdatert.
- Ta sikkerhetskopi jevnlig av de filene som er viktig å ta vare på.
- Vær oppmerksom på at løsepengevirus også kan spre seg til disker og andre enheter som er tilkoblet datamaskinen.

Hvis uhellet er ute

- Det finnes ulike typer løsepengevirus; for øyeblikket finnes det ikke løsninger for alle typer. Forsøk å finne ut hvilken variant av løsepengevirus som har infisert datamaskinen og om det finnes kjente metoder for å fjerne det.

pengevirus (også kjent som "ransomware"). Løsepengevirus krypterer filene på offerets datamaskin, og krever løsepenger for å dekode dem.

Vi anbefaler ingen å betale løsepengegene dersom de blir rammet av løsepengevirus. Det vil nemlig bidra til å gjøre bruk av løsepengevirus enda mer lukrativt for cyberkriminelle, og den negative trenden vil dermed fortsette.

Du kan lese mer om løsepengevirus på [Nettvett.no](https://nettvett.no).

Phishing og falske innloggingsider

Phishing, ofte kalt nettfiske på norsk, er det å lure til seg sensitiv informasjon, som passord eller bankkortinformasjon, over internett. I mange tilfeller gjøres det ved at cyberkriminelle forsøker å lure ofre inn på falske innloggingsider.

Dette er nettsider som er satt opp av cyberkriminelle, som ser ut som de ekte innloggingssidene til f.eks. Facebook,

LinkedIn, nettbanken din eller e-postleverandøren din. Om man prøver å logge seg inn på disse sidene, vil imidlertid brukernavn og passord havne hos de kriminelle.

Falske innloggingsider kan ofte avsløres på URL-lenken, vær obs på at lenken du ser i en e-post eller i en SMS ikke nødvendigvis er den du faktisk havner på. I dette eksempelet er den øverste lenken ekte, gjenkjennbar ved at domenet er dnb.no, mens på lenken under er domenet egentlig det fiktive domenet eeseewebhost.net.

Lenker til disse falske sidene får man gjerne i en SMS eller e-post som utgir

Forholdsregler mot phishing

- Send aldri personlig eller finansiell informasjon via e-post
- Sjekk hvor lenken tar deg. Ved å holde musepekeren over lenken kommer webadressen opp.
- Sjekk om adressen er feilstavet eller slutter på .com istedenfor .no, etc.
- Prøv å ikke klikke på lenker i e-post, men kopier heller adressen manuelt. Dersom linken viser til en nettside, skriv adressen heller direkte inn i nettleseren.
- Vurder avsender og nettsider nøye, før du oppgir informasjon
- Forsikre deg om at nettbanker o.l. krypterer sidene (se etter: <https://> og hengelåsen)
- Hold operativsystem og programmer oppdatert.
- Benytt oppdatert antivirus.

Hvis du rammes

- Dersom du tror noen kan ha fått tilgang til kontoen eller kredittkortene dine må du umiddelbart kontakte bank eller utsteder. Sjekk også kontoutskrifter og kredittkortregninger for mistenkelige belastninger.

seg for å være fra en pålitelig avsender. Om den falske siden er innlogging for nettbanken din, kommer lenken for eksempel i en SMS som ser ut til å være fra banken din, der det bes om at du følger lenken, logger inn, og bekrefter litt informasjon.

Beskyttelse i årvåkne ansatte og gode rutiner

Årvåkne ansatte i virksomheter og årvåkne tillitsvalgte med økonomiansvar i organisasjoner som NTF er den beste beskyttelsen mot former for forsøk på økonomisk svindel som er nevnt her. Gjør gjerne dette til et tema på neste møte med ansatte eller i lokalforenin-gen.

Gode rutiner for utbetalinger, og hva som skal gjelde av eventuelle unntak fra rutinene er også viktig – og ikke minst at rutinene følges.

*Dag Kielland Nilsen
Advokat i NTF*

Dryz® skaper et tørt arbeidsmiljø hver eneste gang.

Dryz® hemostatisk gingival retraksjonspasta stanser gingival blødning og siving som kan forstyrre avtrykkstaking.



parkell

DirectaDentalGroup

DIRECTA **topdental** **ORSING** **parkell**
directadental.com

§§§Spør advokaten

Hvordan beregne sekretærens lønn?

Jeg skal ansette en sekretær fire dager i uken. Jeg driver en liten klinikk, og sekretæren må derfor åpne inngangsdøren og besvare telefoner også i lunsjpausen. Jeg ønsker å følge mønsteravtalen for tannhelsesekretærer. Skal sekretæren ha lønn i spisepausen? Hvordan skal jeg beregne sekretærens arbeidstid, stillingsprosent og lønn?

Svar: Arbeidstaker har bare rett til betaling for den tid han stiller sin arbeidskraft tilgjengelig for arbeidsgiver. Som utgangspunkt skal den ansatte ha arbeidsfri i pausen, og har da ikke krav på lønn. Dersom sekretæren ikke fritt kan disponere tiden i pausen, regnes dette som en del av arbeidstiden, og arbeidstaker vil ha krav på lønn. Dersom sekretæren må åpne inngangsdøren eller besvare telefoner i lunsjpausen, regnes pausen følgelig som ordinær arbeidstid.

Det følger av mønsteravtalen § 3 at det er avtalt en alminnelig arbeidstid på 37,5 time per uke. Den ordinære, effektive arbeidstiden kan med andre ord ikke overstige 37,5 timer i en 100 prosent stilling.

Hvis din sekretær har en arbeidstid fra kl. 0800 – 1530 (inkludert 30 minutter betalt spisepause) fire dager i uken, tilsvarer dette en 80 prosent stilling (30 arbeidstimer per uke).

Mønsteravtalen er basert på et minstelønssystem, se Mønsteravtalen § 9. Mønsteravtalens minstelønssatser er angitt som årslønn i 100 prosent stilling. Fast ansatte sekretærer skal ha fast månedslønn beregnet ut fra stillingsbrøk. Nærmere om beregning av månedslønn og timelønn:

- Månedslønn = Årslønn/12.
- Månedslønn i mindre enn 100 prosent stilling = månedslønn x avtalt

stillingsbrøk, eller månedslønn/37,5 x avtalt uketimetall.

– Timelønn for hel- og deltidsansatte (inkl. kompensasjon for off. fridager) = månedslønn/157 timelønn for ekstra-hjelper (eks. kompensasjon for off. fridager) = månedslønn/162,5

– Timelønn med 50 % overtidstillegg = Månedslønn/162,5 x 1,5

– Timelønn med 100 % overtidstillegg = Månedslønn/162,5 x 2

Mer informasjon

NTFs standard ansettelsesavtale for tannhelsesekretærer, ansettelsesavtale for assistenter og Mønsteravtalen for tannhelsesekretærer finnes i sin helhet på www.tannlegeforeningen.no under jus og arbeidsliv/kontrakter og avtaler.



Ikke på lager

Med en løsning fra Atlantis CustomBase har grensene for hva du kan forvente fra en skrueretint løsning, blitt utvidet. Fra designmuligheter og unik vinklet installasjonstilgang¹ til implantatkompatibilitet. Dette gir deg de beste oddsene for å lykkes.

1. Foreløpig kun tilgjengelig for Astra Tech Implant System, OsseoSpeed EV.

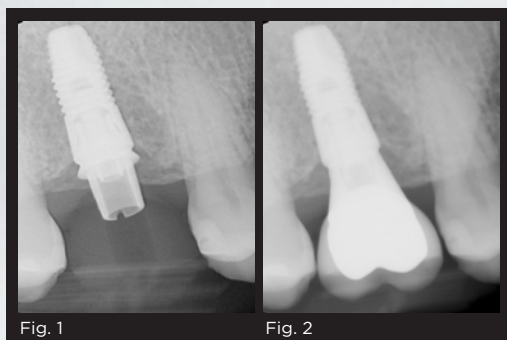


Fig. 1.
Prefabrikkert titanbasekomponent gir minimal retensjon og støtte for kronen.

Fig 2.
Atlantis CustomBase utformet med optimal bløtvevsprofil og pasientspesifikk design av distansens kjerne og høyde, for optimalisert retensjon, samt støtte for kronen og bløtvevet.



Planning and
guided surgery



Digital
impression



Restorative
solutions

Digital implant workflow
Connect to the future



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



Pasientbrosjyrer og praktiske verktøy



Webshop med eksklusive medlemsfordeler (kommer snart)



Profesjonelt nettverk



MELD DEG PÅ NÅ & FÅ EN GRATIS VELKOMSTGAVE !



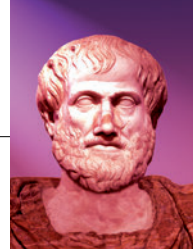
Log inn med din LinkedIn profil. Alle aksepterte eksklusive klubbmedlemmer får en gratis velkomstgave*

* Så lenge lageret varer



LinkedIn

Scan QR koden eller log inn på
[linkedin.com/groups/8589598](https://www.linkedin.com/groups/8589598)



Pasient eller kunde?

Etisk råd ønsker å dele en verdivurdering. Det gjelder tannlegers bruk av ordene pasient og kunde. Ordvalget er viktig for hvordan vi vil bli oppfattet. Måten vi definerer våre brukere på sender viktige signaler om hvordan vi selv oppfatter den tjenesten vi yter.

Begrepet «kunde» dukker stadig oftere opp om personer som benytter seg av tannhelsetjenester. Kundebegrepet har lang tradisjon innenfor handel. I dette forholdet har vi selgeren som er tilbyder av varer og tjenester og kunden som er bestiller og mottaker. Per definisjon er det helt greit å kalle en person for kunde fordi personen betaler for en tjeneste. Men la oss ikke glemme at det er helsehjelp vi leverer og at vi er helsepersonell. Og et tankekors: Gjenspeiler benevnelsen på brukeren det som er viktigst – kjøp og salg av en tjeneste eller er det helsehjelpen som står i fokus? For noen er ikke dette like åpenbart.

Det at noen kaller sine pasienter for kunder frykter vi kan være et sterkt sig-

nal om en utvikling der pasientene ikke lenger er i fokus. Etisk råd er opptatt av at brukere av tannhelsetjenester skal omtales som pasienter, uavhengig av om de betaler for tjenesten eller ikke, og at de mellom tannhelsepersonell fortsatt omtales som pasienter.

En pasient er definert i Lov om pasient- og brukerrettigheter §1–3 a: En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Helsehjelp og helsetjenesten er også definert i § 1–3:

c. helsehjelp: Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;

d. helse- og omsorgstjenesten: Den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester

Vær også klar over at man kan bli møtt med større gjenkrav til garantier

og reklamasjonsrettigheter dersom man omtaler sine pasienter som kunder. Vi poengterer at en helsetjeneste med sosial, medisinsk og teknisk individuell tilpasning i et pasientorientert fokus, ikke kan bli sammenlignet med generelle forbrukertjenester og samlebåndsindustrier. Pasientene er beskyttet av et lovverk, og det skal foreligge en gjensidig tillit når våre pasienter oppsøker oss. Alle økonomer kan servere definisjoner tilbake på oss og si at uansett hva vi kaller oss, er vi forretningsdrivere, inkludert Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Dette er greit nok, så lenge vi ikke omtales som kundebehandlere. Da har fokus skiftet retning og faget vårt står i fare for å miste tillit, og med pasienten som den største tapperen.

Knut Gättschmann
NTFs råd for tannlegeetikk

Tenner for alle – hele livet

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





Folkehelseprofiler for kommuner og bydeler

Folkehelseinstituttet presenterte 13.02.2018 nye folkehelseprofiler for alle kommuner i landet. Årets temaer er alkohol og rusmidler. Fylkesprofilene for 2018 kommer i mars.



I profilen finner en oversikter over mange områder, som blant annet allmenn helse og forventet levealder, befolkningsvekst eller -nedgang, inntektsulikhet, trivsel på skolen og frafall fra videregående skole.

Se: <https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=030107&tp=1&PDFAar=2018>

For flere indikatorer og mer detaljert statistikk anbefales: Kommunehelsestatistikkbank: khs.fhi.no

Kragerøkurset

Telemark tannlegeforening ønsker velkommen til Kragerøkurset 1.-2. juni 2018.

For påmelding, betaling og mer informasjon, se: <https://www.deltager.no/participant/arrangement.aspx?id=230884>

TILBAKEBLIKK

1918

Statens poliklinik for tandsygdomme – et 25-aars minde

Den 15. november 1893 fandt den høitidelige aapning av vor første offentlige undervisningsanstalt sted. Av et referat i vort tidsskrift ser vi, at medicinaldirektøren og eksamenskommissiøns formand prof. Guldberg, lærerne og en del tandlæger var tilstede. Om der blev holdt nogen taler for anledningen forlyder der intet om. Begyndelsen var beskjeden, men den var god. Tandlægerne var ikke fordringsfulde. De var ikke vant til nogen forstaaelse fra det offentliges side med hensyn til undervisningen.

De syntes at dette var et storartet skridt fremover. Nu kunde da de studerende faa en systematisk undervisning i plombe-ring og extraction. Proteseundervisningen fik de selv fortsætte med at klare. Ja, de drømte nok ikke dengang, at de 14 aar senere skulde faa gjennomført artiums-kravet og faa den samlede odontologiske undervisning overtat av staten.

*Imm. Ottesen
Januar 1919, 1. og 2. hefte (dobbeltheft)*

1968

Stipend for distriktstannleger

Som et ledd i stimuleringsiltakene er det for 1968 over statsbudsjettet bevilget kr. 20 000,- til stipend for distriktstannleger. Stipendiet skal dekke utgifter til odontologisk etterutdannelse, spesialutdannelse eller videreutdannelse. Det er særlig beregnet på innehavere av stillinger i deler av landet hvor det er liten adgang til faglig kontakt, men det kan også søkes av andre distriktstannleger.

I søknaden må søkerne gjøre greie for sine tjenesteforhold, opplyse når, hvor og hvilken utdannelse som søkes og hvilke utgifter som vil gå med. Søknadene sendes gjennom fylkestannlegen og må være kommet til Helsedirektoratet, Tannlegekontoret 1. juli 1968. Tilsagn om tildeling vil først kunne gis etter denne dato.

Mars 1968, hefte 3

2008

Det gode tannlegeliv

Tannlege Svein Nysether i Aurskog Høland lurte på om det virkelig er sant at solo-praksisen har utspilt sin rolle. I et intervju med Ellen Beate Dyvi sier han blant annet dette:

– Jeg kaller det det gode tannlegeliv og mener det av hele mitt hjerte. For en familie innebærer det gode oppvekstvilkår for barna, og alle slags fritids- og friluftsmuligheter. Her har vi det stille og fredelig, i et oversiktlig og godt miljø. Dessuten er dette et liv som tannlege, med særlig vekt på siste del av ordet. Og det er et virke som allmennpraktiserende i ordets rette forstand. Her får man brukt hele faget og all sin kunnskap. Selv om det er klart at jeg også henviser ved behov, blir det til at jeg gjør det meste selv, så langt det lar seg gjøre og er forsvarlig. Det er relativt lang vei til spesialisten herfra, og pasienten vil gjerne behandles av den tannlegen han eller hun kjenner.

Dessuten er jeg ikke helt solo, i og med at jeg har hatt deltids assistenttannlege siden 1980, og sysselsetter tre sekretærer. Vi er et veldig fint team og nitrives i hverdagen. Det er mulig jeg tar feil, men etter mine begreper er den lille praksisen bærebjelken i tannhelsenorge.

Februar 2008, nr. 3



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

19.–20. april	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
25.–26. mai	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. www.loenmotet.no Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
5.–6. juni	Hotel Alexandra, Loen	Samfunnsodontologisk forum 2018. Arrangør: Tannhelsetenesta i Sogn og Fjordane.
4.–6. okt.	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
28.–29. mars '19	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
24.–25. mars '19	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
31. Okt. 2. nov' 19	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
23.–24. april '20	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no

UTLANDET

12–14. april	København, Danmark	Årskursus og Scandefa. Se www.tandlaegeforeningen.dk
9.–13. mai	Italia	NTFs utenlandskurs.
20.–23. juni	Amsterdam, Holland	EuroPerio 9. Mer informasjon: www.efp.org/europerio/
5.–8. sept	Buenos Aires, Argentina	FDI World Dental Congress. Se www.fdiworldental.org
14.–16. nov	Göteborg, Sverige	Odontologisk riksstämma. Se https://tandlakarforbundet.se/riksstamman/
23.–28. nov	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 aktivitetsskalenderen. De kan sendes til tidende@tannlegeforeningen.no

KURSER I HYPNOSE OSLO 2.–4. MAI

1. Innføringskurs hypnose 2 Mai / Dr Med Stephan Rossner,
 2. Videregående kurs 3.–4. mai / Dr. Patrick McCarthy, New Zealand
- Faglig ansvarlig og koordinator Dr Gunnar Rosén, tlf. 900 39 441. For mer informasjon, kontakt: Gunnar@hypnoseforeningen.no eller se www.hypnoseforeningen.no
Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

XP-endo

Shaper: én fil, 3D-endo



Rens hele kanalen med ett instrument.

www.technomedics.no/xp-endo

All In

usynlig tannregulering



Tilby dine pasienter usynlig tannregulering med skinner.

www.technomedics.no/allin

OVC

One Visit Crown



Estetisk, sterk og ferdig på 40 minutter.

www.technomedics.no/ovc



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

Nyttig kurs

Kurset ble holdt av to erfarne, rådgivende tannleger, spesialist i oral protetik, Erland Eggum, og spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Sissel Heggdalsvik. De hjalp oss å navigere i et byråkratisk landskap. Vi ble bedt om å tenke som jurister, ikke som tannleger. Her må vi forholde oss både til fag og jus. Som kjent består regelverket av 15 innslagspunkter, som refererer til diagnoser som under visse betingelser gir rett til stønad.

Regelverket finner vi i folketrygdloven, kapittel fem. Det er viktig å ha klart for seg at Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) går foran folketrygdloven. Har du rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, skal disse utløses før stønader etter folketrygdloven. Tannlegen har et selvstendig ansvar for å sjekke hvilke rettigheter pasientene har. Det er ikke alltid lett, da fylkestannlegene visstnok har ulik praksis når det gjelder hvilke oversikter de har om pasientenes rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Men vi er forpliktet til å vite, selv om det ikke eksisterer retningslinjer for hvordan vi kan sikre oss slik viten.

De 15 punktene og noen takster ble kommentert med varierende grad av detaljering:

1. Sjelden medisinsk tilstand
2. Leppe-kjeve-ganespalte
3. Svulster i munnhulen, tilgrensende vev eller hoderegionen for øvrig
4. Infeksjonsforbyggende tannbehandling ved særlige medisinske tilstander
5. Sykdommer og anomalier i munn og kjeve
6. Periodontitt
7. Tannutviklingsforstyrrelser
8. Bittanomalier
9. Patologisk tap av tannsubstans ved attrisjon/erosjon
10. Hyposalivasjon
11. Allergiske reaksjoner mot tannrestaureringsmaterialer

12. Tannskade ved godkjent yrkesskade
13. Tannskade ved ulykke som ikke er yrkesskade
14. Sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne
15. Helt eller delvis tanntap, uten egne tenner i underkjeven

Foredragsholderne holdt frem noen punkter som var viktige å være oppmerksomme på. Spesielt ble nevnt 4, 7c og 14.

Punkt 4, infeksjonsforebyggende behandling. Her dukket det opp en uklarhet. «Høydose cellegiftbehandling gir rett til stønad». Undertegnede spurte en onkolog med 40 års erfaring fra Radiumhospitalet om hva høydose cellegiftbehandling var. Hun visste ikke. Og foredragsholderne kunne heller ikke gi et enkelt og entydig svar.

Punkt 7c, tannagenesier. Her er det blitt en innstramming. Det ytes kun stønad til behandling som er av vesentlig betydning for funksjon og estetikk. Det ytes ikke stønad til dekning av utgifter til behandling av agenesi av 1. og/eller 2. premolar. Unntak er ved agenesier av flere enn to premolarer hos samme person.

Punkt 14, sterkt nedsatt evne til egenomsorg. De siste årene er det blitt behandlet pasienter med odontofobi under dette punktet. Det ble det brått slutt på like før jul. Regelverket ble presisert til ikke å gjelde for denne pasientgruppe. Det var ingen endring, bare en presisering. Naturlig nok var mange av deltakerne på kurset interessert i dette innslagspunktet. Foredragsholderne hadde imidlertid fått munnkurv av Helfo, de hadde ikke anledning til å uttale seg om dette. En kollega i salen hadde skrevet til Helfo og bedt en avklaring. Hun fikk til svar at det skulle hun få en uke senere, etter at et viktig møte skulle holdes.

Feil takstbruk ble kommentert. Det skjer ofte med følgende takster:

304 Helkrone i gull og/eller keram, porselenninnlegg, fire flater og mer. Denne taksten kan brukes i ulike sammenhenger. Viktig her er kravet til dokumentasjon. Ved innslagspunkt 9, attrisjon/erosjon skal det brukes vevsbesparende behandling med plastisk materiale som førstevalg. Ved bruk av krone stilles det krav til dokumentasjon som følger:

1. Skaden er av vesentlig betydning for funksjon og estetikk
2. Gir vesentlig forringelse av tannhelsen
3. Alvorlighetsgrad og medførte skader skal dokumenteres
4. Begrunnelse for valget journalføres
5. Behandlingen skal føre til vesentlig funksjonsforbedring sammenliknet med annen behandling

Det skal således gis fem separate kvalitative vurderinger. Ved attrisjonsbehandling gjelder ikke begrensingen 5-er eller foran, som vi ser ved periorehabilitering

308 Implantatbasertkrone/pilar i bro, inkludert distanse. Denne brukes ikke ved periorehabilitering, der er egne takster i 500-serien.

Periodontal behandling og rehabilitering etter periodontitt, 500-serien av takster.

501 Systematisk behandling av marginal periodontitt. Kan brukes inntil 14 ganger per kalenderår

509 Immediatprotese/midlertidig protese/utvidelse av eksisterende protese

511 Helprotese. Dette har betydning for innslagspunkt 15. Dersom stønadsretten er benyttet fullt ut etter for eksempel tilstand 6b (periodontitt), skal det som hovedregel ikke ytes ny stønad etter tilstand 15, med forbehold om unntak. Unntaket er bare aktuelt «hvis endringer i kjevekammen eller andre

forhold gjør at pasienten ikke har nødvendig funksjon, slik at tidligere vurdert eller valgt løsning ikke vil fungere».

513 Fast protetikkk – per tann som er trukket

514 Kirurgisk innsetting av implantat – per implantat

Bruk av 511, innsetting av helprotese, utelukker bruk av implantater senere. Dette ble ikke utdypet nærmere. Men det kan problematiseres. Om pasienten skifter tannlege, kan det være vanskelig å få rede på tidligere takstbruk. Skal vi også arbeide som tryggedetektiver?

513 blir ofte brukt feil ved at for mange tenner føres opp som tapt/trukket. 514 kan ikke brukes bak 5-erne.

Her ble det en diskusjon på bakgrunn av et kasus som ble vist. Pasienten

hadde hatt periodontitt, som ikke lenger var aktiv. Deltakerne ble bedt om å ikke fotografere bilder av kasus som ble vist, så derfor kan ikke bilde formidles. Det vesentlige var at pasienten hadde en komposittbasert stabiliseringsringsskinne i fronten i underkjeve, hvor en del tenner ble fikserte. En av tennene var en incisiv, med 1–2 mm benfeste. Kunne man trekke denne incisiven og sette inn et implantat under periorehabilitering? En av foredragsholderne mente nei, da tannen ikke var mobil og pasienten ikke hadde aktiv perio. Om stabiliseringsskinne ble fjernet, ville tannen antakelig bli mobil. Flere av kollegaene mente at når tannen var så svekket, burde den kunne trekkes og gi rom for stønad under periorehabilitering.

705 Undersøkelse, behandling og etterkontroll ved symptomer på temporomandibulær dysfunksjon. Denne blir ofte brukt feil, med for vide indikasjoner. Den kan for eksempel ikke brukes ved snorkeskinne.

Det ble også presentert en statistikk med hensyn til feilbruk:

Punkt 14 41,9 % nedsatt evne til egenomsorg

Punkt 9 29,4 % attrisjon/erosjon

Punkt 10 19,9 % hyposalivasjon

Punkt 13 a 8,7 % tannskader ved ulykke

Tallene ble presentert, men ikke utdypet. Det ble ikke angitt utvalgsstørrelse eller tidsrammer. Men det ble presentert som Helfos tall. Slik ser de oss tannleger. Jeg antar at disse tallene er fremkommet på bakgrunn av stikkprøver. De er sannsynligvis basert på tann-

ZENDIUMPRISEN TIL FOREBYGGENDE ORAL HELSE

Mens tannhelsen i den norske befolkningen er bedre enn noen gang, er det stadig grupper i samfunnet som sliter med betydelige utfordringer innen oral helse. Det forebyggende tannhelsearbeidet må stadig fornyes og aktualiseres. Zendium vil fortsette å oppmuntre til nyskapende forebyggende innsats innen oral helse. Zendiumprisen gis til personer eller grupper som vil «gjøre en forskjell» innen forebyggende tannhelsearbeid.

For 2018 deler Zendium ut NOK 65.000 og prisen er åpen for alle typer prosjekter i Norge eller prosjekter i utlandet ledet av norsk tannhelsepersonell. Prisvinneren kåres av en komité som er uavhengig av Zendium, og prisen deles ut under Samfunnsodontologisk Forum i Loen 5. til 6. juni 2018.

ZENDIUM- PRISEN 2018

Send en kort prosjektbeskrivelse til torbjorn@wikos.no. Søknadsfrist er fredag 11. mai 2018 kl. 20.00. Spørsmål rettes samme sted eller til Torbjørn Wilhelmsen, tlf 906 55 913

zendium
STYRKER MUNNENS EGET FORSVAR

leger som har vært i søkelyset. Jeg antar at tallene ikke gjelder for alle refusjonskrav som er sendt inn. Ta for eksempel feil takstbruk i 41,9 % under punkt 14. Det er underlig når Helfo i årevis gir stønad for en takstbruk som de nå like før jul 2017 sa var feil. Når man ser tallene slik, uten nærmere spesifisering, kan man lure på om tannleger er en gjeng trygdesvindlere?

En vanlig kilde til påstått feil takstbruk er manglende dokumentasjon. Kravet til dokumentasjon er tannlegens ansvar, men Helfo forbeholder seg retten til å sette seg til doms over dette. Det ble skissert hvordan Helfo går frem for å sikre etterlevelse og vi fikk se en plansje:

- * Analyse
- * Utvelgelse
- * Adferd
- * Valg av virkemiddel
- * Kontroll av informasjonen
- * Måling av effekt

Identifisering av suksessfaktorer

Mer konkret var tilnærmingen for å sikre etterlevelse:

1. Generell informasjon
2. Spesifikk informasjon
3. Pålegg
4. Avkortning
5. Tilbakekreving
6. Tap av retten til å praktisere for trygdens regning

7. Anmeldelse

Det ble også vist grafer som illustrerte hvordan bruk av en del takster hadde skutt i været. Til slutt ble vi vist hvordan Helfo gikk til verks for å redusere det de mente var feilbruk av takster. Jeg forstod det slik at det ikke gjaldt innslagspunkt 15. Men for blant annet innslagspunkt 14 var det iverksatt krav om tilbakebetaling av relativt store beløp, opptil mange hundre tusen kroner, for det som ble oppfattet som feil takstbruk gjennom flere år.

For de som blir konfrontert med angivelig feil takstbruk er det en liten trøst: Under punkt 15 er «feilbruk» blitt akseptert, ved at det angivelig ikke blir forlangt tilbakebetaling.

Det er ved krav om tilbakebetaling ankenmuligheter til Helseklagenemda. Om de ikke tar klagen til følge, er rettsak siste mulighet for endring. Men det er sannsynligvis som med restskatt, du må betale selv om saken ikke er rettslig avklart. Spørsmål om dette kunne foredragsholderne imidlertid ikke svare på.

Så kurset var nyttig. Trygdemidler er nå et hett tema i politikken. Det skjer mye på det området for tiden. Vi har sett det i debatten om dyre medisiner. Skal man ekspandere på noen områder, må det knipes inn på andre. Økonomi er læren om begrensede ressurser.

Per Hamre

Tidende har som mål

- Å være et organ for odontologisk etterutdanning som bidrar til tannlegenes faglige vedlikehold og fornyelse
- Å bidra til odontologisk forskning og utvikling av faget
- Å bringe aktuelt stoff og nyheter fra tannhelsefeltet og områder som ligger nær dette feltet
- Å fremme debatt innenfor temaer som engasjerer tannlegene og andre som har sitt virke innenfor og tilknyttet tannhelsefeltet
- Å være medlemsblad for Den norske tannlegeforening

Lokalforeningenes kurser

Lokalforeningene kan annonsere sine kurser i Tidende i det heftet som passer best. Det koster ikke noe. Husk at Tidende har ca. én måneds produksjonstid, så vær ute i god tid. Frister og utgivelsesplan finner du på www.tannlegetidende.no.

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



HelseMail er programvaren som sørger for at det kan sendes sensitiv pasientinformasjon og annen fortrolig informasjon mellom ulike juridiske enheter på en lovlig, rask og enkel måte.

www.HelseMail.no



Arcid

www.arcid.no

Vi nærmer oss 5,3 millioner

Folketallet i Norge økte med 37 300 i 2017, og nådde 5 295 600 personer. Veksten er dermed den svakeste siden 2005.

Tallet på utenlandske statsborgere vokser med bare 8 500 i 2017, mot 21 000 året før, skriver SSB og viser til statistikken over folkevekst per 1. januar 2018. Den svake folkeveksten henger blant annet sammen med mer moderat vekst i tallet på utenlandske statsborgere, som har svingt i takt med den totale veksten i folketallet.

Flest polakker

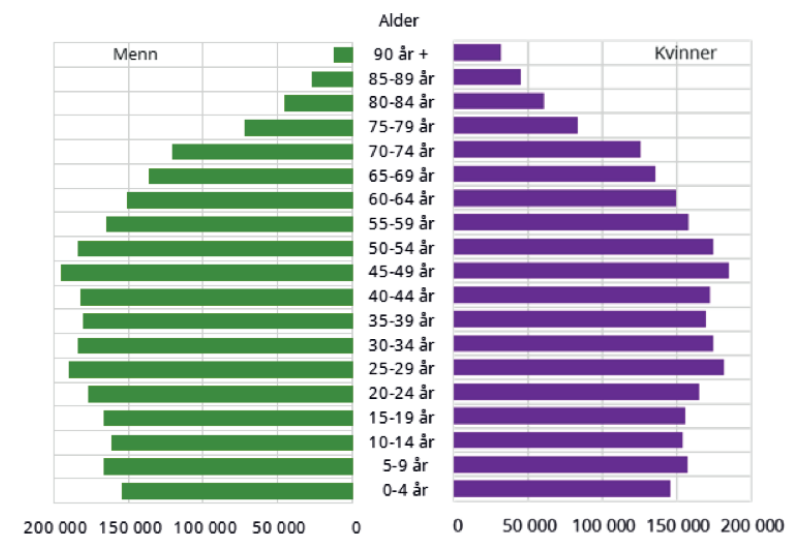
Blant de 567 800 utenlandske statsborgerne som var bosatt her i landet ved årsskiftet, var det fremdeles polakkene som var den største gruppen, med 103 800. Deretter følger svensker, litauere og syrere med henholdsvis 44 000, 43 700 og 26 000 som er bosatte i Norge.

Størst folkevekst i Akershus

Størst vekst i forhold til folketallet i 2017 hadde Akershus, Vest-Agder og Oslo.

Folketallet øker i alle fylkene i 2017, bortsett fra i Sogn og Fjordane, der folketallet var omtrent uendret fra 1. januar 2017 til 1. januar 2018.

Figur 1. Folkemengde, etter kjønn og alder. 1. januar 2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Ved årsskiftet var 61,3 prosent av de som er bosatt her i landet i aldersgruppen 20–66 år, mens 10,6 prosent var i aldersgruppen 67–79 år. De aller eldste, som var 80 år og over, utgjorde 4,2 prosent av folkemengden.

Personer under 20 år sto for 23,8 prosent av folketallet. Ser vi nærmere

på denne aldersgruppen, utgjorde barn under seks år 6,8 prosent av folketallet. De som var 6–15 år, sto for 12,0 prosent, mens 16–19-åringene utgjorde 4,9 prosent.



Kirurgiklinikken
tann · kjeve · ansiktskirurgi



Sertifisert etter
ISO 9001:2008
standarden

www.kirurgiklinikken.no

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

Kort ventetid

**Alt innen oral og
kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

Tannlege
Bent Gerner
spesialist i protetikk

Tannlege
Hauk Øyri
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
Spesialist i protetikk

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



Key learnings from the GPHP survey on periodontal health

Conducted by FDI between June and October 2017, the survey asked FDI National Dental Associations 19 questions on periodontal health relating to 1) national health policies, 2) health information systems, 3) education and workforces and 4) national prevention and promotion efforts by NDAs.

Lack of awareness



Only 50% of surveyed NDAs promoted periodontal health through annual national campaigns

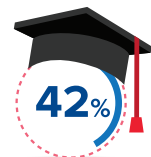
Call for recognition of periodontists worldwide



UNDERGRADUATE



CONTINUING EDUCATION



POSTGRADUATE

Only 42% of respondents reported the availability of full-time postgraduate programmes specialized in periodontics in their countries

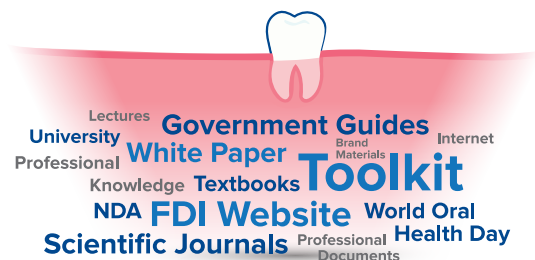
Insufficient policy enforcement

● YES ● NO



Periodontal screening is mandatory in only 50% of the countries surveyed

Need for a global set of resources



There are no common or globally accepted resources for periodontal health information



Dødsfall

Finn Lund, f. 22.01.1940, tannlegeeksamen 1969, d. 09.01.2018

Bjørn Fredrik Håkon Figenschou, f. 24.11.1934, tannlegeeksamen 1959, d. 27.01.2018

Fødselsdager

85 år

Aksel Gjersvik, Os, 27. mars

80 år

Sverre Øyulvstad, Drangedal, 7. april
Anne Lise Strøm, Storslett, 19. april

75 år

Carl A. Bjørneboe, Porsgrunn, 2. april
Friedrich Schaller, Oslo, 20. april
Bjørn Slotnæs, Moelv, 20. april

70 år

Agnar Svendsen, Ranheim, 28. mars
Ove Enger, Skien, 5. april
Tor Edm. Torbjørnsen, Ørsta, 10. april
Hans Erik Pedersen, Hafslundsøy, 15. april
Helge Hekland, Garnes, 17. april
Terje Mikkelsen, Fyllingsdalen, 17. april
Erik Skaret, Fetsund, 20. april
Bjørn Raknes, Valestrandsfossen, 21. april

60 år

Braco Karahasanovic, Leira i Valdres, 25. mars
Mona Nymoen, Skotterud, 27. mars
Terje Solheim, Trondheim, 31. mars
Per Hauge, Skien, 2. april
Harald Hjelmeland, Rosendal, 2. april
Terje Magne Hope, Lye, 2. april
Gerd Haualand, Hokksund, 3. april
Knut Ove Silseth, Billingstad, 3. april

Oddvar Braut, Bryne, 5. april
Kari Sunniva Elde, Oslo, 5. april
Erik Vik Ødegård, Gol, 8. april
Thorbjørn Berger, Spydeberg, 9. april
Jørgen Sundal, Borgen, 9. april
Kari Odland, Nesttun, 13. april
Per Abelsen, Oslo, 16. april
Wiggo Randers, Trondheim, 19. april
Jan Hildor Skøld, Aurskog, 21. april

50 år

Louis C. Høisæter, Indre Arna, 24. mars
Knut-Erik Jacobsen, Oslo, 27. mars
Monika Rikter, Oslo, 7. april
Lene Helweg-Larsen, Oslo, 8. april
Tore A. Indrevær, Sarpsborg, 11. april
Trond Arild Lie, Kjøllefjord, 16. april
Karl Martin Loga, Farsund, 22. april

40 år

Eszter Hock, Arendal, 2. april
Simen E. Kopperud, Oslo, 4. april
Ingrid Færevaaag Bøge, Rådal, 7. april
Heidi Dalåmo, Trondheim, 8. april
Lars Christian Haugeto, Reistad, 10. april
Branka Dikic, Oslo, 12. april
Bente Fjeldså Frostad, Eidsvåg i Åsane, 16. april
Jørn Espen Høili, Tromsø, 16. april
Anne Therese Omdal, Sandefjord, 18. april
Anita Helland Hines, Bergen, 24. april
Jan Roar Rønning, Ranheim, 28. april

30 år

Camilla Viktoria Dahl, Moen, 24. mars
Mathilde Kåsin Kjønnørød, Gamle Fredrikstad, 25. mars
Syeda Saroor Fatima Naqvi, Oslo, 25. mars
Åsmund Heggen, Bergen, 26. mars

Ka Yan Tang, Oslo, 27. mars
Anne Kathrine Nodeland Estrup, Kristiansand, 29. mars
Vegard Sekse Gressgård, Molde, 1. april
Cathrine Bjørnli, Ottestad, 6. april
Pernille Kate Go, Oslo, 6. april
Line Rustad Skinnarland, Helgeroa, 6. april
Christine Aanesen, Skien, 11. april
Signe Kvalsvik Rydland, Fitjar, 15. april
Lars Fredrik Ro Klouman, Kristiansand, 20. april
Borghild Oftedal Eikill, Harstad, 22. april
Sara Rutley, Trondheim, 24. april
Andrea Angel With, Røyse, 27. april
Matias Sandvik, Oslo, 29. april

Dødsfall

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

Fødselsdager

Vi ber om at de som vil reservere seg mot at runde år publiseres i personalia-spalten, 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.

Meld deg på som utstiller!

NTFs landsmøte og Nordental arrangeres på Norges Varemesse i Lillestrøm.

Her treffer du nærmere 4000 profesjonelle besøkende fra hele den private og offentlige tannhelsetjenesten.

NOR DENTAL

2018

4. – 6. oktober 2018
Norges Varemesse

Hvorfor delta på Nordental:

- øk salget, og styrk profileringen
- lanser og test ut nyheter
- plei dine kunder, og få nye kontakter
- få oversikt over konkurrentene og deres aktiviteter
- delta i det sosiale fellesskapet under landsmøtet
- vær en aktiv del av dentalbransjens viktigste møteplass

www.NTFslandsmote.no



Kompetansekurs i implantatprotetikk

Kursgivere

Kjell Størksen, sykehustannlege, Haukeland Universitetssykehus

Sigbjørn Løes, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Haukeland universitetssykehus og Universitetet i Bergen (UiB)

Harald Gjengedal, spesialist i oral protetikk, Førsteamanuensis UiB

Forelesere fra fagmiljøene i Bergen og Oslo

Representanter for HELFO og levestandører

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

Kursplan

Fire samlinger á to dager (fredag og lørdag) over fire måneder:

- Forelesninger i protetikk, kirurgi, periodonti og kjeveortopedi
- Demonstrasjon av kirurgikasus
- Kasuspresentasjoner
- Nettbaserte gruppeoppgaver
- Eget pasientkasus
- Avsluttende eksamen

Krav til deltakelse

Forutsetningen for godkjent kurs er tilstedeværelse på alle samlinger, alle dager, og aktiv deltakelse i gruppearbeidet.

I løpet av kursperioden skal deltakerne ferdigstille en pasient. Det er derfor også en forutsetning at en har klarert et pasientkasus i forkant. Det er ingen krav til kompleksitet. Protetikkbehandling skal *ikke* være utført på forhånd.

Ved stor søkning vil følgende opptakskriterier bli fulgt:

- arbeidssted i geografisk område med få operatører
- allmennpraktiker foran spesialist
- allmennpraksis i 6 år eller mer blir tillagt vekt

Målgruppe

Allmennpraktiserende tannleger

Tid

17. og 18. august 2018
28. og 29. september 2018
26. og 27. oktober 2018
16. og 17. november 2018

Kurssted

Haukeland hotell, ved Haukeland Universitetssykehus, Bergen

Kursavgift

Kr 30 000

Maks antall deltakere

30 personer

Søknadsfrist

12. april 2018

Påmelding

Søknadsskjema:

www.tannlegeforeningen.no / Kurs og utdanning/Implantatprotetikk

Skjemaet sendes på e-post til:

akes@tannlegeforeningen.no

Mer informasjon

Kontakt fagsjef Øyvind Asmyhr,

e-post: oa@tannlegeforeningen.no



**VISSTE DU AT LITT
GRØNNSAKER, FRUKT ELLER
BÆR TIL HVERT MÅLTID FORT
BLIR FEM OM DAGEN?**

De fleste av oss vet at vi bør spise
minst fem om dagen. Grønnsaker,
frukt og bær er nødvendig uansett
alder. Spiser du litt grønnsaker,
frukt eller bær til hvert måltid,
blir det enklere å nå målet.
Det skal ikke så mye til.
Med noen små grep
blir det beste du
vet litt sunnere.



SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

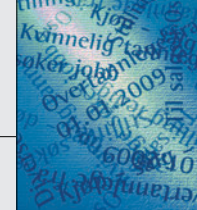
 **Helsedirektoratet**

TIDENDE

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING

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



■ STILLING LEDIG

Ledig stilling som assistenttannlege

hos «Tannlege Gunnar Heimark A/S» på Storebø i Austevoll fra 1 april 2018.

I dag jobber det to tannleger i 80 % stilling hver og en tannpleier i 40 % stilling ved klinikken.

Klinikken har 3 behandlingsrom med Sirona uniter, Opus journalsystem og Digora røntgen.

Ved pendling fra Bergen må en beregne ca. 1 time reisetid hver vei med bil og ferge fra Krokeide i Fana.

Søknad sendes til Tannlege Gunnar Heimark A/S, Prestanesveien 27, 5392 Storebø.

Mail.adr. gunnar@heimark.no.
Tlf. 93011298.

Kvalitetsbevisst tannlege

søkes til moderne, hyggelig privatpraksis. Tiltredelse snarest 2–3 dager/uke med mulighet for utvidelse. 7 behandlingsrom, OPG – www.hortentannlegesenter.no. Skriftlig søknad med CV til christinakjendlie@icloud.com

Møre og Romsdal: Sunnmøre

Assistenttannlege søkes til travel privat praksis for tre tannleger i Sykkylven. Godt utstyrt klinikk med meget bra pasient-tilgang og trivelig arbeidsmiljø. Tiltredelse snarest. Skriftlig henvendelse til maik@syktann.no

Mo i Rana

Tannlegehuset Rana AS, søker ny tannlege. Veletablert klinikk med 6 ansatte, og bra pasientgrunnlag. Daglig leder Daniel; e-post daninowzari@gmail.com, tlf. 75 13 17 88.

TANNLEGE ARENDAL

Tannlege søkes til etablert, moderne privatpraksis i Arendal fra sommer 2018. Kvalitetsbevisst, noe erfaring ønskelig. Må beherske norsk. Se vår nettside for info om klinikken www.malmbrygggentannklinikk.no

Søknad og CV sendes uebryn@gmail.com.

DYKTIG TANNLEGE SØKES TIL VIKARIAT MED MULIGHET FOR FAST STILLING

Glomma tannklinikk søker en kvalitetsbevisst, effektiv og omsorgsfull tannlege til 80–00 % stilling. Stillingen er i utgangspunktet ledig fra 15. juli 2018 til 1. mars 2019, men det er mulig med både tidligere oppstart og forlengelse/ fast stilling – for rett person.

Det er viktig at du jobber selvstendig, samtidig som du har gode samarbeidsevner. Vi legger stor vekt på at du er engasjert, faglig nysgjerrig og ønsker å bidra til klinikkens utvikling. Du må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig svært godt. Det er viktig at du har minst ett års erfaring.

Vi tilbyr en topp moderne klinikk midt i Fredrikstad sentrum. Vi har 5 behandlingsrom, OPG, mikroskop, Cerec og hyggelige kolleger. Besøk gjerne vår hjemmeside glommatannklinikk.no og vår facebookside.

Vi ser frem til å høre fra deg!

Tannleger med egen portefølje oppfordres også til å ta kontakt.

Søknadsfrist 01.04.2018

Søknad sendes på mail til:

runa@glommatannklinikk.no

Ledige stillingar i

tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

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



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelse Rogaland.no.



VI SØKER ALLMENN- TANNLEGE I 100% STILLING

Tiltredelse vår/sommer 2018

Søknadsfrist 31. mars

For utfyllende info: Tlf 37004949.

Søknad og CV sendes til:
vegard@stoatannlegesenter.no



Alero Tannhelsesenter
søker etter spesialiteter til ny og moderne
klinikk i Lillesand.

Vi har nye flotte lokaler i Lillesand
Senter, Aleris røntgen og sykehus ligger
i samme bygg.

For mer informasjon ta kontakt på med
Kjell Magnus Thorvik på telefonnummer
95997495 eller send e-post til
kjell.m.thorvik@hotmail.com

Grønland tannlegesenter
søker etter en faglig dyktige tannlege
med minimum 4 års erfaring fra variert
odontologisk praksis, norsk autorisasjon.

Send oss din CV og søknad på
e-post: miladhana@gmail.com

■ STILLING SØKES

Stilling søkes

Erfaren og ansvarlig kvinnelig tannlege,
ferdig utdannet fra UIB og med 8 med års
erfaring. Ønsker å jobbe som assistent
tannlege eller gå i fellesskap-overtagelse
i en etablert tannlegepraksis.

Ta gjerne kontakt på
tannlegepriv@gmail.com

Endodontist søker stilling

Vil du ha samarbeid med erfaren endo-
dontist på din egen klinikk?

Kompliserte endodontiske kasus, apikal
kirurgi og endodonti under narkose.
osloendo@outlook.com

Erfaren og ansvarlig

kvinnelig autorisert tannlege og ferdig
M.Phil utdannet også fra UiO. Ønsker å
jobbe som tannlege i heltid/deltids. Ta
gjerne kontakt på e-post:

sharveen1611@gmail.com

■ KJØP – SALG – LEIE

Praksis i Vik i Sogn

Veldreven praksis med god og stabil pasi-
enttilgang til salgs grunna pensjonering.

Info: tannlegefridell@sogn.no eller
905 24 337 (etter 16.00)

PRAKSIS VURDERES SOLGT

Moderne praksis i flotte lokaler ved Nati-
onalteateret i Oslo vurderes solgt, passer
best for tannlege med noen egne pasien-
ter. Ta kontakt for mer informasjon på
sentrumspraksis@gmail.com

Romerike

Ett behandlingsrom i tannklinikk på
Romerike leies ut til allmenntannlege
eller spesialist med egne pasienter.
For mer info. kontakt meg på
mara250204@gmail.com

Bergen / Laksevåg

Tannlegepraksis selges. Se også
www.tannlegeportalen.no
Henvendelse til Saga Consult AS
Tlf: 93 24 10 44 eller
e-post: post@sagaconsult.no



Østfold fylkeskommune

Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres
fortløpende på www.ostfoldfk.no

Fra stillingene legges ut er det fire
ukers søknadsfrist. Det er mulig
å abonnere på nye stillinger via
nettsiden.

Kontaktperson: Kristin Strandlund,
telefon 69 11 73 33/
95 44 71 72

NORTANN
- alltid vakre tenner
NORSMILE
- agent for Hong Kong Dental Technology



Vi tror på samarbeid med tannleger som vil ha dialog med tannteknikeren.

Send gjerne pasienten din til fargeuttak i våre representative lokaler rett ved Jernbanetorget i Oslo, Skippergata 33 (inngang vis-a-vis P-hus Clarion Hotel Royal Christiania).

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

BRUKT UNIT

Hallo,- tnl. Vita Lysyuk i Ukraina har behov for en brukbar unit. Klinikken er lokalisert i Korosten, ca. 70 km fra Tsjernobyl.

Etableringen kom i stand bl.a. med utstyr fra klinikker i Aust-Agder i 1997.

Det er tid for utskifting av unit, autoklaven er også dårlig.

Jeg bor i Arendal, telefon 93 65 19 01, mail: ragnar@kirkedam.no

- om du kan hjelpe henter jeg.

Med vennlig hilsen «OMBRUK GIR BEDRE TANNHELSE I UKRAINA»

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!



Kl. 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Buenos Aires Argentina

5-8 September 2018



A PASSION FOR MANY, A COMMITMENT FOR ALL



www.worlddentalcongress.org



Buenos Aires, Argentina

5-8 September 2018

La Rural, Predio Ferial de Buenos Aires

-  All sessions in English & Spanish
-  Unforgettable social programme
-  World renowned speakers
-  Over 15,000 participants
-  City of tango & exquisite cuisine
-  Over 300 exhibitors

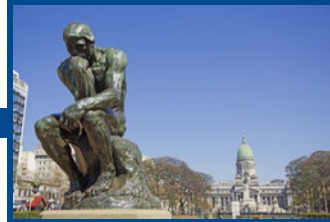
Abstract submission deadline 30 March 2018
Early bird registration deadline 1 June 2018

www.worlddentalcongress.org

ADA CERP® Continuing Educator
Recognition Program

FDI World Dental Federation is an ADA CERP Recognized Provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry. This continuing education activity has been planned and implemented in accordance with the standards of the ADA Continuing Education Recognition Program (ADA CERP) through joint efforts between FDI World Dental Federation and the Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA).

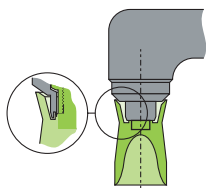
ORGANIZERS



W&H

PERFEKT HYGIENE!

UNIK TETNINGSSYSTEM "TRIPPELSEAL"



WP-64 M

Profylaksevinkelstykket WP-64M har en helt unik tetning av hodet, som sammen med Young gummikopper forhindrer urenheter/ væsker å trenge inn i vinkelstykket. Dette gir en betydelig lenger levetid på vinkelstykket.



Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic for ytterligere informasjon:

W&H Nordic, t: 32853380, e: office@whnordic.no, www.wh.com


YOUNG™

proxeo