

tannstikka

Nummer 04/2019

TEMA: ANTIBIOTIKARESISTENS

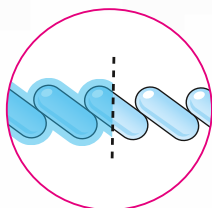
ETABLERER SIN ANDRE KLINIKK

**IFDH-KONFERANSE I
BRISBANE**

**LØNNS- OG ARBEIDSVILKÅR I
PRIVAT SEKTOR**



 Made in Sweden



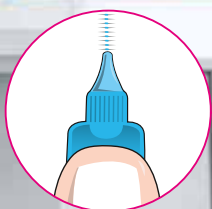
Plastovertrukket metalltråd for skånsom rengjøring mellom tenner og implantat.

98%

98% av metalltråden er overtrukket av børstestrå for skånsom og effektiv rengjøring.



Bøyelig tipp på de minste størrelsene, for enda bedre tilgjengelighet.



Ergonomisk skaft med godt grep.

Svensk kvalitet

TePes interdentalbørster er utviklet i samarbeid med ekspertise innen tannhelse, for å sikre høyeste kvalitet og funksjon. Alle produkter produseres i Malmø med energi fra fornybare ressurser.

www.tepe.com

TePe[®]

INNHold



PÅ PLAKATEN

- 6 Bokanmeldelse
- 6 Kurstilbud i NTPF
- 7 Nytt fra avdelingene
- 7 Jubilanter

TEMA: ANITBIOTIKARESISTENS

- 8 MRSA – hvordan forebygge?
- 10 Tannturisme – trussel mot folkehelsen?

FAGLIG

- 18 Annette startet to klinikker
- 22 Lønns- og arbeidsvilkår
- 24 Nordental 2019
- 26 IFDH-konferanse i Brisbane

NTPF PRESISERER

Signerte artikler i «Tannstikka» står for forfatters egen regning, og innholdet gir ikke nødvendigvis uttrykk for NTPFs offisielle syn i saken. Annonsene i «Tannstikka» er betalt og utformet av annonsøren selv, og NTPF garanterer ikke for produktet.

redaktørens spalte

ETT SKRITT AV GANGEN



Vi har bak oss en sommer hvor vi igjen har sett dramatiske hendelser som følge av en endring i klimaet. I fjor svettet vi og tørket ut, i år har plutselige, dramatiske regnskylt ført til oversvømmelser og ras som har kostet menneskeliv. Farevarslene fra Meteorologisk institutt er hyppige, også i den årstid vi normalt har forbundet med ro og idyll.

Klimaendringene, som kommer fortere enn de fleste av oss hadde regnet med, skaper frykt, men også engasjement, både blant unge og eldre. Og kanskje er det håp? Evnen til å tilpasse seg, og selv ta kontrollen over sitt miljø og sin skjebne, har vært menneskenes nøkkel til suksess siden våre forfedre dukket opp, noen millioner år bakover i evolusjonsprosessen. I dag har vi akkumulert kunnskap, forskning og tilgang til enorme datakrefter som utøker vår hjernekapasitet og gjør at det kan være mulig å ha tro på fremtiden, dystre spådommer til tross. Noe som fascinerer meg, er at det bare tok vel 50 år fra brødrene Wright fikk det første flyet opp i lufta og til vi landet på månen! Kanskje vi kan få til en tilsvarende revolusjon, med positivt fortegn, i løpet av de neste 50?

Vi vet alle at vi selv vil måtte bidra til endringer. Det kan virke som en stor og ulystbetont oppgave, men en annen ting som fascinerer meg, er hvor lett det er å få til endringer i folks adferd, ved at man tar små skritt av gangen, gjør enkelte ting litt mer utilgjengelige, etablerer nye vaner, legger til rette for de løsninger man ønsker og utøver et mildt sosialt press. Ikke ved å påføre noen «skam», men ved eksemplets makt. Det har egentlig tatt veldig kort til å lære folk til å sortere søppel og bruke mindre plast, kjøpe mindre klær og kaste mindre mat. Små grep når Amazonas brenner, mener mange, men likevel viktige, både fordi det bevisstgjør oss og faktisk også sparer ressurser. Ett skritt av gangen fører oss likevel til målet.

Vilje til å innse endringer og innrette seg etter dem, fremfor å tviholde på det gamle, er viktig på mange områder. Også i Helse-Norge bør man etterstrebe nye løsninger tilpasset fremtiden, fremfor å holde på det som var. Hvilke tjenester trenger vi, hvilken standard skal vi ha på klinikker og sykehus? Hvor skal de ligge? Helsepolitikkerne, både lokalt og nasjonalt, har mange store oppgaver i årene som kommer. Forhåpentligvis har de også et realistisk syn på tannhelsetjenesten, på de største behovene og de viktigste oppgavene. Det kan være vanskelig å ta beslutninger når interessene står mot hverandre, og det kan være vanskelig å ta inn over seg at behovene er radikalt endret i løpet av de siste tjue år.

Dermed må man fortsette å levere premissene og fakta. Bit for bit. Og med ett skritt av gangen kommer man gjerne i mål til slutt.

Ha en god høst!

Behov for tannhelsepersonell

Sommarferie med late eller aktive feriedagar med reise, bading, sykling eller turar i skog og fjell, er over. Fine haustdagar utvidar kjensla av sommar og arbeidsdagen er tilbake for dei fleste av oss. Mange nyutdanna tannpleiarar er jobbsøkjande, medan andre har fått jobb i offentlig eller privat tannhelseteneste. Her møter dei kollegar, tannpleiarar og tannlegar som gode rollemodellar for tannhelsetenesta, og dei nyutdanna tannpleiarane er fulle av forventning om kva yrket har å by på.

Tannpleieryrket er framtidsretta, fundamentert i helsefremming og førebyggjande arbeid. Eit området som er meir etterspurt i helsetenesta enn tidlegare, men satsing på fagfeltet må gjentakast overfor arbeidsgivarar, politikarar og myndigheiter. Vi veit at der er unytt

potensiale i pasienten sin eigen innsats overfor ivaretaking av munnhelsa. Kvifor er det så vanskeleg å leggja større vekt på å utvikla dette potensialet i tenesta? Barn og unge får regelmessig innkalling til undersøking, og vi som tannhelsepersonell har den unike moglegheita å kommunisera direkte med pasienten. Der er politiske parti som ser verdien av dette systemet, og ønskjer at helsesykepleier skal gje tilsvarende tilbod. Tid til møtet med pasienten må aldri undervurderast. I samband med regelmessig tannhelsekontroll, må arbeidsgivar sikra at det vert sett av tid til pasientveiledning. Det er akkurat her vi i tannhelsetenesta har stort fortrinn, samanlikna med andre helsetenester. Det potensiale må vi nytta. Å gje pasienten «empowerment» gjer folk auka kontroll over eigen helse. Prosess er tid, difor treng vi tid til kommunikasjon for å nå målet om god munnhelse. Som tannpleiarar med helsefremming og førebygging som grunnleggjande i utdanninga, har vi også eit eige ansvar i å fremma dette synspunktet overfor arbeidsgivar eller å avsetja tilstrekkeleg tid i eigen, private klinikk.

Nye studentar har starta på bachelor i tannpleie. Tannpleiaryrket inneheld mange aspekt og evne til å kombinera teori med praktisk handlag, og det er viktig å ha evne til å vera lyttande overfor individ i alle møte. Denne kombinasjonen av yrkesutøving har folk behov for. Samfunnet har behov for eit langt større antal tannpleiarar

enn det som blir utdanna i dag, når ein tar utgangspunkt i status i munnhelsa hos folket. Ulike analysar stadfestar det framtidige behov. Dei aller flest vaksne under 45-50 år har avgrensa behov for tannlegebehandling. Eldre og pleie-trengjande pasientar har behov for godt dagleg munnstell, mange pasientar med funksjonsavgrensing eller psykiatriske pasientar, ruspasientar og andre, har behov for tidleg innsats for å redusera behov for behandling. Vidare spør dei unge etter undersøking, veiledning, puss og rens, fordi munnhelsa er god. Dette er pasientgrupper med tannpleiarfaglege behov, og dei etterspør oppgåver som bør utførast av tannpleiar. At tannlegen brukar bortimot 40 % av si tid til tannpleiarfaglege oppgåver, er rett og slett dårleg samfunnsøkonomi. Spørsmålet om ressursbehov i dag og framover må få ein sterkare prioritet blant politikarane.



Med venleg helsing
Hilde Aga



Røykeslutt er vanskelig ...

... men med kombinasjonsbehandling fra Nicotinell øker man sjansen for å slutte å røyke! Anbefal kombinasjonsbehandling med 24-timers plaster og sugetabletter til dine pasienter og hjelp de på veien til et røykfritt liv og bedre tannhelse.



NICOTINELL KOMBINASJONSBEHANDLING

Nicotinell

PÅ PLAKATEN

Smått og stort om tannpleiere og samfunnet rundt

STRAMT TUNGEBÅND

Tungebåndet løper fra munnulvet og fester på undersiden av tungen. Stramt tungebånd (ankyloglossi) kan gi vansker med suging, spising, tale, mestring av spytt og vansker med å rengjøre munnen (Lalakea & Messner, 2003; Jamilian et al., 2014). Et stramt tungebånd er unormalt kort, fortykket og festet høyt oppe på tungen. Det er ikke så viktig hvordan tungebåndet ser ut, men heller hvordan bevegeligheten er. Derfor måles lengden av fri tungespiss. Det vil si avstanden fra feste til tungespiss. Mer enn 16 mm betegnes som klinisk akseptabelt og mindre enn 7 mm er indikasjon på behov for korrigerende (Kotlow, 1999). Ved vurdering må en tenke på at forholdet mellom tunge og gane skal passe sammen hos den enkelte. Undersøkelsen bør alltid omfatte beskrivelse av munnhulen, tungebåndet og måling av fri tungespiss. TAKO-senteret har i de siste årene fått mange henvendelser om talevansker som kan skyldes stramt tungebånd. Vi har hatt barn i barnehage- og skolealderen til undersøkelse og holdt flere forelesninger i emnet for logoped, tannleger og ØNH-leger. Les mer på tako.no under Aktuelt.

VELLYKKET MED TANNIMPLANTATER

Tannimplantater hos personer med diagnosen osteogenesis imperfecta (OI) har nesten samme varighet som hos friske personer. Dette kommer fram i en studie som tannlege, dr. odont. Maung Myint ved TAKO-senteret har gjort om implantater hos personer med OI. Denne studien er den første studien som rapporterer langvarig oppfølging av en gruppe individer med OI. Resultatene fra den 6-årige oppfølgingsstudien viser at tannimplantater hos personer med diagnosen OI, har nesten samme varighet som hos friske personer. I tillegg viser studien at de som fikk implantat var svært tilfreds med dette. Les mer om studien under Aktuelt på tako.no.

Sjekk tannpleier.no for kurs!

Husk å sjekke jevnlig hvilke kurstilbud som finnes for tannpleiere – både i regi av lokalavdelingene og i regi av NTpF sentralt. Kanskje arrangeres det et kurs om et emne akkurat du har bruk for å lære mer om? Se <http://medlemssiden.tannpleier.no/kurs/>

BOKANMELDelse: ODONTOLOGISK PSYKOLOGI

«Odontologisk psykologi» – Tiril Willumsen, Lena Myran og Jostein P. Å. Lein (red)
Gyldendal forlag 2018.

Forfatterne har skrevet en bok som bidrar med kunnskap i et område som tidligere ikke har hatt noe særskilt fokus. Boka bidrar med svar på spørsmål som:

Hvordan kan man møte pasienter som har angst for tannbehandling?

Hva kan man gjøre hvis man vil hjelpe et barn med autisme eller psykisk utviklingshemming til å kunne gjennomføre tannbehandling?

Hva er applied tension og hvorfor kan det hjelpe pasienter som er plaget med besvimelse før, under eller etter tannbehandling?

Hva er teoriene bak atferdsendring?

Hva er en personlighetsforstyrrelse og hvordan påvirker det tannbehandling?

Hva bør man gjøre dersom man har en pasient i stolen som er suicidal?

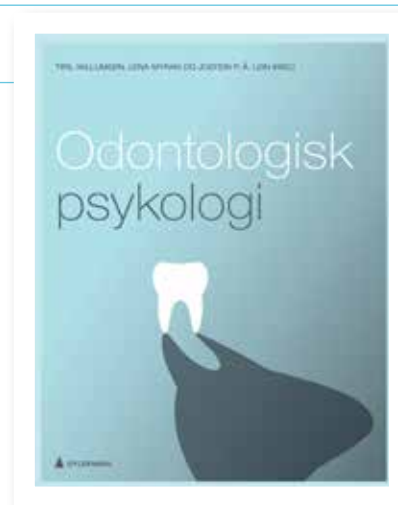
Fører moralisering til atferdsendring?

Har du lyst til å bli bedre til å samhandle, kommunisere og bygge relasjoner i pasient-

behandling? Da bør du lese boka Odontologisk psykologi. Boken har tre redaktører innen feltet odontologi og psykologi og er skrevet av fagpersoner. Ved å lese denne boka vil man få økt innsikt i hvordan man forholder seg til hele mennesket, og ikke bare munnhulen. Den kan også føre til økt refleksjon rundt egen praksis og øke behandlerens profesjonalitet.

Boken har en myk innbinding og relativt god papirkvalitet. Språket i boken er bra, teksten er nokså liten og boken er tettskrevet. Den er oversiktlig bygd opp med læringsmål i starten av kapitlene. Hvert kapittel kan leses for seg med referanser til de andre kapitlene. Viktige begreper er skrevet i kursiv og alle kapitlene har en oppsummering. Det er brukt modeller, samt flere gode illustrasjoner. Kapitlene avsluttes med referanser.

Jeg synes redaktørene og forfatterne på en god måte har klart å gjøre boken interessant for tannpleierne. De tar opp mange spørsmål og problemstillinger man møter i hverdagen som tannpleier og de kommer med praktiske



råd. De praktiske rådene man får, sammen med pasientens stemme, opplever jeg som bokens store verdi. At boken har stor faglig tyngde øker leseverdien. Jeg savner kun et kapittel om kulturelle forskjeller innen odontologisk psykologi.

Boken anbefales alle kolleger i tannpleierfeltet.

Anmeldt av Monica Håland

TANNLEGEVAKTEN I OSLO FLYTTER

19. august flytter tannlegevakten i Oslo til ny adresse: Kjølberggata 31. Tannlegevakten tilbyr gratis hjelp ved akutt behov hvis du er:

- mellom 0 og 18 år
- mellom 19-20 år får du tannbehandling til redusert pris, og betaler 25 % av offentlige takster
- psykisk utviklingshemmede
- ukentlig bruker av hjemmesykepleie eller har bodd på en institusjon i minst tre måneder sammenhengende
- bruker av LAR/MAR
- er inkludert i TOO



BÅTTUR I OSLO

Seks medlemmer fra Lokalforeningen i Oslo og Akershus har vært på et sosialt arrangement som Delta inviterer til hvert år. Det er Delta sin båttur gjennom Oslofjorden, arrangert i slutten av august. Det ble servert reker og kyllingsalat samt noe å drikke, og i godt selskap og i vakre omgivelser på en fin sommerkveld kunne man ikke ønske seg noe mer!



Bildet er av tannpleier Margrethe Larsen, som sto på stand for NTpF.

NTpF PÅ ARENDALSUKA

Da Arendalsuka i år sammenfalt med møtet i den internasjonale tannpleierforeningen, var foreningen i mindre grad en vanlig representert på den tradisjonelle, politiske møteplassen mellom politikere og organisasjoner i sørlandsbyen. Men helt usynlige var ikke tannpleierne. NTpF avd aust-Agder tok ansvar, og sørget for at NTpF var representert noen timer i nært samarbeid med Delta. De fleste yrkesorganisasjonene i Delta deltar på Arendalsuka, og flere hadde frokostseminar med politisk deltakelse. Helsefagarbeiderne hadde blant annet satt underernæring hos eldre på dagordenen, og inviterte til et debattmøte omkring dette. Munn og tannhelse er en sentral del av denne problemstillingen, og debatten samlet god oppslutning.

ANESTESIKURS I VESTFOLD

Avdeling Vestfold har i høst satt anesthesi på programmet, og innbød til kurs tidlig i høst. Kursholder var kjevekirurg, lege og tannlege Bjørn Hansen, og det var både teoretisk gjennomgang og praktiske øvelser i å sette anestesi. Vi kommer tilbake med mer fra kurset senere.



WORKSHOP I ARENDAL

Norsk Tannpleierforening avdeling Aust-Agder avviklet nylig en vellykket

workshop med periospesialist Mette Hofstad. Fire tannpleiere deltok på workshopen. Spesialisten introduserte kasus på to pasienter som ble behandlet like etterpå. Hun fortalte kort om diagnosen, prognosen og behandlingsplan. Samtidig tok hun opp en sjelden medisinsk tilstand, cemento osseous dysplasi, og gav oss en innføring i hvordan vi skal kunne gjenkjenne den. En veldig nyttig workshop hvor vi fikk mye god læring!

JUBILANTER

40 år

Anne Grethe L. Aasland, Snåsa
Camilla Rosenlund, Rådal
Eline Kronstad Wathle, Klepppestø
Camilla Kjetså, Kristiansand

50 år

Martha Nødtvedt Sandven, Øystese
Gunn Marit Nilsen, Tana

60 år

Gerd Petra Rødseth, Fosnavåg
Sofronia Kontou Kvebæk, Lillestrøm



METICILLINRESISTENTE GULE STAFYLOKOKKER (MRSA)

Forekomsten av infeksjoner med meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) har økt betydelig i de fleste land de senere årene, men det registreres en tendens til avflatning av hyppighet i noen land.

Disse infeksjonene opptrer særlig på sykehus, og de fører til økt sykkelighet, økte kostnader og høyere dødelighet. MRSA sprer seg nå i økende grad også i primærhelsetjenesten (1-2).

HVA ER STAFYLOKOKKER?

Stafylokokker er en fellesbetegnelse for en gruppe bakterier som normalt finnes på huden til mennesker. *Staphylococcus aureus*, gule stafylokokker, er en av hovedgruppene av stafylokokker. Bakterien er harmløs og ufarlig og bidrar til å holde farligere bakterier borte. Men dersom hudens barriere blir brutt, for eksempel ved sår, skader eller sykdom i huden, kan disse ufarlige overflatebakteriene trenge inn i kroppen og spres lokalt under huden, eller med blodet til andre deler av kroppen. De vanlige stafylokokkene var opprinnelig enkle å behandle med penicillin. Men tidlig etter at penicillinet ble oppdaget, greide noen av bakteriene å forandre seg slik at de ikke lot seg drepe av penicillin. Dette førte til utvikling av meticillin, som er et spesial-penicillin beregnet for motstandsdyktige stafylokokker.

Men det samme skjedde på ny, det tok ikke lang tid før det utviklet seg bakteriestammer som også var motstandsdyktig (resistent) mot meticillin. Det er dette som kalles **MRSA** - *Meticillin Resistent Staphylococcus Aureus*.

I de fleste land i Europa og i USA og Japan utgjør infeksjoner med MRSA i dag 30-60% av alle *S. aureus*-infeksjoner. I Nederland og de nordiske landene er imidlertid forekomsten

fortsatt lav, vanligvis under 1%, og det er et uttalt ønske i disse landene å holde forekomsten på et slikt lavt nivå.

I 2015 ble det til det norske meldesystemet for infeksjonssykdommer (MSIS) meldt totalt 2237 tilfeller av MRSA. 367 var smittet i helsetjenesten i Norge, 789 var smittet utenfor helsetjenesten i Norge og 1081 ble smittet i utlandet.

ANTIBIOTIKA OG RESISTENS

Antibiotika er samlenavnet på de medikamentene vi bruker i kampen mot bakterier. Et antibiotikum kan drepe bakterier, eller det kan svekke dem så mye at kroppen selv klarer å kvitte seg med bakteriene.

Bakterier kan utvikle nye egenskaper ved at genene forandres på en slik måte at de blir motstandsdyktige mot enkelte typer antibiotika. Bakteriene har da utviklet resistens, og behandling med det aktuelle antibiotikum vil ikke ha den tilsikta effekten.

MRSA SYKDOMMER

Dersom en person har MRSA-bakterier på huden, vil dette i de aller fleste tilfeller ikke føre til sykdom eller problemer. En frisk person med påvist MRSA kalles en bærer av MRSA. Men når denne typen bakterier kommer over på huden til personer med sår eller skader, eller hos personer med svekket

immunapparat, kan bakteriene trenge gjennom huden og inn i kroppen og forårsake alvorlige infeksjoner. Dette kan føre til sårinfeksjoner, bylledannelse eller blodforgiftning med muligheter for spredning til alle kroppens organer. Dette kan fort bli livstruende sykdommer blandt annet fordi de vanlige antibiotika ikke hjelper.

Det finnes fortsatt effektive medisiner. Men det er som regel nødvendig å gi antibiotika intravenøst (direkte i blodet), og behandlingen er krevende og kostbar. Dersom det oppdages en MRSA-infeksjon hos en pasient i en sykehusavdeling, medfører dette isolasjon av pasienten og strenge smitteiltak. Som regel må også alt personell ved avdelingen testes og eventuelt behandles.

HVA GJØRES FOR Å REDUSERE MRSA-FAREN?

I 2009 kom nye nasjonale retningslinjer for håndtering av MRSA3. Her er det spesifisert hvilke pasientgrupper som skal testes i forbindelse med sykehusopphold. Det gjelder blandt annet alle som har vært innlagt i sykehus utenfor Norden. Og pleiepersonale som har vært innlagt eller hatt jobber i helsevesen utenfor Norden, må testes før de får lov til å gå på jobb. Det er også klare retningslinjer for håndteringen av dette problemet i sykehus, sykehjem og i kommunehelsetjenesten.

Det er enighet i fagmiljøet om at det viktigste tiltaket for å holde andelen av MRSA-infeksjoner så lav som mulig i en befolkning, er å bruke antibiotika på riktig måte. Det vil si at antibiotika skal brukes ved behandlingstrengende bakterieinfeksjoner, men ikke ved virus-infeksjoner. I en del andre land brukes antibiotika ukritisk ved enhver febertilstand, og høy forekomst av MRSA er en del av prisen for det.

Denne artikkelen er først publisert på Norsk Helseinformatikk's hjemmesider.

Opalescence™
tooth whitening systems



MY SMILE IS
Charming

#MYSMILEISPOWERFUL



Ecem, fra Tyskland — en spesialist på markedsføring og kokk hjemme — smiler når hun begir seg ut på nye eventyr på steder hvor hun ikke har vært før. Bleking med Opalescence™ PF til bruk hjemme i komfortable, individuelt tilpassede skinner med 10 % eller 16 % karbamidperoksid, gir henne fleksible brukstider, slik at hun kan opprettholde sitt strålende smil på en måte som passer til hennes livsstil. Den klebende, viskøse gelsammensetningen med 20 % vanninnhold gir mindre dehydrering og sensibilitet. Et strålende smil gjør det lett for henne å finne venner når hun er ute og reiser. That's the power of a smile. Finn ut mer om kosmetisk bleking av tenner på opalescence.com/no.



TANNMEDISINSK TURISME – KONSEKVENSER FOR FOLKEHELSEN?

Globalisering av helsetjenester gir pasienter muligheter til å velge hvor de ønsker å bli behandlet. Dette muliggjør helsetjenester som koster mindre enn i hjemlandet, 50 %, ja helt opp til 80 % kan fremkomme for livsviktige inngrep som kreftbehandling og hjerteoperasjoner. Dette kan også kombineres med ferier, og får da betegnelsen medisinsk turisme. Inkludert er også tannhelsetjenester.

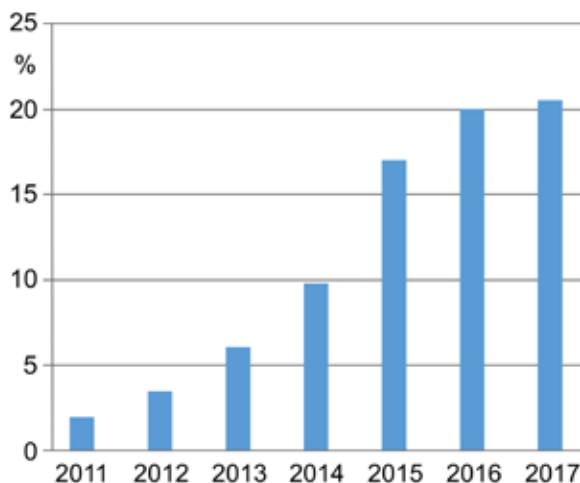
Av professor Ørjan Olsvik og professor Bodil Kristina Lund
Artikkelen er først publisert i Norsk Tannlegeforenings Tidende 2018. Gjengis med tillatelse.

Her inngår implantater, behandling av orale infeksjoner, kosmetisk odontologi med mere. Men er dette uten konsekvenser? Først og fremst er det viktig at odontologiske turister ikke fortrenger lokale pasienter med sin større kjøpekraft, deretter at de odontologiske tjenestene er av samme kvalitet som i hjemlandet. Ettersom antibiotikaresistente bakterier i større og større grad utvikles i land med høyt antibiotikaforbruk, er import av slike bakterier en trussel for vår mulighet til å behandle infeksjoner. Pasienter og helsearbeidere som kommer til Norden fra sykehus i resten av verden med høyt antibiotikaforbruk, er i flere tiår blitt kontrollert for bærerskap av spesielt farlige resistente bakterier. Det er viktig at også odontologiske pasienter er klar over risikoen ved å la seg behandle i land hvor det finnes svært farlige multiresistente bakterier, og at nasjonene i Norden har en felles politikk for å forhindre slik import.

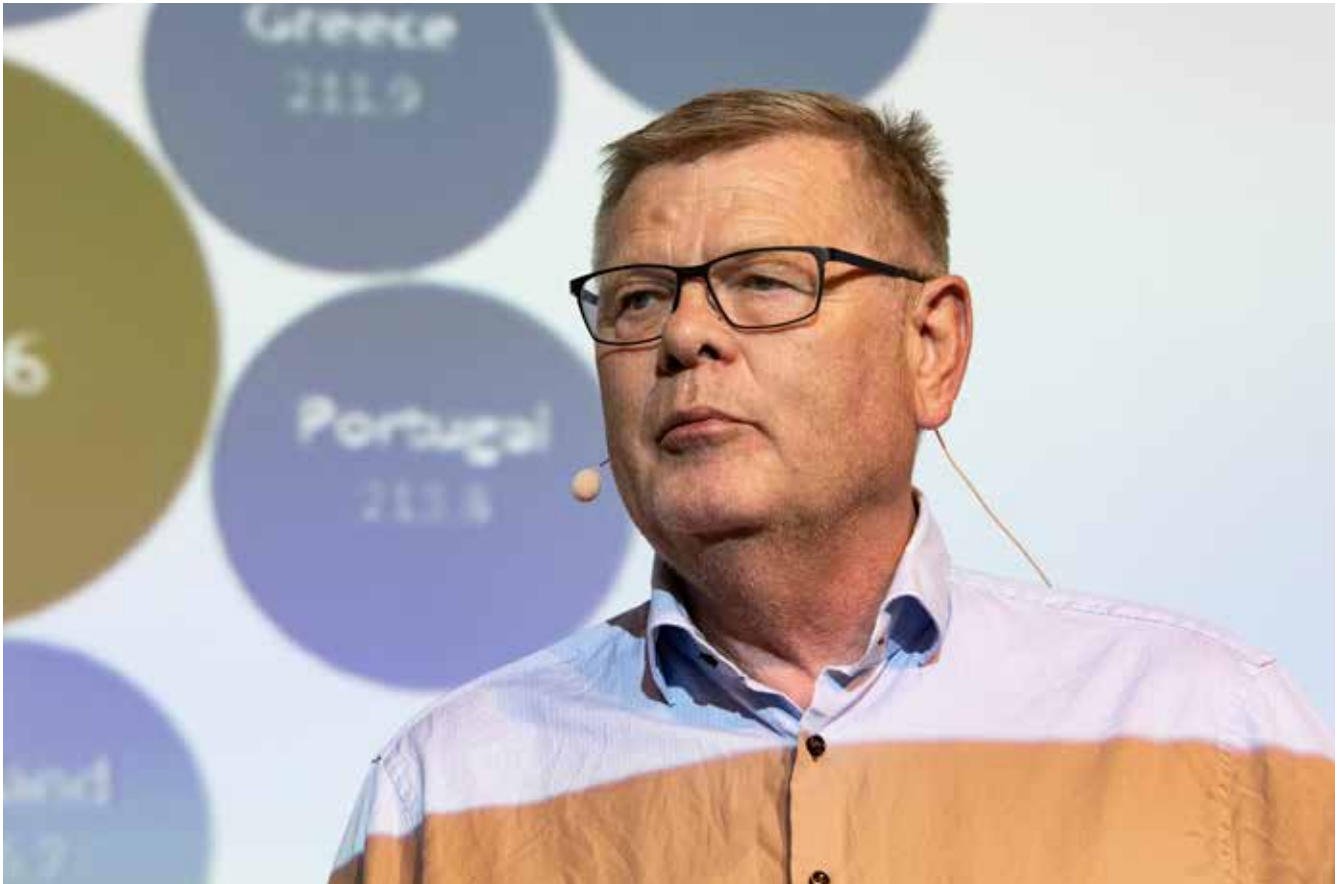
Globalisering av helsetjenester, også kalt «medisinsk turisme», har økt

dramatisk i omfang de siste 10 årene (1). Det finnes i dag flere større bedrifter som kun er spesialister i å identifisere spesifikke billige helsetjenester rundt om i hele verden. Den totale verdi av medisinsk turisme er beregnet til ca. 700 milliarder NOK i 2017 med en kalkulert årlig vekst på mellom 25-35 % (2). De fem mest foretrukne land å reise til er Thailand, Ungarn, India, Singapore og Malaysia. Over 70 % av dem som reiser til Singapore og Malaysia kommer fra

land i Sørøst-Asia, mens amerikanere er dominerende i Thailand og India. Ungarn domineres av EU-borgere som ønsker odontologisk behandling (3,4). Det er ikke til å unngå at medisinsk turisme skaper økonomiske, kulturelle, etiske, legale og rent medisinske problemstillinger som ikke bare angår den enkelte pasient, men kan ramme pasienter i hjemlandet gjennom import av smittsomme og muligens ikke-kurerbare sykdommer (5,6).



Figur 1. Beløp (i NOK) utbetalt til tannhelserefusjoner innen EU i henhold til EØS avtalen (fra referanse 10).



Ørjan Olsvik foreleste over samme tema på NTpFs fagkonferanse i Tromsø i mai. Foto: Anne L. Buvik.

ODONTOLOGISK TURISME

Odontologi er et fagområde innen begrepet medisin, og er det oppstått et stort marked for odontologisk turisme; pasienter som reiser til et annet land for å få utført billigere odontologisk behandling, gjerne i forbindelse med feriedager (7). I USA er det reise med ferie og tannbehandling i byer langs grensen inne i Mexico som dominerer. Noen reiser til Costa Rica eller De vestindiske øyer hvor feriefaktoren er høyere. Hele 500.000 amerikanere får årlig utført tannhelsearbeider utenlands.

I Asia er byene Bangkok og Phuket i Thailand anerkjent for billig kvalitetsodontologi med internasjonalt utdannede

tannleger og der behandlingen kombineres med tropisk ferie (3,7).

I Europa er det Ungarn og Polen som er dominerende innen odontologisk turisme. Feriefaktoren er mindre enn i tropiske områder, men prisnivået er særs gunstig sammenlignet med de fleste EU-land (4,8). Faktisk er Ungarn med sin internasjonale odontologiske industri verdens nest største i total medisinsk turisme-sammenheng, og naturligvis størst innen odontologisk turisme (8).

Vi har hatt den oppfatning at pasientene oftest blir veiledet til bestemte klinikker av såkalte «Medical Tourism Agencies», men kun 10 % av de odontologiske turismepasientene kommer

FORFATTERE

Ørjan Olsvik, professor i medisinsk mikrobiologi. Det helsevitenskapelige fakultet, Norges arktiske universitet – UiT, Tromsø og seniorkonsulent ved Forsvarets sanitet, Oslo

Bodil Kristina Lund, professor i oral kirurgi og oral medisin, overtannlege. Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Haukeland universitetssjukehus, Bergen og Institutionen för odontologi, Karolinska Institutet, Stockholm



Ungarn og Budapest er spesielt populære mål for «tannurister» fra Europa, også fra Norge. Foto: Anne L. Buvik.

gjennom disse. Internettsøk er oppgitt som viktig for 42 % av pasientene, og hele 73 % oppgir at de er blitt anbefalt klinikken av gode venner (8).

I Mosonmagyaróvár, en by med ca. 32.000 innbyggere nær grensen til Østerrike, er det over 160 tannklinikker. Pasientene kommer i stor grad over grensen, og på Østerrikes side av grensen er nesten alle tannklinikker lagt ned (9).

De fleste odontologiske turistene som kommer til Ungarn er fra England (30 %), deretter følger Irland (20 %), Frankrike og Østerrike (15 %), og nordiske land (10 %). Når klinikkene registrerer pasientenes opprinnelsesland, kommer Tyskland og Østerrike på topp med hele 50–45 %, deretter kommer Irland og England med 21 %. Polen var Ungarns største konkur-

rent i det europeiske odontologiske turistmarkedet, men Ungarn blir mere og mere populært blant pasienter fra EU/EØS land (8).

Hvilke odontologiske tjenester får de medisinske turistene utført i Ungarn? Data fra 2010 viser at 62 % fikk en eller annen form for kronearbeider, 54 % fikk implantater og 46 % større broarbeider. Hele 31 % av pasientene hadde vært odontologiske turister tidligere (8).

HVORFOR UNGARN?

Prisene på alt fra rutinemessig kariesbehandling til implantatkirurgi er meget lave sammenlignet med for eksempel England og Norden. Det kan koste fra 30 til 70 % mindre å få behandlingen utført i Ungarn, og dette er sannsynligvis den viktigste

drivkraften til de utenlandske pasientene. Kvaliteten på tannlegenes utdanning er ivaretatt av EUs godkjenninger, og ca. 25 % av tannlegene som årlig utdannes ved de fire odontologiske fakultetene i Ungarn har hatt engelsk eller tysk undervisningsspråk. De fleste klinikkene har ISO- eller annen europeisk eller amerikansk kvalitetsgodkjenning. Tannlegetettheten var i 2009 48 tannleger per 100.000 innbyggere. Dette er betydelig lavere enn de nordiske land hvor det i samme år var fra 81 til 87 tannleger per 100 000 innbyggere (8).

Ungarske tannlegers statistikk fra internasjonale pasienter tilsier at 86 % av disse kommer grunnet lave priser, 35 % oppgir god kvalitet på tannlegearbeidene, 27 % muligheten til å kombinere behandling med ferie og 27 % at en unngår ventelis-

G·U·M[®]
Access**FLOSS**

Selgs på



En **tantråd** som passer perfekt til **broer, kroner, implantat & ortodonti**

GUM[®] AccessFloss er en tantråd med **innebygget tantrådfører** som gjør det **enkelt å rengjøre under og rundt kroner, broer, implantater og i større interdental mellomrom**.

Tråden **ekspanderer og tilpasser seg** ulike interdental mellomrom og har en **spesialdesignet forpakning** som gjør det enkelt å kutte tråden i riktige lengder.



Apotek
varenummer:
850777



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

HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.[®]



ter. Pasientstatistikk tilsier at 96 % er tilfredse, og 84 % meget tilfreds med behandlingsresultatet (8). At prisen på flyreiser i Europa har falt betydelig de siste 20 årene og at opphold og feriefasiliteter er godt organisert, er nok også en viktig konkurransefaktor til fordel for Ungarn.

DEN NORSKE STAT FINANSIERER

I henhold til EØS-avtalen er det fri fly av helsetjenester mellom EU og EØS-land som Norge. Alle pasienter kan i prinsippet ta den behandlingen de ønsker der de ønsker det, hvis de selv betaler for dette. For behandling som staten betaler etter et oppsatt regelverk, sier EØS at Norge skal refundere dem som utfører arbeidet med det samme beløp som dette hadde kostet i Norge (10). En tannklinikk i Norge med nødvendig kompetanse og som er godkjent av Helfo som refusjonsmottaker kan sende refusjonskrav i henhold til fastsatte norske regler og honorarer. Imidlertid kan den norske klinikken sende pasienten til sin egen eller samarbeidende ungarske klinikk som utfører arbeidet til meget lav kostnad. Fortjenesten ligger igjen i den norske klinikken som da mottar refusjon fra Helfo til full norsk fastsatt pris. Det er Helfo som administrerer dette i Norge. Utgiftene til tannbehandling i utlandet, betalt av Helfo, har økt fra to millioner kroner i 2011 til over 20 millioner i 2017 (10).

For EU-landene Sverige, Danmark og

HOVEDBUDSKAP

- *Såkalt medisinsk turisme, det vil si å kombinere utvalgt behandling utenlands med ferie, øker kraftig.*
- *Medisinsk turisme kan skape såvel kulturelle, økonomiske, etiske, legale som medisinske problemer gjennom import av smittsomme sykdommer til hjemlandet.*
- *Pasienter som velger å søke behandling utenlands bør være innforstått med at det kan medføre en økt risiko for å bli infisert av antibiotikaresistente bakterier.*

Finland er reglene noe forskjellige, statsborgere fra disse landene kan få refusjon for utgifter til utført tannbehandling hos både privat og offentlig tannhelseklinikk i andre EU-land. Men refusjonen beløper seg kun til det maksimale beløp behandlingen hadde vært refusjonsberettiget til i hjemlandet.

ER ODONTOLOGISK TURISME PROBLEMATISK?

Medisinske turister som betaler en noe høyere pris enn nasjonale pasienter, vil kunne tvinge lokale pasienter ut av køene, eller presse prisene opp for tannhelsearbeid. Kun en overkapasitet i landet som mottar odontologiske turister kan etisk forsvare denne praksisen. Ettersom tall viser ca. 50 % lavere tannlegetetthet i for eksempel Ungarn sammenlignet med de nordiske land er det høyst tvilsomt at en overkapasitet skulle forefinnes (8). At odontologiske turistpasienter gir valutainntekter til mottakerlandet er et økonomisk argument i kontrast til den medisinsketiske problematikken; den lokale pasients tilgang til odontologiske tjenester i sitt eget land til en fornuftig pris. Når det ikke er høyere priser for odontologiske turister vil denne valutainntekten være begrenset så lenge ikke tannhelsetjenesten er overetablert.

De aller fleste tannturister i Ungarn er godt fornøyd med det arbeidet som er utført straks etter behandlingen (8), situasjonen blir en annen om det oppstår komplikasjoner etter hjemkomst. Pasienten må nemlig tilbake til den tannlegen som har utført arbeidet. I Norge er pasientene dekket av Pasientskadeerstatningen som ivaretar deres interesser; pasienten mister alle slike rettigheter når behandlingen er utført i utlandet (12). Det samme gjelder i Sverige. Relasjonen pasient - tannlege med journaler, sykehistorie, personlig kjennskap etc. kan gå tapt med behandling i utlandet. Mange norske tannleger ønsker ikke å overta en odontologisk behandling fra utlandet som har gått feil. Dette gjelder også bru-

ken av materialer som tannlegen i Norge ikke er kjent eller komfortabel med. Det er eksempler på norske pasienter som har måtte dekke egne tannhelseutgifter til 250.000 kroner etter hjemkomst fra feilslått behandling i utlandet (13, 14).

FÅR TANNTURISTENE ALVORLIGE INFEKSJONSSYKDOMMER?

Odontologisk behandling innebærer som oftest spredning av kroppsvæsker som spytt og blod, og disse kan naturligvis inneholde smittsomme og sykdomsfremkallende bakterier og virus. Men med god hygiene og korrekt varmesterilisering av utstyr, vil smitte mellom pasienter være så å si utelukket. Klinikker som er akkreditert og sertifisert av anerkjente organisasjoner vil være av samme kvalitet som nordiske tannhelseklinikker.

Men dårlig hygiene kan være svært risikabelt for pasientene. W. Scott Harringtons klinikker i Tusla, Oklahoma ble i 2013 stengt etter at myndighetene oppdaget manglende sterilisering av utstyr mellom pasienter, og generell dårlig hygiene. Store medieoppslag viste at av 4 208 pasienter var 96 bærere av hepatitt C virus (HCV), 5 smittet med hepatitt B virus og 4 med HIV. Det ble dokumentert at minst en pasient var blodsmittet med HCV i klinikken (15).

Tannlege David Acer i Jensen Beach i Florida ble smittet med HIV ved sex en gang rundt 1985. Totalt ble 6 av hans pasienter smittet med HIV av samme virustype som Acer. Det ble først antatt at han hadde smittet sine pasienter bevisst, men i ettertid har det vist seg at elendig hygiene i klinikken kan være en hel eller medvirkende årsak (16).

Antibiotikaresistente bakterier spres både ved aerosoler og gjennom direkte fysisk og indirekte kontakt. Det bør derfor påpekes at det er en betydelig utfordring for institusjonene å forebygge spredning av sykdomsfremkallende virus og antibiotikaresistente bakterier.

Staten Arizona i USA grenser mot Mexico og det er etablert en mengde tann-

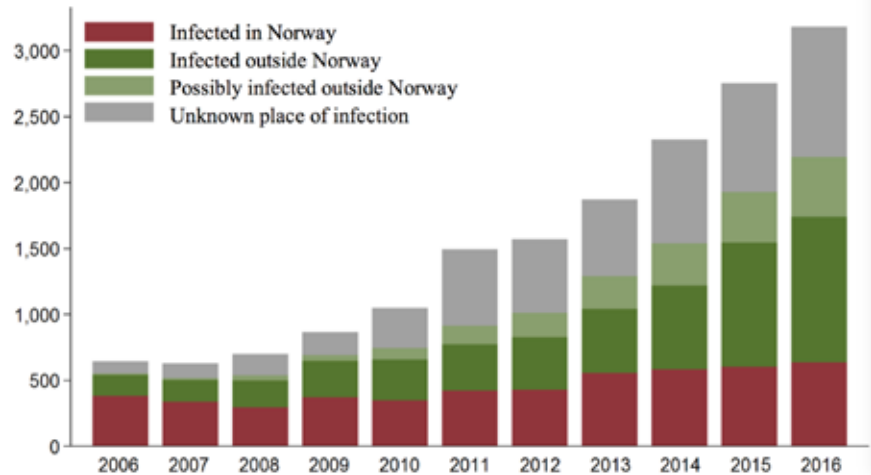
klinikker i enkelte byer på den mexicanske siden av grensen fordi prisene er betydelig lavere enn i USA. De som har private tannhelseforsikringer kan gjerne utføre behandlingen i Mexico, da forsikringsselskapene tjener på dette (17). Pasienter som returnerer har ingen røntgenbilder eller journaler med seg, men den amerikanske tannlegeforeningen har i en prinsipputtalelse sagt at «amerikanske tannleger er etisk korrekte og vil behandle alle pasienter». Men i Arizona laget et av de største forsikringsselskapene og tannlegene en informasjonskampanje «Trouble in Paradise: The untold story of Dental Tourism» «Why, the brochure asked, would you seek dental care in a country where you are afraid to drink the water?» Kampanjen ble naturlig nok dårlig mottatt hos mexicanske tannleger og senere trukket tilbake (17).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA har utgitt hygienråd for medisinske og tannmedisinske turister med informasjon for den som planlegger å gjennomgå behandling i utlandet (18) (tabell 1).

ANTIBIOTIKARESISTENTE BAKTERIER FØLGER MED HJEM

Medisinsk turisme er nå godt dokumentert som en viktig årsak til at antibiotikaresistente bakterier spres fra land hvor antibiotika kan kjøpes uten resept og hvor resistensutviklingen er ute av kontroll, til land med god hygiene og som har en moderat resistensutvikling grunnet meget restriktiv antibiotikabruk (19).

Norge innførte allerede i 1996 et pålagt kontrollsystem hvor alle pasienter som hadde vært innlagt på sykehus utenfor Norden skulle obligatorisk testes for bærerskap av methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), før de kunne arbeide eller innlegges på norsk sykehus. Like regler gjelder i Sverige, Danmark og Finland. Dette kontrollsystemet gjaldt også for helsearbeidere som hadde arbeidet med pasienter utenfor Norden. Disse tiltakene er viktige for å redusere spredningen av MRSA, selv om



Figur 2. Økning i antall MRSA-positive pasienter i Norge 2006 - 2016 fordelt på de som er smittet i Norge, smittet utenfor Norge, samt mulig smittet i Norge og de med ukjent smittested (gjengitt fra referanse 20).

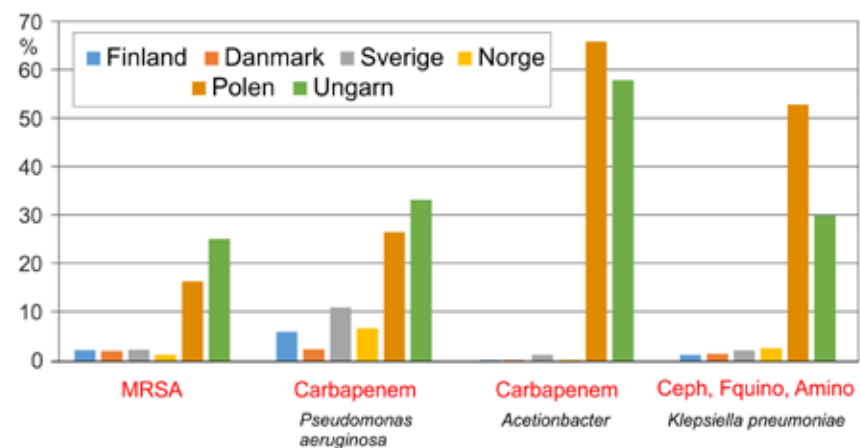
dette ikke helt er stoppet. Norge har hatt god erfaring med et slikt kontroll-regime i over 20 år, men har dessverre allikevel fått en del utenlandsimport av MRSA (20) (figur 2).

En bestemt variant av MRSA, som går under navnet «Bengal Bay Clone», ble funnet hos hele 145 individer i norske sykehus i perioden 2004–2014. Over 70 % av bærere av Bengal Bay var av indisk opprinnelse, og besøk i hjemlandet med mulig kontakt med lokalt helsevesen syntes igjen å være assosiert med MRSA bærerskap (21). Lignende studier viser økt bærerskap av resistente bakterier i

avføringsprøver tatt før og etter ferier og opphold i asiatiske land (22).

I Danmark kunne man gjennom det nasjonale overvåkningssystemet for antibiotikaresistens påvise at en MRSA-smittet tannlege overførte MRSA til hele 10 personer, mange av disse var også hans pasienter (23). En britisk tannlege som var blitt smittet med MRSA på et sykehus under et MRSA utbrudd, smittet bakterien videre til to forskjellige pasienter. Han brukte ikke hansker i sitt arbeid som tannlege (24).

Overvåkningsstatistikk fra Sverige viser at det er størst risiko for infeksjon



Figur 3. Andel (i %) av kliniske isolat som er resistente ved helseinstitusjoner i nordiske land, Ungarn og Polen (fra referanse 35, 26).

og bærerskap av den alvorligste typen av antibiotikaresistens, ESBLcarba, ved opphold på sykehus utenfor Norden. Siden screeningen begynte i 2012 har andelen av ESBLcarba-smitte fra utlandet vært mellom 68 og 86 %. De fleste tilfellene har vært fra sykehusopphold i Tyrkia, Egypt, India, Irak og Serbia (25, 26).

En undersøkelse av MRSA Seattle i 2011 viste at hele 21 % av tannlegestudentene ved University of Washington (UAW) Dental School var bærere av MRSA og bakterien fantes også på 8,4 % av overflater på stoler og gulv ved 4 av 7 universitetsklinikker. Hos en normal populasjon kan en finne 1–2 % som er bærere av MRSA. Det er ikke kjent hva som er årsaken til de høye MRSA-tallene fra Seattle (27).

HVOR GALT KAN DET GÅ?

Ved Universitetssjukhuset Örebro i Sverige kom det i januar 2008 inn en pasient med en infeksjon som ikke hadde respondert på behandling med karbapenemer, den siste skanse av innen penicilliner, og andre betalactam-antibiotika. Bakterien fra Örebro var noe spesiell. Den kunne produsere et enzym som kunne ødelegge alle kjente varianter av betalactam-antibiotika, også alle karbapenemer. Enzymet har fått navnet New Delhi Metallobetalaktamase nr. 1, eller NDM-1 (28). Genet som koder for produksjon av dette enzymet kan flytte seg mellom bakterier av forskjellig art, og kan derfor hindre effektiv behandling av flere forskjellige infeksjonssykdommer. Bakterien er også funnet hos pasienter både andre steder i Europa, USA, Canada og andre land i Asia med infeksjoner som var vanskelig å behandle siden bakteriene hadde fått NDM-1 genet (29–31).

Det skremmende var at alle disse første pasientene hadde vært i New Dehli-området for billig medisinsk behandling; de var såkalte «medisinske turister» som hadde bragt med seg hjem absolutt uønskede antibiotika resistente bakterier (28). Vi har funnet karbapenem-resistente bakterier hos pasienter i Norge,

Sverige, Danmark og Finland, de er i all hovedsak smittet i utlandet. Antallet er stadig økende, og NMD-1 varianten smitter nå videre til pasienter som ikke har vært ute og reist (20, 32–34).

HVA MÅ GJØRES?

Nordiske strategier for antibiotikabruk og antibiotikaresistens har hittil vært vellykkede både i husdyrhold og i helsevesenet. Faren for økende resistensproblemer er imidlertid til stede ved import av resistente bakterier fra andre land (32–34). Vi vet lite om tannhelseturister bringer med seg MRSA og andre farligere resistente bakterier fra utlandet, da tannhelsepasienter ikke har vært inkludert i pålagte kontroller. Dette selv om det blir brukt forholdsvis mye profylaktisk antibiotika spesielt ved innsetting av implantater utført i utlandet. Det er grunn til bekymring å registrere at EUs rutinemålinger viser en forekomst av MRSA ved helseinstitusjoner i Ungarn som er 10–20 ganger høyere enn i de nordiske land (35,26) (figur 3).

Men i et kommende forslag til ny norsk forskrift om smittevern i institusjoner, vil tannhelseklinikker bli inkludert og delvis likestilt med operasjonsstuer i sykehus. De samme reglene vil gjelde for obligatorisk kontroll av odontologiske helseturister som for pasienter fra internasjonale sykehus utenom Norden. Det er ønskelig med et felles nordisk rammeverk for å opprettholde et forsvar mot antibiotikaresistens fra land med en antibiotika-praksis som har resultert i store resistensproblemer.

Vi må også kunne sette spørsmålsteget ved at EU-/EØS-avtaler gir muligheter for statlig støtte til å reise til lavkostland med høy forekomst av multiresistente bakterier for tannbehandling når det finnes nødvendig kapasitet og kompetanse innen Norden. Kostnadene ved å måtte bekjempe disse importerte antibiotika-resistente bakteriene kan bli store, både i kroner og i tapt liv og helse.

Alle artikkelens referanser finnes på <https://www.tannlegetidende.no/i/2018/11/d1e880>

GODE HYGIENERÅD TIL MEDISINSKE/ TANNMEDISINSKE TURISTER UTGITT AV CENTERS OF DISEASES CONTROL AND PREVENTION (CDC), USA.

Spør din nye utenlandske lege/ tannlege:

- Bruker du nye hansker for hver pasient?
- Bruker du autoklav eller tørrsterilisator for å sterilisere instrumentene mellom hver pasient?
- Steriliserer du borrene dine mellom hver pasient, eller bare desinfiserer du?
- Bruker du nye nåler for hver pasient?
- Er det sterilt eller kokt vann som brukes ved kirurgiske ingrep?
- Er det ikke-sterilt vann i skyllevannet?

Observer

- Er kontoret rent og ryddigt?
- Vasker de ansatte hendene med såpe mellom hver pasient?
- Brukes hansker for alle operasjoner?
- Vasker og desinfiserer de, eller brukes det engangskluter på alle overflater som kan være forurenset?

NOEN FORKORTELSER SOM BRUKES I BESKRIVELSE AV ANTIBIOTIKARESISTENS

MRSA

- Er forkortelse for "methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*".
- Beskriver stammer av *Staphylococcus aureus* som er resistente mot penicillinpreparater.

ESBL

- Er forkortelse av "extendend spectrum betalactamases".
- Er betegnelsen på en gruppe enzymer som enkelte tarmbakterier kan produsere.
- Disse enzymene kan bryte ned de fleste batalaktamantibiotika unntatt karbapenemer.

ESBLcarba

- ESBL-enzymmer kan også bryte ned karbapenemer som ofte er det eneste tilgjengelige behandlingsalternativ ved infeksjoner med bakterier som produserer ESBL.



SPØR OSS OM TANNBLEKING

I SNART 30 ÅR HAR VI MARKEDSFØRT OG HOLDT KURS OM BLEKEBEHANDLING I NORGE



WHITE DENTAL BEAUTY NOVON 6 %

HEMMEUGHETEN BAK ET VAKKERT SMIL!

NOVON gjør at materialet akselererer og gir en blekebehandling som er trygg, effektiv og skånsom mot tennene. 16 % brukes i skinne kun 1 time daglig.

Benytt sjansen til selv å prøve våre blekematerialer.

8 x 1,2 ml White Dental Beauty i lekker gavepose, kr 200,- (verdi kr 599,-).



OPALESCENCE TANNKREM

Opalescence tannkrem fjerner fargepigmenter fra tennene sammen med bakterier og plakk, og det blir ingen riper der nye bakterier og misfarginger får feste.

Benytt sjansen til selv å prøve vår tannkrem.

Gavepose med 3 store tannkrem
kr 200,- (verdi kr 582,-)



OPALESCENCE 10 %

**Benytt sjansen til selv å prøve
Opalescence 10 %.**

Kjøp en Opalescence 100 ml tannkrem
og få med gratis 4 x 1,2 ml Opalescence
blekemiddel og 1 x Opalescence GO ok/uk.

Kr 200,-, (verdi kr 522,-).

VELKOMMEN TIL STAND B01-10

Norsk Orthoform  ETABL. 1930
www.norskorthoform.no
www.bleking.no
Depot as



Annette Seim Karlsen
bak skranken på sin
nyeste klinikk på
Fagerstrand – navnet
ble «Fagertann»...



BEDRIFTSEIER MED TO KLINIKKER

Annette Seim Karlsen (30) er trolig Norges yngste tannpleier med egen klinikk – faktisk ikke bare én, men to klinikker er det blitt – Fagertann startet opp i august, mens Dentix har vært i drift i to år, begge på Nesodden. Det ligger hardt arbeid og stor personlig innsats bak etableringene.

Tekst og foto: Anne L. Buvik

Vi møter Annette en formiddag sent i august like utenfor Fagerstrand sentrum på Nesodden. Lokalene, som ligger i et gammelt næringsbygg, er nyrenovert, lyse og innbydende, og siste hånd legges på verket mens vi er på besøk. En god hjelper maler utenfor inngangen, og samtalen kan ikke begynne før Annette har tatt imot en telefon og fått forsikret seg om at den siste delen til uniten er på vei.

– Jeg skulle egentlig hatt de første pasientene denne uka, men måtte forskyve litt mens vi venter på den siste delen. Da er den forhåpentligvis her i morgen, sukker Annette lettet, før vi setter oss ned og snakker om tannpleierkarrieren og klinikketableringene.

Annette Seim Karlsen begynte på tannpleierutdanningen i Oslo rett fra

videregående skole. Hun har alltid vært interessert i tannhelse, og drømmen fra hun var ganske liten, var å bli tannlege.

– Men det drømmer jeg ikke lenger om, jeg stortrives med tannpleierfaget, forsikrer hun. Hun jobbet allerede i studietiden, fra andre år, én dag i uken på en tannklinikk i Vika i Oslo. Inne imellom jobbet hun også på farens trykkeri, noe hun mener har vært nyttig når det gjelder å kunne jobbe praktisk ved etableringen av klinikkene.

PRAKTISK ANLAGT

– Jeg har alltid vært praktisk anlagt, kan snekre, male og andre ting. På trykkeriet handlet det også om å kunne finne praktiske løsninger. I tillegg har jeg plukket opp kunnskap om det å etablere og drive egen bedrift både fra min far og andre i familien, som også har drevet egne foretak. Så jeg hadde en ide om hva som



skulle til, hevder Annette, som imidlertid først jobbet noen år som selvstendig næringsdrivende tannpleier ved andres klinikker.

– Jeg jobbet noen dager i uka på klinikken i Vika, og etter hvert også på en klinikk på Veitvet. Tannlegen der, Arman Akbarije, jobbet alene, så jeg var både tannhelsesekretær, tannpleier og kontorleder! Han er en veldig varm og inkluderende person som jeg lærte mye av, og jeg fikk selvsagt veldig bra innsikt i hva som skulle til for å drive en klinikk. Og han har heiet på meg hele veien, forteller Annette.

Hun jobbet etter hvert hundre prosent

GODE RÅD OM DU VIL STARTE KLINIKK

Annette Seim Karlsen har følgende erfaringer hun vil dele med andre tannpleiere:

- Planlegg veldig godt på forhånd.
- Gjør mest mulig selv, men hold deg til det du kan. Kan du ikke regnskap og bokføring, la noen andre ta seg av det.
- Vær våken for gode kjøp – besøk messer, følg med på nettet, sett deg inn i hva du trenger. Sett deg grundig inn i avtalen om du vil lease utstyr.
- Skal du utvide, pass på at det skjer på riktig tidspunkt og grip mulighetene når de byr seg.
- Når du skal leie lokaler, pass på å få best mulig avtaler, som f.eks. langtidsleie mot at huseier tar oppussingen. Ha så lite areal som mulig, og sats på fellesfunksjoner med andre bedrifter i bygget. Ha også klausuler om at det ikke skal flere tannbehandlere inn i samme bygg. Man kan skaffe seg mange fordeler om man er nøye med å forhandle og være føre var.
- Arbeidsmiljøet er viktig, både for deg selv og for pasientenes trivsel. De som jobber på en klinikk, spesielt en liten med små lokaler, må ha god kjemi seg imellom.
- Du må yte service – det krever mer når du starter fra bunnen av enn når du jobber ved en stor, etablert klinikk. Ta feil og tabber på egen kappe, selv om det kanskje ikke er riktig.
- Alle kunder har verdi. Er de fornøyde, har du dem kanskje i mange tiår.
- Du må være forberedt på å jobbe mye og hardt.

på Veitvet, men da hun og mannen bestemte seg for å flytte tilbake til Nesodden, hvor hun opprinnelig kommer fra, ble det en umulighet å pendle til Veitvet. Tanken på egen klinikk hadde vært der en stund, nå modnet den.

GRAVID OG KLINIKKEIER

– Jeg var interessert i dette bygget hvor vi nå er, men lokalene var ikke ledige på det tidspunktet. Så fant jeg et ledig lokale på Flaskebekk, på nordvestsiden av Nesodden. Det passet godt. Jeg var gravid på det tidspunktet, og tre dager etter at jeg hadde tatt keisersnitt, overtok jeg lokalene på Flaskebekk, smiler Annette, og kan forsikre om at det ikke ble noen rolig barselperiode.

Da sønnen var fire måneder, åpnet hun Dentix-klinikken og jobbet tre kvelder i uka. Etter et år hadde hun opparbeidet nok klienter til en hundre prosents stilling som tannpleier.

– Opprinnelig tenkte jeg at dette bare skulle være en tannpleier-klinikk, men jeg så etter hvert at samarbeid med en tannlege var nødvendig. Så da fikk jeg inn en tannlege, først én, så to, nære bekjente av meg, så jeg visste vi kunne samarbeide godt. Vi jobber i team, slik at det er to behandlere for hver pasient. Det tror jeg er nokså unikt. Og nylig har jeg også ansatt lillesøsteren min som tannhelsesekretær, hun er egentlig utdannet sykepleier, så bedriften vokser, konstaterer Annette stolt.

Etter hvert har tannlegene fått kjøpe seg inn i bedriften med 40 prosent. De eier også samme andel av den nye klinikken på Fagerstrand.

KLINIKK NUMMER TO

– De midlene jeg fikk inn der, ble brukt til å etablere klinikken på Fagerstrand, da det ble ledige lokaler i bygget jeg opprinnelig hadde ønsket å drive i. Så nå er i vi i gang med klinikk nummer to. Det har vært veldig mye arbeid. Jeg tror nok jeg har jobbet 200 prosent de siste månedene. Hver eneste kveld de siste tre måneder



Planlegg godt og vær våken for gode kjøp og avtaler, sier Annette Seim Karlsen, her i det nye behandlingsrommet på Fagerstrand. I den første klinikken kjøpte hun uniten brukt.

har vært brukt til å snekre, male, legge gulv og montere. Lokalene er bygget opp nesten fra grunnen av – alt er nytt. For min del har det praktiske arbeidet og det å lede og drive frem prosjektet gjort at jeg i liten grad hatt tid til å behandle pasienter. Men det ordner seg etter hvert, forsikrer Annette.

I tillegg til det praktiske arbeidet med de to klinikkene, har hun også jobbet målrettet med markedsføring i flere ulike kanaler. Det var spesielt viktig i starten, da hun startet klinikken på Flaskebekk.

– Nå har vi fulle lister på Flaskebekk, så vi har tatt det litt roligere med markedsføringen her på Fagerstrand. Men jeg kan allerede si at vi har fått en god mottakelse, og hadde 50 kunder på liste før vi åpnet. Det gir oss en komfortabel, men behagelig start, konstaterer hun.

VEKKER INTERESSE

– Det er åpenbart et marked for tannpleiertjenester på Nesodden?

– Ja, selv om folk flest ennå er mer vant til å tenke på tannleger som førstevalg når det gjelder tannhelsetjenester. Men vi annonserte blant annet med spesialkompetanse i periodontitt, og det skapte interesse. Noe jeg synes er en fordel med

å åpne en helt ny klinikk, er at man ser pasientene på en annen måte – for første gang - slik at man kan få et mer helhetlig inntrykk av deres behov. Det er ikke som når man «overtar» en pasient på en etablert klinikk. Her ser man dem med nye øyne, påpeker Annette.

Hun kan fortelle at bedriftene hennes – de to klinikkene er nå organiserte som to AS – har blitt svært godt mottatt på Nesodden, også av kommunen.

– Jeg ble også innbudt til et møte med Nesodden næringsråd, som ville høre om mine erfaringer og hvordan jeg fikk suksess såpass raskt. Det er selvfølgelig veldig moro å bli sett og verdsatt, sier Annette, utvilsomt en anelse stolt. Og med god grunn.

– Ja, hva er hemmeligheten?

– Hardt arbeid, tro på prosjektet, helt nødvendig støtte fra mann og familie for øvrig – og selvsagt noe flaks også. Da jeg hadde bestemt meg for å starte på Flaskebekk, kom jeg over en annonse fra en klinikk som skulle legges ned, og som skulle selge alt sitt utstyr – ikke bare uttenene, men også alt annet inventar. Jeg hev meg på telefonen, og klarte å forhandle meg til en bra pris. Så kastet vi oss rundt, dro av gårde med tre varebiler, og plasserte alt sammen på det som skulle bli barnerommet hjemme i påvente av at lokalene skulle bli klare. Ellers var det ikke enkelt å overtale banken til å satse på en 27 år gammel tannpleier som ville starte for seg selv. Vi brukte huset som sikkerhet. Det var tøft og ganske skummelt, men det er herlig å konstatere at vi har fått det til, sier hun fornøyd.

VISSTE INGENTING

– Var det andre ting som var vanskelig?

– Jeg visste egentlig ingenting om hva jeg kunne, og hva jeg ikke kunne gjøre når jeg ville starte klinikk. Trengte jeg tillatelse? Hva slags krav ble stilt? Skulle noen varsles? Var det krav til lokaliteter? Hvordan skulle man finansiere? Jeg hadde få å henvende meg til, men hadde en del kontakt med Norsk Tannpleier-



Opp med dørene: I august åpnet Annette Seim Karlsen klinikk nummer to på litt under to år.

forening, og hadde også noen samtaler med Svanhild Botnen, som har klinikk i Larvik. Og etter hvert fikk jeg svar på spørsmålene, sier hun.

I løpet av samtalen kommer det tydelig frem hvor mye dette har kostet, først og fremst av tid og arbeid. Annette Seim Karlsen er åpenbart ikke redd for å stå på, og legge ned timer. Det er ikke noe bedagelig liv.

– Men jeg tenker som så: Man må regne med å legge ned veldig mye tid og veldig mye arbeid de ti første årene. Men har man først etablert en god klinikk,

har man en fin arbeidsplass i flere tiår etterpå. Så det er dit jeg sikter. Jeg må også si at jeg brenner for de små, privateide klinikkene. Vi ser at stadig flere klinikker blir kjøpt opp av kjeder, som deretter kan dirigere vilkårene for både tannleger og tannpleiere. Det kan bety både dårligere arbeidsvilkår og mindre selvstendighet. Derfor håper jeg at de små klinikkene kan bestå, og håper å gi mitt bidrag gjennom Dentix og Fager-tann, avslutter Annette Seim Karlsen – tannpleier og klinikkeier.

Resyme frå Norsk Tannpleierforening si undersøking av løns- og arbeidsforhold i privat sektor

Ved spesialrådgivar Eiving Haanes og Hilde Aga

OM UNDERSØKINGA:

Undersøkinga vart sendt ut til 407 medlemmer og svarprosenten er på 43%.

Av dei som svara, var:

65 prosent tilsette

33 prosent sjølvstendig næringsdrivande

2 prosent er klinikkeigarar

TILSETTE I PRIVAT SEKTOR

8 av 10 tilsette i privat sektor har ein stillingsstørrelse på 80 prosent eller meir. Dei fleste (8 av 10) har fastløn. 51% har månadsløn mellom kr 40-60 000,- og 4 % tener over 60 000,- og 45 % tener under kr 40 000,-

SJØLVSTENDIG NÆRINGSDRIVANDE

- Stillingsstørrelse. Det er relativt få (3 av 10) som har heil stilling, men dei fleste har ein stillingsstørrelse på 80 prosent eller meir. Det er berre 20 prosent som har mindre enn 50 prosent stilling. Det er 40 prosent som har ei inntening mellom kr 40. 000 og 60 000,- i månaden, medan 29% hadde inntening over kr 60 000,-.
- Driftsutgifter: Svara viste at det er låge driftsutgifter hos tannpleiarar som er sjølvstendig næringsdrivande.
- Forteneste: Dei fleste hadde fordelingsprosent 50% : 50% tannlege : tannpleiar. 18% hadde fordeling 60% til tannlege. Ca 20% får mindre enn 50 %.
- Konsultasjonar: 73% har 5-9 konsultasjonar pr dag. 25% har meir enn 10 konsultasjonar pr dag.
- Arbeidsoppgåver: 88% ryddar behandlingsrommet sjølv, og nesten halvparten organiserar timeboka sjølv.

KLINIKKEIGARAR

Klinikkeigarar: Fire er klinikkeigarar, og av dei er det kunn ein klinikk som ikkje har tann-

helsesekretær. Alle klinikkane har tannlege tilknytta klinikken.

TANNPLEIERFORENINGA SI VURDERING AV NYTTEN AV UNDERSØKINGA

Undersøkinga gir informasjon omkring tannpleiarar i privat sektor som tilsette eller som sjølvstendig næringsdrivande. Mange av desse svara, kan nyttast ved spørsmål til tannpleierforeninga frå tannpleiarar i privat sektor når det gjeld kva fordelingsprosent, inntening/løn, arbeidsoppgåver med meir. Takk, tannpleiarar som deltok i undersøkinga, og takk til spesialrådgjevar i Delta Eivind Haanes for arbeidet med å leggja til rette for og utsending av spørjeundersøkinga.

TILBAKEMELDING TIL KOMMENTARAR FRÅ RESPONDENTANE

I samband med spørjeundersøkinga, var det anledning til å koma med kommentarar. Det er fint for NTpF å ha anledning til å gje ei generell tilbakemelding til tannpleiarar i privat praksis med utgangspunkt i kommentarar som er gitt.

Tannpleiarane i privat sektor jobbar med ulike tilsettingsforhold. Det gjer det utfordrande å laga eit oppsett for undersøkinga som passar alle kategoriar. Likevel meiner NTpF at undersøkinga gir dei i privat sektor retning i forhold til kva som er mest vanleg når det gjeld til løn- og arbeidsforhold.

Tariff privat sektor: Fleire nemner «betre tariffsats» i privat sektor. I privat sektor er Tannlegeforeningen ingen arbeidsgivarorganisasjon og difor ingen forhandlingspart når det gjeld tariff. Difor er det ingen tariffavtale i privat sektor. NTpF har kommunisert saka med NTF, og ser at medlemmene er betre tent med den veiledande avtalen som Delta/NTpF utarbeider, enn ein evt. mønsteravtale med NTF. Den tilsette i privat sektor må altså argumentera sjølv for løn- og arbeidsforhold, og

den veiledande avtala er et godt utgangspunkt, saman med resultat frå denne undersøkinga.

Timeløn: Enkelte jobbar på timeløn. I flg. Delta så kjem de oftast betre ut økonomisk ved fast løn. Fast løn gir meir ryddige forhold når det gjeld fridagar, avspasering, overtid.

Jobb som tannhelsesekretær: Tannpleiarar er autorisert på sitt fagfelt og skal jobba som tannpleiarar. NTpF er kjent med at enkelte likevel jobbar som tannhelsesekretær. Må de jobba som tannhelsesekretær, er det viktig at de forhandlar dykk fram til løn som tannpleier, sjølv om arbeidsgivar vel «å bruka» den tilsette til det som passar best. Det er så klart ein stor fordel for arbeidsgivar å nytta tannpleieren til arbeid som er mest aktuelt. Det skal ikkje de tapa på når det gjeld lønsfastsetting.

Løn offentlig sektor: Løn i offentlig sektor er delt inn i stillingsgrupper baser på lik lengde utdanning. I KS-området er for eksempel lønssstigen lik for yrkesgrupper med bachelorutdanning. Løn er sentral tema for Delta og YS ved kvart oppgjer. I år fekk for eksempel dei med høgare utdanning, tannpleiarane, god lønsutvikling.

Kontrakt: Ver sikker på at du har forstått konsekvensar av det som står, før du skriv under kontrakten. Er du i tvil, ta kontakt med Delta-Direkte 02125. Tannpleierforeninga har også utarbeida mal for sjølvstendig næringsdrivande for samarbeidsavtale mellom tannpleier og samarbeidande tannlege. Det er enkelte som har nemnt sikkerheit ved å starta som sjølvstendig næringsdrivande. Det er viktig å ha tenkt gjennom det før du startar opp, og sikra deg ein kontrakt som tar i vare dine løns- og arbeidsforhold.

Blant klinikkeigarane har ein kommentert etablering av eigen klinikk i 2018. Arbeidet har gått bra, og vedkomande reknar med ca. tre år på å opparbeida kundekrets.

sjon. Det er bare 4 prosent som kun har provisjon.

Stor variasjon i kvalitet på kommunale helse- og omsorgstjenester

Bruk av bredspektret (mindre målrettet) antibiotika går ned, og bruk av smalspektret (mer spesifikk/målrettet) antibiotika går opp. Dette er i tråd med helsemyndighetenes ambisjoner om å bremse utviklingen av antibiotikaresistente bakterier. Det er svært stor variasjon mellom norske kommuner i hvordan pasienter som er innlagt på sykehjem følges opp.



- Tallene viser at man beveger seg i riktig retning, men det er alt for stor variasjon i kvaliteten på tjenestetilbudene i de kommunale sykehjemmene landet over, sier helsedirektør Bjørn Guldvog. Foto: Helsedirektoratet.

Dette er noen av funnene Nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenesten (NKI), som Helsedirektoratet publiserte i sommer.

FOR STOR VARIASJON

NKI består per i dag av 175 ulike indikatorer som viser kvalitet på ulike helse- og omsorgstjenester på både statlig og kommunalt nivå. Publiseringen 20. juni inneholder oppdaterte tall på 27 kvalitetsindikatorer, de fleste fra kommunalt tjenestenivå.

- Det er et generelt trekk i tallene at vi ser for stor variasjon og ulikhet i kvalitet på

de kommunale tjenestetilbudene. Alle innbyggere har samme krav på helse og omsorgstjeneste uansett hvor de bor i landet. Helsemyndighetene og kommunene må se nærmere på hva ulikhetene skyldes og gjøre noe med det, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

ANTIBIOTIKABRUK I RIKTIG RETNING

På landsbasis i 2018 ble det skrevet ut 323 resepter for antibiotika per 1000 innbyggere. Til sammenligning var antall utskrevne resepter for antibiotika 395 i 2014. Troms hadde lavest antall utskrevne resepter per 1000 innbyggere med 274 i 2018. Østfold hadde høyest antall utskrevne resepter per 1000 innbyggere med 370.

På landsbasis i 2018 var 49,6 prosent av resepter med luftveisantibiotika til personer mellom 10 og 79 år, resepter for fenoksymetylpenicillin, et smalspekter antibiotikum. I 2017 var andelen på 48,9 prosent. Troms og Finnmark hadde lavest andel fenoksymetylpenicillin av alle resepter med luftveisantibiotika med henholdsvis 43,6 og 43,7 prosent.

I 2018 var 6,2 prosent av alle resepter med urinveisantibiotika på landsbasis til kvinner fluorokinoloner, et bredspektret antibiotikum. Finnmark og Troms hadde lavest andel fluorokinoloner av alle resepter for urinveisantibiotika med 4,9 prosent.

- Den viktigste kampen mot antibiotikaresistente bakterier er å være restriktiv i foreskrivning, og at den antibiotikaen som foreskrives er mest mulig målrettet i forhold til problemet den skal løse. Dette

er et viktig mål og en langsiktig satsing fra helsemyndighetene. Tallene viser at norsk helsepersonell følger opp på en god måte, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

STOR VARIASJON PÅ SYKEHJEM

I 2018 var andelen eldre (67 år eller eldre) beboere på langtidsopphold på institusjon som har fått legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder på 54,4 prosent for landet som helhet. I 2017 var andelen 49,4 prosent. Oslo hadde høyest andel i 2018 med 88 prosent. Troms hadde lavest andel i 2018 med 33,9 prosent.

Andel beboere på sykehjem som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder var 46,1 prosent på landsbasis i 2018. I 2017 var andelen 43,1 prosent. Oslo hadde høyest andel med 79,9 prosent. Finnmark hadde lavest andel med 28,8 prosent.

46,7 prosent av sykehjemsbeboere i landet hadde i 2018 blitt vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder. I 2017 var andelen på 40,1. Oslo hadde høyest andel vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder på 72,7 prosent. Finnmark hadde lavest andel vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder på 32,3 prosent.

- Tallene viser at man beveger seg i riktig retning, men det er alt for stor variasjon i kvaliteten på tjenestetilbudene i de kommunale sykehjemmene landet over. De som er innlagt i sykehjem er svake og sårbare grupper som vi har et særlig ansvar for å ta vare på, og det ansvaret må alle landets kommuner ta innover seg og etterleve, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.



NTpF vil ha stand på Nordental også i år.



Nordental kan by på et stort utvalg utstillere og tilbydere av utstyr og produkter.

MILJØ OG BÆREKRAFT I FOKUS PÅ ÅRETS NTF-LANDSMØTE

Hvordan kan tannhelsetjenesten bidra til å ta vare på miljøet? Temaet for årets landsmøte i Tannlegeforeningen, som arrangeres med utstyrsmessen Nordental, er bærekraft og hvordan tannhelsepersonell kan bidra til å ta vare på miljøet.

Hva kan hver og en gjøre i hverdag og på jobb, og hva kan vi gjøre i et mer globalt perspektiv ved å påvirke leverandører og andre aktører til å bli mer miljøbevisste? Miljø og bærekraft vil bli hovedtemaet under åpningen og på studentforedraget, i tillegg til at hovedstyret inviterer til en fagpolitisk seanse med panelsamtale om bærekraft på fredagen. NTF vil også være svært bevisste i miljøvalg når det gjelder selve arrangementet (reduksjon av plastartikler, avfallshåndtering m.m.),

og har utfordret utstillerne til å gjøre det samme.

Det er et omfattende fagprogram under dagene på Lillestrøm. Mange av dem er egnet for hele tannhelseteamet, i tillegg det faglige programmet fredag være konkret rettet inn mot tannpleiere. Følgende foredrag har tannpleiere som målgruppe:

- Hodepine og muskelsmerter – Hva er hva? m/ Heming Olsen-Bergem Fredag kl. 0900-1000
 - Munslemhinneforandringer m/ Karin Garming Legert Fredag kl. 1015-1200
 - Mineraliseringsforstyrrelser - vanligere än vi tror! Vilken roll har en tannpleier i diagnostikk og klacifisering? m/ Tobias Fagrell Fredag kl. 1330-1445
 - Den nye klassifikasjonen av periodontale og peri-implantære sykdommer og tilstander m/ Øystein Fardal & Anne Margete Gussgard Fredag kl. 1530-1700
- I tillegg til fagprogrammet, er Nordental Norges suverent største messe for utstys- og produktleverandører. Nordental arrangeres på Lillestrøm

FAGPROGRAM
31. oktober – 2. november
2019

31. oktober-2. november. Norsk Tannpleierforening har som vanlig stand og oppfordrer tannpleierne til å ta en tur innom. Du kan lese mer om program og påmelding på www.tannlegeforeningen.no/landsmote

5 GRUNNER TIL Å ANBEFALE ZENDIUM TIL DINE PASIENTER:



- 1 STYRKER MUNNENS NATURLIGE FORSVAR**
Munnen er fantastisk. Den har et eget, naturlig system av enzymer og proteiner som beskytter mot karies og tannkjøttproblemer. Zendium støtter bestanddeler i spyttet og **styrker munnens naturlige forsvar.**
- 2 MED ENZYMER OG PROTEINER**
Zendium inneholder de samme **enzymer og proteiner** som munnen bruker til å bekjempe bakterier. Zendium bidrar til et **balansert mikrobiom.***
- 3 UTEN SLS (SODIUM LAURYL SULPHATE)**
Zendium inneholder ikke SLS som er et skumningsmiddel som er kjent for å virke lokalirriterende og som endrer smaksoppfattelsen. Den lavtskummende konsistens gjør Zendium **velegnet for selv de mest følsomme** munner.
- 4 MILD OG EFFEKTIV**
Zendium bidrar til rene tannoverflater. Hver gang du pusser tennene med Zendium får du ekstra styrke** til å bekjempe årsakene til karies, tannkjøttproblemer og sensitivitet.
- 5 TIL Å STOLE PÅ**
Zendium er #1 tannkrem som norske tannleger stoler på.***

* Refererer til bakterier som er knyttet til sunt tannkjøtt og som ble merkbart endret i en klinisk studie over 14 uker med 102 forsøkspersoner.

**Øker spyttets beskyttende effektivitet mot bakterier vs en standard fluortannpasta.

***Undersøkelse utført blant 604 tannleger i Skandinavia 2017, Ipsos



No.1 Trusted Brand
by Dentists in Scandinavia**

** Based on a survey completed in 2017



zendium
STYRKER MUNNENS EGET FORSVAR



Åpningsseremonien var i australsk ånd der deltakerne ble underholdt av en av aboriginerstammene som hører til i området. De fremførte musikk, dans og sang, i tillegg til å gi oss et lite innblikk i sin historie. Foto by Photographer at Large

INTER- NASJONALT MØTE OG SYMPOSIET I REGI AV IFDH/ISDH

Delegatane frå Norge, Anne Mai Nilsen og Hilde Aga deltok på representantskaps- møte i tannpleiarane sin internasjonale organisasjon, IFDH, og symposiet, ISDH, dagane 12.-17. august i Brisbane, Australia.

Av Hilde Aga





Anne Mai Nilsen (først) og Hilde Aga marsjerer inn med det norske flagget under åpningen.
© Photo by Photographer at Large.

Det er ikkje lett å beskriva opplevingar ein sit igjen med etter å deltatt på møte og det store 21. Internasjonal Symposium on Dental Hygiene. Australia tok i mot oss med sol og varme, palmer, langstrakte strender, kenguru, venlege menneskjer, urfolket aboriginarar, mange turistar og få scary dyr! Vinteren kan samanliknast med vår sommar, så det var ingen stor overgang værmessig for oss frå Skandinavia. Fleire av deltakarane frå Norge reiste rundt i området Queensland, medan vi delegatar, valte å gjera oss kjent i Brisbane nokre dagar i forkant av møtet, så skritteltjaren viste imponerende tal!

Totalt ca. 1200 tannpleiarar og foredrags-haldarar frå heile verden var samla i Brisbane desse dagane og utveksla erfaringar, lytta til felles foredrag, deltok i sosiale arrangement og knytta verdifulle kontaktar. Dette er med på å gjera vår «tannpleiarverd» mindre, og vi ser likskap i måten å tenkja og handla på, og ulikskap mellom landa korleis yrkesgruppa sin fagkompetanse blir lagt vekt på. Det vart spesielt kjekt å møta seks tannpleiarar frå Noreg og to tannpleiarstudentar frå UiB som var så fornøgde med fagleg innhald på symposiet, og med den store utstillinga med kjente og ukjente aktuelle produkt. Dette gav meirsmak, ifylgje dei åtte!

REPRESENTANTSKAPSMØTE - HOUSE OF DELEGATES (HOD)

Styret i IFDH var vertskap for Representantskapet, som er sett saman av to delegatar frå kvart medlemsland. 24 av i alt 34 medlemsland var representert i Brisbane. Med ca. 40 delegatar rundt bordet var det gode diskusjonar desse dagane, og vi kjente oss verkeleg velkomne til landet Down Under. Robyn Watson frå New Zealand har vore president den siste treårsperioden, og er ei kvinne med lang erfaring frå internasjonalt arbeid. Robyn har gjort eit solid arbeid i utvikling av IFDH denne perioden. Styret har jobba på frivillig basis, og kun fått dekt direkte utgifter til reiser etc.

Det er viktig for vår internasjonale foreining å bygge nettverk med internasjonale, aktuelle samarbeidspartar. Presidenten og styret har promotert foreininga i ulike samanhengar og vore representert blant anna



Konferansesalen var et imponerende skue. © Photo by Photographer at Large



Et utvalg tillitsvalgte fra de nordiske tannpleierforeningene.

på World Congress on Public Health, Association for Dental Education, Global Dental Hygiene Conference, Alliance for a Cavity-Free future, World Dental Federation og meir, og etablert formelt samarbeid med fleire. Det er tilsett administrerende direktør for IFDH som tar seg av den daglege drifta av organisasjonen, og Peter Anas gjer ein flott jobb med framdrift av IFDH og representerar kontinuitet i organisasjonen. Antal medlemsland og medlemmer har auka i siste periode, og saman med støtta gjennom ulike større firma innanfor munnhelse, gir det økonomisk grunnlag for drift. Det er avgjerande for organisasjonen å ha stadig økonomi for å kunna jobba strategisk og framtidsretta. IFDH støttar økonomisk utvikling av ulike samfunnsansvarlege prosjekt sett i gang av enkeltmedlemmer eller medlemsland, bl.a Sosial Responsibility.

NY PRESIDENT

Nytt styre vart valt, og ny president er President Elect for 2016-19, Corrie Jongbloed-Zoet frå Nederland. Det nye styret har i tillegg representantar frå Canada, Irland og Storbritannia. Representantane fekk ein kort og nyttig orientering om tannpleiarane sitt internasjonale tidsskrift, «International Journal of Dental Hygiene» ved redaktøren, professor Kerstin Øhrn, Sverige. I 2018 vart der publisert 90 forskningsartiklar i tidsskriftet. Mange lastar ned artiklar frå tidsskriftet med størst aktivitet i USA.

Tidsskriftet gir det siste av vetenskaplege nyheiter på det tannpleiefaglege området, samtidig som det er eit forum for utveksling av aktuell informasjon for yrkesgruppa.

Kvart land gav ein kort presentasjon frå aktuelle saker i sin nasjonale organisasjon, og det var interessant å få innsyn i ulike land sine utfordringar og moglegheiter. Det er stor ulikskap blant medlemsland i forhold til yrkesgruppa sin posisjon. Bl.a. avgrensar lovverk i enkelte land tannpleiarer si yrkesutøving i sterk grad. Publikum si kunnskap om yrkesgruppa varierar, og tannpleiarane sin bevisstheit om viktigeheita av å ha eigen yrkesorganisasjon, eller organisasjonane sin moglegheit for deltaking i tannhelsepolitiske spørsmål, er nokre av dei nasjonale utfordringar. Samtidig er der optimisme og positiv utvikling av tannpleiarfagleg politikken i dei fleste land.

Enkelte land som Sør-Afrika, Storbritannia, Australia utdannar tannterapeuter i tillegg til tannpleiarar. Det er oftast ei påbygging etter endt tannpleiarutdanning til meir klinisk retta utøving av yrke. Når det gjeld våre nordiske land, vurderer den svenske foreininga moglegheiter for spesialutdanning innafor enkelte arbeidsområde, pr. i dag finns 38 tannpleiarar med PhD og tre tannpleiarar har professorat. I Danmark ser dei viktigeheita av nærare samarbeid med studentane med utgangspunkt i stoltheit over tannpleiar yrket. Den finske foreininga har bl.a. sett ned arbeids-

gruppe ved dei enkelte tannpleiarutdanningane for å kunna jobba mot studentar om spørsmål som opptar studenten.

VANSKELEG KOMMUNIKASJON

Det er ei utfordring å få dei nedsette arbeidsgrupper i IFDH på aktuelle områder til å fungera optimalt, då kommunikasjon mellom deltakarane i valperioden kan vera vanskeleg. Nye komitear og alternativ oppbygging av komiteane blir vurdert av det nye styret. Endring av valperiode og frekvens av symposiet, frå 2 til 3 år på sist HOD, gjeldande frå 2022, var sak som vart tatt opp på nytt og diskutert. Saka blir revurdert etter at det er gjort erfaringar med toårs periode.

Forslag til Strategiplan for komande periode 2019-2022 var ein viktig del av agendaen. Saka vart diskutert, og nye innspel vart gitt komande styre. Målet med IFDH som organisasjon vart vedtatt og beskriv organisasjonen som «-an international non-profit association uniting national Dental Hygienists organizations by fostering leadership and collaboration. IFDH is the advocate for the dental hygiene profession globally and promotes excellence in oral health, education, research and practice.»

Takk til IFDH sitt styre for 2016-2019, og all lukka til for Corrie og resten av det nyvalde styret for komande periode og fram til møte i HOD i Dublin 2022!

LA OSS GI PASIENTENE ORAL-B'S MEST AVANSERTE OG SKÅNSOMME TANNPUSS

NYE SENSI ULTRATHIN: OVERLEGEN RENGJØRINGSEVNE*
OG SKÅNSOM MOT GINGIVA I ET REVOLUSJONERENDE BØRSTEHODE



VANLIG BØRSTESTRÅ

For effektiv fjerning av plakk

ULTRA-TYNN MYKE BØRSTESTRÅ

For en skånsom børsteopplevelse
langs gingivalranden

Se og lær mer på www.oralb.no



ANBEFALES AV NORSK
TANNPLEIERFORENING - NTPF

*vs. en vanlig manuell tannbørste.

© 2016 P&G

Fortsatt god tannpleie etter besøket hos deg



INTERNASJONAL SYMPOSIUM ON DENTAL HYGIENE

Etter to dager med møter i den internasjonale tannpleierforeningen IFDH, var det klart for symposiet. Temaet for konferansen var LEAD – Leadership, Empowerment, Advances og Diversity. Vi ble inspirert av flere forelesere, ofte i samme seanse, som fikk oss oppdatert på nyere forskning og satt dette i sammenheng med vår kliniske hverdag.

Av Anne Mai Nilsen

Åpningsseremonien var i australsk ånd der vi ble underholdt av en av aboriginerstammene som hører til i området. De fremførte musikk, dans og sang, i tillegg til å gi oss et lite innblikk i deres historie. Vi som allerede hadde rukket å se litt av byen, kjente igjen mye av det de snakket om.

«**Are you a lamp, a lifeboat or a ladder**» åpnet det hele. I tråd med symposiets tema LEAD, holdt dr. Melanie Hayes, dr. Mario Rui Arajuno, dr. Dagmar Else Slot og dr.

Ron Knevel, alle med tannpleierfaglig bakgrunn, en inspirerende seanse der de brukte egne historier og erfaringer til å få oss til å tenke på om vi vil være en lampe, en livbåt eller en stige for andre.

Det neste temaet under kategorien **Leadership**, ble presentert av to amerikanske tannpleiere som snakket om hvor viktig sterke kommunikasjonsevner er, de er nødvendige både for tannpleiere i lederstillinger og for å styrke egen identitet. Kroppsspråk og profesjonell presentasjon influerer kommunikasjonen.

I Norge er vi ikke vant til hel-sponsete foredrag, og det er viktig når vi deltar på store konferanser at vi også kan vurdere kritisk de forskningsbaserte temaene som blir tatt opp. Utstillerne i exhibitionhall hadde gjort en god jobb med å gi oss en best mulig opplevelse, det var spennende med produkter og utstyr der mye er tilgjengelig også for oss i Norge. Den var godt å se at også det miljøvennlige aspektet er på vei inn i dentalbransjen.

Sunstar er en av de største sponsorene av symposiet, og de delte ut to priser under gallamiddagen som ble arrangert fredag kveld. Vinnerne ble presentert i hovedsalen fredag morgen. Danielle Clark fra Canada vant forskningsprisen med temaet «The role of Loricrin in severe periodontal disease». Tan Mingh Nguyen fra Australia vant prosjekt kategorien med «Intergrating evidence-based dentistry within a public dental program for children». Det er viktig å poengtere at alle tannpleiere kan delta i konkurransen om å vinne priser for prosjekter og forskning. Gå inn på IFDH.org for å se kriteriene.

«**New Classifications for periodontal disease. What is new and does it matter?**» Et tema som var av stor interesse. Dr Saso Ivanovski, professor i periodontologi og leder av avdelingen på Griffith-universitetet i Australia, tok oss gjennom de nye klassifikasjonene og gav oss et innblikk i hvordan graderingen i det nye systemet fungerer.



Også norske tannpleiere og tannpleierstudenter hadde tatt turen til Brisbane – flere hadde søkt stipend fra NTpF for å kunne delta.

Han ble etterfulgt av professor Kerstin Öhrn fra Sverige som snakket om hvordan det nye klassifiseringssystemet kan overføres til den kliniske hverdagen og hvor viktig kommunikasjonene mellom tannpleier og pasient er for å oppnå best mulig resultat av behandlingen. MI er riktig og viktig motiveringsteknikk for å gi pasienten mulighet til å opprettholde best mulig oral hygiene.

«**Cancer – an inter-professional approach to care**» ble presentert ved dr. Jo Ann Gurenlian og farmasøyt Thomas Viola. De snakket om hvordan kreftdiagnosen og påfølgende behandling og medisinering påvirker mennesker forskjellig. Hva er viktig å tenke på i den kliniske hverdagen før, under og etter kreftbehandling. Hva skjer psykisk med et menneske som har fått en diagnose og hva er tannpleierens rolle.

Implantatbehandling fikk stor oppmerksomhet med foredrag som «No implantology without periodontology» med Kristina Bertl og «The implant is in – now what?». «Practical steps for successful implant maintenance» med dr. Helen English. Tannpleierens rolle i å oppnå best mulig oral hygiene er avgjørende både før og etter innsetting av implantat/er.

President i tannpleierens europeisk organisasjonen, EDHF, Yvonne Nyblom, presenterte det viktige arbeidet med CEF, Common Education Framework i Europa. Felles rammeplan for tannpleierutdanningen, blir tema også på det europeiske møtet i Helsinki i september.



delta



tannstikka

tidsskrift for
Norsk Tannpleierforening

UTGIVER

Norsk Tannpleierforening
Postboks 9202 Grønland
0134 Oslo
Besøksadresse
Lakkegata 23, 3. etasje
Tlf. 904 74 117 / 21 01 36 50
E-post: ntpf@delta.no
www.tannpleier.no

ABONNEMENT

kr. 600 pr. år, utland kr .700
Gratis for medlemmer

REDAKSJON

Ordkløveriet, Holmsdalen 14,
1634 Gamle Fredrikstad,
an-buvik@online.no.

REDAKTØR

Anne L. Buvik
an-buvik@online.no
95966151

FAGMEDARBEIDER:

Benthe Hansen, tlf 951 33 580, epost:
Benthe.Hansen@delta.no

ANNONSER

Linda Ludmann, NTPf
E-post: ntpf@delta.no
Tlf. 90 47 41 17

MATERIELLFRIST

24. september

FORSIDEBILDE

Osp i høstdrakt
Foto: Anne L. Buvik

LAYOUT

cathrines cmykeri
chfuglei@gmail.com
Mob: 90 78 09 01

TRYKK

Merkur Grafisk AS



Merkur grafisk er
godkjent som
svanemerket bedrift.



Merkur grafisk er
PSO-sertifisert
Vi tar kvalitet på alvor!



OPPLAGSKONTROLLERT

Norsk Tannpleierforenings styre 2019-2022

Lakkegata 23, 3. etasje
P.b. 9202 Grønland, 0134 Oslo,
Tlf 904 74 117/21 01 36 50
(kl.9-15),
ntpf@delta.no,

NESTLEDER

Line Kalland
Mobil: 90 55 07 85
line.kalland@hedmark.org

STYREMEDLEM

Lisa Brændø
Mobil: 95 88 95 52
Lisa.brando@hel.oslo.kommune.no

1. VAREMEDLEM

Linda Kjølstadmyr
Mobil: 40 05 36 91
linda.kjolstadmyr@whnordic.no

NTPFs ADMINISTRASJON

Kontorleder
Linda Ludmann,
tlf. 904 74 177,
epost: ntpf@delta.no

LEDER

Hilde Aga
Mobilnr: 92062416
(tirsdag – fredag)
(hjemmekontor fredager)
hilde.aga@delta.no

STYREMEDLEM

Anne-Mai Nilssen
Postboks 592, 9256 Tromsø
Tlf a 46 44 75 89
Mob 92 09 90 43
annemai.nilssen@gmail.com

STYREMEDLEM

Kristiane Muren
Mobil: 95 18 77 64
Kristiane.muren@mrfylke.no

2. VAREMEDLEM:

Mari Skeie Danielsen
Mobil: 40 88 51 79
mariskeiedanielsen@gmail.com

Fagutvikler Benthe Hansen,
tlf 951 33 580,
epost: Benthe.Hansen@delta.no

3. VAREMEDLEM:

Kristin Holtan Saga
Mobil: 90 87 52 98
kristinsaga@hotmail.com

IFDH REPR

Anne-Mai Nilssen
annemai.nilssen@gmail.com

Hilde Aga
hilde.aga@delta.no



NTPFs lokalavdelingsledere 2019

AUST-AGDER:

Leder: Ilona Mørch
ntpf.avd.aust-agder@hotmail.com
Mobil: 99 56 74 35

HEDMARK

Leder: Mihriba Evelina Mujic
mihriba.evelina.mujic@hedmark.org
Mobil: 41 30 67 28

OPPLAND

Leder: Sofia Resander
sofiaresander@hotmail.com
Mobil:47 17 21 06

TRØNDELAG, SØR

Leder: Maryanne Ørslie
ntpf.sortrondelag@gmail.com
Mobil: 98 05 04 37

VESTFOLD

Leder: Svanhild Botnen
svanbotn@online.no
Mobil: 92 01 17 79

BERGEN OG HORDALAND

Leder: Marita Bjørkelund
marita.bjorkelund@hfk.no
Mobil: 97592838

MØRE OG ROMSDAL

Leder: Kirsti Gunne
kirsti.gunne@mrfylke.no
Mobil: 41 44 09 46

OSLO OG AKERSHUS

Leder: Slavica Pejic Durasovic
ntpfavdosloogakershus@gmail.com
Mobil: 97 88 35 52

TELEMARK

Leder: Lotte Auestad
Lotte.auestad@gmail.com
Mobil: 93 83 21 02

ØSTFOLD

Leder: Zohra Sakhi
zohras@ostfoldfk.no
Mobil: 92 52 69 67

BUSKERUD

Kontaktperson: Elise Hansen
Elise.Hansen@bfk.no
Mobil: 48 29 55 79

NORDLAND

Leder: Kirsten Iversen
kirsten@nfk.no
Mobil: 91 71 18 87

ROGALAND

Leder: Katrine Høyvik Bergum
ntpf-rogaland@hotmail.com
Mobil: 95 28 96 97

TROMS

Leder: Silje Kristin Hansen
silje.k.hansen@tromsfylke.no
Mobil: 90875298

FINNMARK

Leder: Marit Inger Kristine Aslaks-
datter Eira Grønnli
Marit.inger.gronnli@ffk.no
Mobil: 94 21 22 57

NORD-TRØNDELAG

Leder: Kirsten Karlsen
kirsten.karlsen@ntfk.no
Mobil: 99 29 16 60

SOGN OG FJORDANE

Leder: Liv Hjordis Ullaland
Liv.Hjordis.Ullaland@sfj.no
Mobil: 97 15 16 31

VEST-AGDER

Leder: Kirsti Merete Helgesen
Kirstihelgesen@hotmail.com
Mobil: 93 64 56 02

delta





Trådløst pussevinkelstykke.

Puss enkelt hvor du enn befinner deg!

