

DEN NORSKE  
TANNLEGEFORENINGENS

# TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 125. ÅRGANG • NR. 4 APRIL 2015



Det er vi som gir deg  
de største økonomiske  
fordelene på klinikken!



Avdeling Tannteknikk

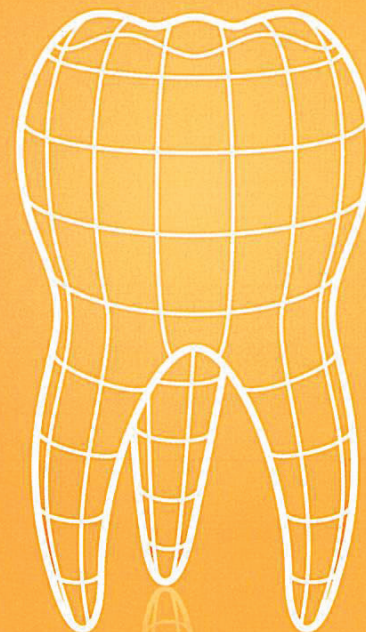
**InterDental**

**Vi sender arbeider til deg 4 ganger i uken.  
Nå tilbyr vi budtjeneste over hele landet!**

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



Avtalekunder får rabatt  
på både forbruksvarer og  
tanntekniske arbeider!



**LIC Scadenta AS**

Avd. Tannteknikk:      Tel: 22 47 72 00  
Forbruk Sandvika:    Tel: 67 80 58 80  
Forbruk Tromsø:      Tel: 77 67 35 00  
Avd. Kjeveortopedi:   Tel: 67 54 00 23

import@licscadenta.no  
forbruk@licscadenta.no  
www.licscadenta.no



338

314 **Siste nytt først**

■ **Leder**

317 Det handler om omsorg

■ **Presidenten har ordet**

319 God tannhelse gjør tannlegene overflødige?

■ **Vitenskapelige artikler**

320 Veronicha Pedersen, Nina Strand, Tiril Willumsen og Anne Rønneberg: Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling

328 Judith Jenny Johanne Kapstad, Trond Storesund og Gunhild Vesterhus Strand: Bruk av tvang ved tannbehandling – lov eller ikke?

338 Lene Wennevik Langlie, Silje Anette Solbakk Moen, Tore Bjørnland og Anne Møystad: Nerveskader etter kirurgisk fjerning av visdomstenner i underkjeven

■ **Kasusrapport**

344 Bjarte Grung og Anne Christine Johannessen: Klassisk Kaposi sarkom intraoralt – en kasuistikk

■ **Aktuelt**

352 Tannhelsen i Troms og Finnmark

354 NTFs Tariffkonferanse 2015, Gardermoen, 4. – 5. mars: Sentralt moderasjonspress?

358 Tannvernseminaret 2015: God helse for alle

360 Forum for tillitsvalgte 2015: Verksted for nye planer

362 IDS, Köln 2015: Verdens største

■ **Kommentar og debatt**

375 Torgersen-saken (Stein Brox-Nilsen)

376 Svar til Stein Brox-Nilsen (Ellen Beate Dyvi)

377 Bittspor i hud er kun utelukkelsesbevis i en straffesak (Per Brandtzæg og Ståle Eskeland)

379 Kommentarer til diskusjon om Torgersen-saken (Tore Solheim)

381 Tilsvar til Tore Solheim: Solheim mener at ingen kan bli overbevist av Torgersen-saken (Per Brandtzæg og Ståle Eskeland)

382 Svar på spørsmål fra Brandtzæg og Eskeland (Tore Solheim)

381 Med inntil visshet grensende sannsynlighet (Sigmund Hov Moen)

383 Fremtidig behov for tannleger: Trengs det 1 500 flere om 20 år?

■ **Arbeidsliv og praksisdrift**

391 Rett til utvidet stilling for deltidsansatte

393 Spør advokaten: Feriefastsettelse

■ **Snakk om etikk**

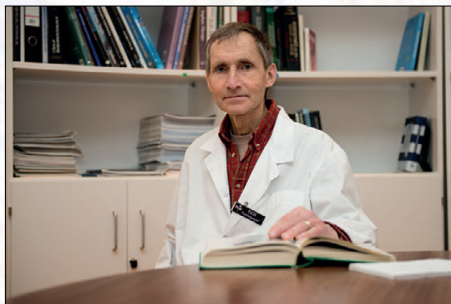
395 Hva når jeg blir bedt om å gi en ny vurdering, en «second opinion»?

■ **Notabene**

396 Tilbakeblikk

397 Kurskalender

399 Personalialia



352



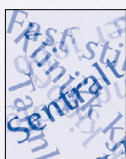
354



358

Rubrikk-  
annonser

401



## Favoriserer menn?



FOTO: YAY MICRO

Stortinget har sagt ja til en prøveordning med innstegsstillinger i forskningsmiljøer, men ordningen kan komme til å favorisere menn, ifølge kjønnsforskere. Det som særlig vekker skepsis er punktet om at det ikke skal ha gått mer enn fem år siden søkerne til innstegsstillingene disputerte. Mange kandidater vil være i en periode med fødsler og omsorg for små barn, noe som særlig tar av kvinnes tid, skriver Senter for kvinne- og kjønnsforskning i Bergen i sitt hørings svar, skriver På Høyden.

## Skjevrekuttering



FOTO: YAY MICRO

Barn av høyt utdannede er fortsatt klart overrepresentert blant studenter i Sverige, viser en rapport fra Universitetskanslerämbetet (UKÄ) og Statistiska centralbyrån, ifølge bladet Forskerforum. Mens 25 prosent av 19 – 34-åringene har foreldre med høy utdanning gjelder det for 38 prosent av nye studenter i samme aldersgruppe.

– Den sosiale skjevrekutteringen har stort sett ikke endret seg de siste ti årene, sier Helen Dryler ved UKÄ. Forskjellen øker ytterligere ved overgangen til doktorgradsstudier, der 56 prosent hadde høyt utdannede foreldre.

## Tykk og troverdig



FOTO: YAY MICRO

Undersøkelser har vist at overvektige personer risikerer å bli bedømt negativt og å bli sett på med mindre respekt, ganske enkelt på grunn av overvekten. Studier har også vist at den samme tendensen kan gå ut over leger og annet helsepersonell. Men tilsynelatende ikke tannleger, viser en ny britisk undersøkelse, gjengitt av det danske Tandlægebladet.

To normalvektige tannleger, en mannlig og en kvinnelig, opptrådte på foto i undersøkelsen, dels i normalt tilstand og dels i fotoredigert tilstand som svært overvektige. 300 personer ble bedt om å bedømme modellenes kompetanse, profesjonalitet og seriøsitet – og de ble også bedt om å angi om de for eksempel ville respektere tannlegenes råd om kost og røyking. Undersøkelsen viste ingen signifikant forskjell på tilliten til de tykke og de normalvektige tannlegene.

Asimakopoulou K, Ignatius J, While A et al. The effect of dentists' body-weight size on student social judgments of dental skill and patients' behavioural intentions; a vignette study. J Dent 2014.

## Vurderer antiterrorlov

Samtidig som Europa er rystet etter det seneste terrorangrepet i Paris, vurderer det britiske parlamentet en ny antiterrorlov, skriver Forskerforum. Loven er blitt sterkt kritisert av universitetsmil-



FOTO: YAY MICRO

jør fordi den vil kunne begrense ytringsfriheten og tvinge universitetsansatte til å rapportere inn mistenkelig atferd blant studenter. Loven vil både forby ekstremister å uttale seg og også påby offentlige instanser å rapportere personer som er 'sårbar overfor radikaliserings'. Motstand mot innrapportering kan føre til rettslig forfølgelse, skriver The Guardian.

## Grenseløst Norden



FOTO: YAY MICRO

Rundt 70 000 nordiske statsborgere bor i ett nordisk land og jobber i et annet. Jo mer grenseløst Norden blir, desto raskere blir den økonomiske veksten i regionen. Den globale konkurransekraften blir sterkere, og det blir skapt stadig flere arbeidsplasser. Allerede nå er grensependlernes arbeidsinnsats i Norden en god forretning økonomisk: Den er verd cirka 5,6 milliarder euro per år, skriver Nordisk ministerråd i en pressemelding.

Norge er det landet som vinner aller mest økonomisk på grensependlingen. 60 prosent av alle grensependlere har



## På nett

### HELFO lanserer nye nettsider

Torsdag 19. mars lanserte HELFO ny utgave av nettstedet [helfo.no](http://helfo.no), melder Helsedirektoratet. Det nye nettstedet er skreddersydd for behandlere.

Privatpersoner finner heretter det de leter etter om helse og HELFOs publikumstjenester på den offentlige helseportalen [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Under «Min helse» på [helsenorge.no](http://helsenorge.no), kan en bytte fastlege, bestille europeisk helsetrygd-kort, se registrerte egenandeler i forbindelse med frikortordningen og finne elektroniske resepter.

#### *Helfo.no – kun for behandlere*

Du som er behandler eller helseaktør vil fremdeles finne informasjon om HELFOs tjenester på [helfo.no](http://helfo.no). Det nye nettstedet har et design som automatisk tilpasser seg skjermstørrelsen du bruker – også om du går inn på [helfo.no](http://helfo.no) fra mobilen.

De nye nettsidene tar både utgangspunkt i hva du ønsker svar på fra HELFO og hvem du er. Sidene er utviklet med utgangspunkt i en lang rekke brukerundersøkelser med blant andre apotek/bandasjist, fysioterapeuter, leger, tannleger og tannpleiere.

Tilbakemeldingene fra brukersteningen er at behandlerne liker de nye nettsidene. Sidene er mer oversiktlige og informative sammenlignet med gamle [helfo.no](http://helfo.no). De liker en klar forside, klare menyvalg, et enkelt språk og at de finner relevant informasjon. I tillegg har de nye nettsidene bedre søkefunksjon enn før, sier Annemette Gustavsen, kommunikasjonsdirektør i HELFO.

Kommunikasjonsdirektøren er glad for at resultatet av mange måneders jobbing med nye nettsider er klart, men understreker at løsningen på ingen måte er komplett.

– Vi vil kontinuerlig forbedre både innhold og tjenester på vårt nettsted framover. Derfor setter vi stor pris på tilbakemeldinger og innspill fra brukerne og forslag til forbedringer, sier hun.

en norsk arbeidsgiver. Grensependlerne gir den norske økonomien en årlig vekst på 33,6 milliarder NOK.

For å styrke og effektivisere jobben med å rive ned eksisterende grensehindre i Norden og forhindre at nye oppstår, nedsatte de nordiske statsministrene i 2014 et Grensehinderråd.

Rådets årsrapport gir detaljert informasjon om samtlige prioriterte grensehindre og arbeidet med dem. I den kan du blant annet lese mer om den norske fedrekvoten som mange grensependlende fedre må greie seg uten fordi det nyfødte barnets mor ikke har arbeidsplass i Norge eller om hvorfor det ikke lønner seg å bli alvorlig syk hvis man jobber i Norge og bor i Sverige eller Finland.

I 2014 arbeidet Grensehinderrådet med 29 konkrete saker som forhindrer fri bevegelse i Norden. Alle beskrives i rådets første årsrapport. Av de 29 hindrene er tre blitt avklart i løpet av året, og fire andre er på god vei til å bli avklart i løpet av 2015.

## Nytt styre i Norsk Tannvern



FOTO: HARALD VINDEGAARD.

Fylkestannlegen i Hedmark, Claes Næsheim er valgt til ny styreleder i Norsk Tannvern. Det nye styret som ble valgt på Norsk Tannverns generalforsamling 18. mars består videre av nestleder, folkehelsekoordinator og tannpleier i Akershus, Rigmor Moe, styremedlemmene overtannpleier i Oslo, Grete T. Brudeseth og NTF-president Camilla Hansen Steinum og varamedlemmene tannlege i Sør-Trøndelag og TK Midt, Geir Haukeland og folkehelsekoordinatør og tannpleier i Østfold, Hilde Håkeli.

Styret er valgt for to år.

## Moser får Peer Gynt

Forskerparet May-Britt og Edvard Moser er internasjonalt anerkjent både for fremragende forskning og for å være hyggelige mennesker og gode rollemodeller, heter det i en NTB-melding om tildelingen av Peer Gynt-prisen.

Det nobelpris-vinnende ekteparet May-Britt og Edvard Moser er kåret til Årets Peer Gynt 2015.

– Vi er glade for å bli sett på som gode ambassadører for Norge, sier paret.

Det er stortingsrepresentantene som har stemt fram vinnerne.

Ekteparet Moser mottok i fjor nobelprisen i medisin for sin forskning på gitterceller, som er en viktig del av hjernens navigasjonssystem. Gjennom tre tiår har de to jobbet for å knekke hjernens koder, og begge arbeider som professorer ved NTNU i Trondheim. De delte prisen med John O'Keefe fra University College London.

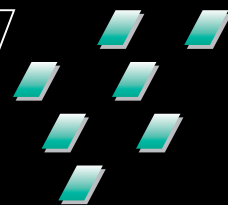
Moser-paret sier det er ærefullt å få Peer Gynt-prisen.

– Og vi synes det passer ekstra godt, siden vi har like store drømmer og visjoner som Peer Gynt hadde. Men håper det er tydelig at vi er hakket mer jordnære og realistiske. Peer Gynt er et forbilde for det å tenke stort, og vitenskapen har en fantastisk metodikk for å kunne håndtere drømmer, nysgjerrighetstrang og utforskning på en fornuftig måte. Vi trenger både visjoner, lidenskap og fornuft for å utvikle samfunnet, sier de i en uttalelse.

De to har mottatt en rekke internasjonale priser og er valgt inn i flere vitenskapsselskaper. I fjor ble de en del av Foreign Associates of US National Academy of Sciences (NAS), som de yngste nordmenn noen gang.

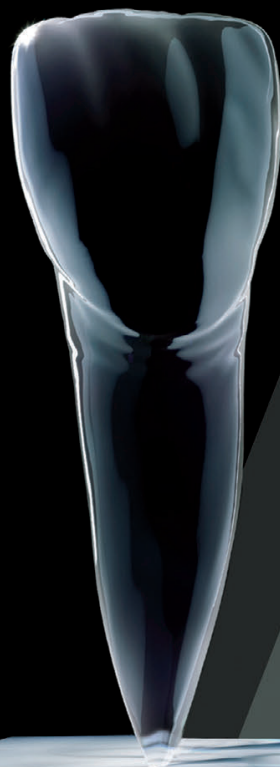
Prisen deles ut av stortingsrepresentant Marit Arnstad (Sp) under Peer Gynt-stevnet ved Gålåvatnet i Gudbrandsdalen 7. august.

# KUNSTEN Å SKAPE FULLKOMMEN ESTETIKK



Skjønnhet med én farge eller den totale fullkommenhet med flere farger med varig estetisk resultat.

## G-ænial Anterior fra GC



ESTETIKKEN BLIR  
ENKLERE MED GC  
**'GC'**

G-ænial Anterior er førstevalget når du søker etter et materiale som kan leve opp til dine pasienters ønske om et estetisk vellykket resultat. Fordi materialet er lett å håndtere og gir et naturlig vakkert resultat med varig høy finish, så blir dette helt naturlig ditt favorittmateriale. G-ænial Anterior gir deg lang bearbeidingsstid slik at du rekker å forme til den anatomiske og kosmetiske konturen som er nødvendig for et godt estetisk resultat.

**æ**

### GC NORDIC AB

Tel. +46 8 410 344 90

[info@nordic.gceurope.com](mailto:info@nordic.gceurope.com)

<http://nordic.gceurope.com>

<https://www.facebook.com/gcnordic>

**'GC'**

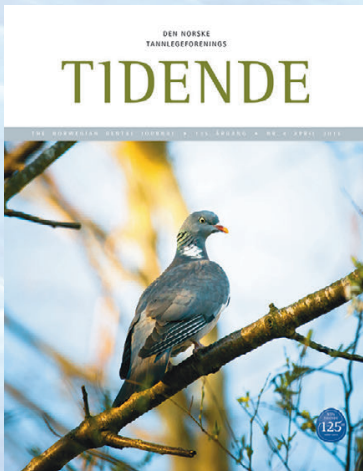


Foto: YAY Micro.  
Design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:  
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:  
Nils Roar Gjerdet  
Jørn Arne Fridrich-Aas

Redaksjonssjef:  
Kristin Aksnes

Redaksjonsråd/Editorial Board:  
Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten  
Enersen, Jostein Grytten, Anne Christine  
Johannessen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson,  
Nina J. Wang, Marit Øilo, Ulf Örtengren

Redaksjonskomité:  
Jon E. Dahl  
Anders Godberg  
Malin Jonsson

#### ABONNEMENT

Abonnementspris for ikke-medlemmer  
og andre abonnenter kr 1800,-

#### ANNONSER

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

E-post:

annonse@tannlegetidende.no

#### TELEFON OG ADRESSE

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

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

#### UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 6 400. 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media AS

Grafisk design: Mike Mills

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

## LEDER

# Det handler om omsorg

**N**år jeg skriver dette er det rett før påske. Etter noen dager med varm vårsol er det hvite filler i luften igjen.

For to dager siden kom skogsdueparet mitt tilbake. Jeg sier mitt fordi de er kommet til min veranda i fem år på rad nå. De to første årene var de bare innom med jevne mellomrom, for det meste i helgene. Hver gang jeg så mye som viste meg på verandaen flakset de av gårde til et annet sted. De har visst ofte mer enn én bolig. Det tredje året falt de mer til ro hos meg, og det virket ikke som de brydde seg mer, hverken om folket eller bikkja som gikk ut og inn og oppholdt seg der de var. På øverste hylle, over alle blomsterpotene, rigget de seg til med et rede av kvist og kvas, og ruget frem to fine unger. Det samme skjedde i fjor.

Akkurat nå har jeg litt vondt av dem. De sitter der og ser på snøen som laver ned, og tenker kanskje at de har tatt våren litt på forskudd. Og jeg er mer enn vanlig interessert i værmeldingen for dagene fremover. Jeg vil ikke at de skal fryse.

Det er rart med det. Når noen kommer til oss får vi behov for å gi dem omsorg. Sånn er det for tannleger og deres pasienter også, tenker jeg.

Tidligere i vår arrangerte Norsk Tannvern seminaret God helse for alle, og fordypt seg i problemstillinger rundt minoriteter. En del av de som ikke har vært i landet så lenge, og en del av de som har det, trenger noe ekstra. Noen barn kan ha behov for noe annet enn det etablerte tilbudet, for å få like god tannhelse som sine jevnaldrende. Likeverdighet, rettferdighet, samme utfall for alle: Kall det hva du vil. At alle skal komme like godt ut vil måtte si ulik behandling – siden ikke alle stiller likt. Å få til god helse for alle handler om å tilegne seg kunnskap og ferdigheter, og om holdninger. Det er nødvendig å vite hva som skal til for at minoriteter, torturofre, rusmisbrukere, mennesker

med ulike diagnoser og behov skal få like god tannhelse som andre med enklere eller mer kjente forutsetninger. Ofte trengs det individuelle tilpasninger.

Noen trenger noe ekstra. Det er ikke så vanskelig å tenke seg. Det kan kreve mye tid og innsats å komme dit en vil. Til god tannhelse – enten det gjelder mer eller mindre sjeldne diagnoser, eller helt enkelt godt forankrede vaner, som ikke er helsebringende.

I sin virksomhetsidé sier Norsk Tannvern at de skal bidra til god folkehelse ved å arbeide for at befolkningen har kunnskap, ferdigheter og holdninger som setter dem i stand til å opprettholde god oral helse hele livet. Norsk Tannvern skal også medvirke til å synliggjøre tannhelse som del av det totale helsebegrepet.

En ting Norsk Tannvern gjør er å oversette ulike budskap om tannhelse, tilstander og diagnoser til mange språk. 31 for å være nøyaktig. Og så distribuerer de budskapene både på nettet og ved hjelp av brosjyrer. Det høres kanskje ikke så fremtidsrettet ut. Papir er liksom ut. Min tannlege sier for øvrig at hun er gått tilbake til dette papiret igjen. Etter at hun sluttet med det, og begynte å oppleve et savn. Brosjyrene er tilbake på venteværelset, så de som vil kan forsyne seg – og tannlegen kan gi dem i hånden til dem hun mener har bruk for dem. Enkelt og greit. Papir er ikke så dumt. Til rett tid.

Jeg håper at papirutgaven av Tidende kommer fint frem, til rett tid, også denne gangen – og i tiden fremover. Vi har valgt en ny distributør, og noen av dere vil merke at Tidende kommer på dørmatten i stedet for i postkassen. Til mange adresser kommer bladet nå sammen med morgenavisen. Det er en ordning jeg håper dere lesere blir fornøyd med.

*Ellen Beate Dyvi*

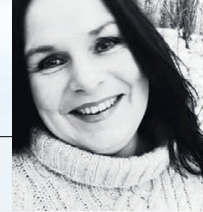


Foto: Kristin Wiberg

Alle bør stole på  
tannlab'en sin!

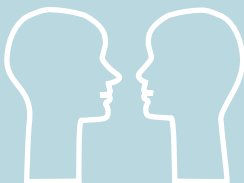
Vårt ønske er å bidra til å finne rett løsning i forhold til dine behov – enten du velger å få det fremstilt hos oss i Norge eller i Hong Kong.

Les mer på  
[www.tannlab.no](http://www.tannlab.no).



#### FREMSTILLING

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



#### RÅDGIVNING

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



#### FORMIDLING

Vi formidler tannteknikk fra profesjonelle produsenter, lokalt og globalt, enten du velger konvensjonell eller digital fremstilling.

TANNLAB-gruppen består av TANNLAB AS og TANNLAB Formidling AS.  
TANNLAB er et av landets ledende og mest innovative tanntekniske laboratorier.  
TANNLAB Formidling er agent for Sunrise Dental Laboratory Ltd, Hong Kong, og har lang erfaring og spisskompetanse innen formidling av tanntekniske produkter.

**TANNLAB**  
fremstilling · rådgivning · formidling





## God tannhelse gjør tannlegene overflødige?

**T**annlegedekningen i Norge er bedre enn på mange år. Det er søkere til de aller fleste ledige stillinger

i Den offentlige tannhelsetjenesten, også vikariater. Tannleger i privat sektor melder om større konkurranse i store deler av landet. Situasjonen henger sammen med økningen av tannleger som kommer fra utlandet. Til dels dreier dette seg om norske ungdommer som har studert odontologi i andre land i Europa. Men vi ser også økt arbeidsinnvandring, særlig fra Europa.

I Tidende har flere diskutert behovet for tannleger i fremtiden. Problemstillingen er kompleks, og det er vanskelig å spå hvordan fremtiden vil se ut. Statistisk sentralbyrå (SSB) gjør fremskrivninger etter ulike modeller, men de sier selv at de ikke har faglig kompetanse til å vurdere fremtidig utvikling i tannhelsen. Forutsetningene i SSBs referansealternativ, som gir et beregnet underskudd på 1 500 tannlegeårsverk i 2035, er en standard for alle grupper av helse- og sosialpersonell. SSB sier selv at disse forutsetningene ikke nødvendigvis er de mest relevante for tannlegene.

Professor i samfunnsodontologi Jostein Grytten med flere har i en artikkel i forrige nummer av Tidende (og i denne utgaven, red.anm.) kommentert SSBs tall. De viser at tilskuddet av tannleger som utdannes i Norge og utlandet vil erstatte antall tannleger som forlater profesjonen, hvis tallene holder seg på dagens nivå.

Det påpekes i artikkelen, og også av SSB selv, at det er etterspørselssiden som kompliserer modellen. Hvor mange mennesker blir vi? Hvordan vil alderssammensetningen i befolkningen slå ut, med andre ord: hvilke konsekvenser får den varslede eldrebølgen? Vil den økende innvandrerbefolkningen påvirke behovet for tannhelsetjenester?

Hvordan vil den økonomiske situasjon påvirke etterspørselen etter våre tjenester? Vil arbeidsoppgavene endre seg? Vil arbeidsfordelingen mellom ulike grupper i tannhelsetjenesten endre seg?

Den norske tannhelsemodellen har vært en suksess. De aller fleste i Norge har god tannhelse og spesielt i tannhelsen til barn og unge har det vært en markant forbedring. Rundt 90 prosent av den voksne befolkningen i Norge går regelmessig til tannlege. Eventuelle problemer oppdages og behandles derfor tidlig. Tilgangen på tannhelsetjenester er god i hele landet, og de aller fleste voksne er fornøyd med sin tannhelsesituasjon. Det gjelder også den eldre delen av befolkningen.

Det er derfor grunn til å tro at behovet for tannhelsetjenester i fremtiden vil være mindre enn det er i dag. Det usikre kortet er eldrebølgen og hva som skjer med de syke eldre som nå vil ha egne tenner hele livet. Det er også usikkert hva en høyere innvandring vil ha å si for behovet for tannhelsetjenester. Grytten og medarbeidere argumenterer i sin artikkel for at dette ikke vil ha stor innvirkning.

Bedre økonomi fører til høyere forbruk av tjenester. Men tannhelse er helse. Diagnose og behov skal styre mengde tannbehandling, og vi vet at norske tannleger fortsatt har lite fokus på rent estetisk behandling. Bedre økonomi vil derfor, sannsynligvis og heldigvis, ha lite innvirkning på etterspørselen etter tannhelsetjenester. Nye tall indikerer også at selv ved lav pasienttilgang utfører ikke norske tannleger mer behandling enn nødvendig på pasientene. Dette er meget gledelig og viser at norske tannleger har en høy etisk standard.

Hvis vi ser på antall innbyggere per årsverk i dag, kan vi som tidligere

beskrevet registrere at tannlegedekningen er relativt god. Tilbakemeldinger om økt konkurranse i privat sektor tyder dessuten på at det finnes noe ledig kapasitet i sektoren. Grytten og medarbeidere peker også på en reservekapasitet i offentlig sektor.

NTF mener at det er meget viktig å opprettholde en god odontologiutdanning i Norge, fordi vi selvfølgelig vil ha behov for dyktige, norskutdannede tannleger også i fremtiden! Vi er også opptatt av at tannlegedekningen i landet vårt skal være god. Men hverken samfunnet, tannlegene eller pasientene er tjent med en overproduksjon av tannleger.

Grytten med flere konkluderer med at de ikke finner faglig belegg for å øke nettotilgangen av tannleger. De peker på at det vil være hensiktsmessig å beholde utdanningskapasiteten på dagens nivå. Befolkningsveksten vil da kunne kompensere for den forventede reduksjonen i behandlingsbehovet.

Dette er sentrale momenter i diskusjonen, som vi tar med oss i det videre arbeidet. Det er viktig for NTF å ha oversikt over situasjonen på både studie- og arbeidsmarkedet. Det største usikkerhetsmomentet slik vi ser det, er tilstrømningen av tannleger fra utlandet, og den har vi ingen kontroll over. Endringer i samfunnet rundt oss er en annen faktor som kan gi utslag som er vanskelig å forutsi.

Men en ting er sikkert: Vi lever i en tid med store endringer. Og jeg lover at NTF skal gi klare og tydelige innspill til alle endringsprosessene som berører vår sektor. Så blir det spennende å se hvordan fremtiden faktisk blir.

*Camilla Hanser Steinum*

Veronicha Pedersen, Nina Strand, Tiril Willumsen og Anne Rønneberg

## Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling

Tannhelsepersonell har mulighet til å oppdage tegn på overgrep og barnemishandling. Det er alvorlig for barn å bli utsatt for ulike typer overgrep, og det kan få livslange konsekvenser. Artikkelens mål var å gjøre litteratursøk i PubMed og relevante nettsider, og ut fra dette skissere en kunnskapsbasert saksgang ved bekymring. Ved mistanke om barnemishandling undersøkes det i tre steg: 1. Evaluere fysiske tegn, karies eller fysiske skaders omfang og mønster/form. 2. Foreta en grundig anamnese med fokus på å forstå hvordan og hvorfor skade har skjedd, og om kliniske funn stemmer overens med den forklaringen som blir gitt. 3. Undersøke/vurdere situasjonen i sin helhet. Dette gjelder aspekter ved barnets atferd, forholdet mellom foreldre og barn, underliggende risikofaktorer eller kjennetegn på emosjonell mishandling eller omsorgssvikt. God journalføring og dokumentasjon er avgjørende. Bruk av sjekklister og standardisert saksgang for melding til barnevern bør være lett tilgjengelig på alle tannlegekontorer som behandler barn. Ofte vil kliniske funn være diffuse. Det er ikke tannhelsepersonellens oppgave å stille diagnosen barnemishandling, men man er lovpålagt å melde faglig begrunnet bekymring. Det er viktig å skape bevissthet blant tannhelsepersonell, samt senke terskelen for faktisk å melde fra.

**M**yndighetsalderen i Norge er 18 år, og alle personer under 18 år defineres som barn etter norsk lovgivning (1). De fleste barn vokser opp i trygge omgivelser, men noen blir utsatt for overgrep av sine foreldre eller andre, ofte i nære relasjoner. Nyere forskning viser hvor skadelig det er for barn å bli utsatt for repeterende negative barndomsopplevelser. Undersøkelsen «The Adversed Childhood Experiences Study» (2) viser hvordan repeterende negative barndomsopplevelser har sammenheng med sykdom i voksen alder. Vold og stress, i litteraturen kalt «Toxic stress», påvirker hjernen og jo tidligere, jo mere skadelig. Helt fra fosterlivet kan barnet bli utsatt for negativt stress og forhøyet nivå av stresshormoner. Dette vil kunne påvirke utviklingen av hjernen svært negativt og gi varige skader (3). Traumer i ung alder kan også påvirke og medføre epigenetiske forandringer, noe som vil gi livslange konsekvenser (4). Barnemishandling kan defineres som å utsette barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelse eller omsorgssvikt ved forsømmelse av barnets grunnleggende behov (5). De fleste overgrepene foregår i barnets nære relasjoner (6). Studier har vist at opptil 2/3 av barns fysiske skader pga. av mishandling er påført hode, hals- og nakkeregionen (7). Dette medfører at tannhelsepersonell er en viktig ressurs for å avdekke eventu-

### Forfattere

Veronicha Pedersen, tannlege. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitet i Oslo og Distrikstannklinikken Kristiansund og Averøy

Nina Strand, tannlege. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitet i Oslo og Varna tannklinikk, Moss

Tiril Willumsen, tannlege, professor. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitet i Oslo

Anne Rønneberg, avdelingstannlege og spesialist i pedodonti. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Universitetet i Oslo

### Hovedbudskap

- Økt kunnskap og bevissthet blant tannhelsepersonell om barnemishandling, kan hjelpe barn til et bedre liv.
- Tannhelsepersonell er lovpålagt å melde fra til barnevernet ved mistanke om barnemishandling.
- Det er ikke tannhelsepersonellens oppgave å stille diagnosen barnemishandling, men å melde faglig begrunnet bekymring.
- God journalføring og dokumentasjon gir grunnlag for adekvat informasjon til barnevernet.
- Etablering av nasjonale prosedyrer med sjekklister og standardisert saksgang er viktig for å kvalitetssikre tannhelsetjenestens meldeplikt.

Tabell 1. Forskjell på diagnostisering av tilfeldige og påførte skader

	Tilfeldige skader	Påførte skader
Lokalisasjon	På ytre deler av kroppen (spesielt på «benete fremspring»)	Områder som normalt er beskyttet mot tilfeldige skader
Side	Unilaterale skader	Bilaterale skader
Antall/nivå	Enkeltstående skade	Multiple (repeterende) skader under ulike tilhelingsstadium
Gjenfortellelse av hendelsesforløpet	Gjenfortellelse/historie i overensstemmelse med skade	Gjenfortellelse ikke i overensstemmelse med skade (eks. usannsynlig, vag eller tvilsom)
Overensstemmelse med type skade og barnets alder og/eller utviklingsnivå	Skade i overensstemmelse med utviklingsnivå (eks lite barn som faller mot bordben)	Ingen overensstemmelse (eks: spedbarn som faller mot bordben: dyttet av forsørger) «Children who don't cruise, don't bruise»
Skademønster (tilstedeværelse av spesielle merker)	Ingen bestemte mønster	Kan ha ulike mønster fra evt. gjenstander (eks belter, bitemerker, negler, sigarett)
Tidspunkt når man søker behandling/hjelp	Øyeblikkelig kontakt etter skade	Med mindre skadeomfanget er ekstremt, oppsøker man gjerne hjelp/behandling påfallende sent etter påført skade.
Pasient vs. omsorgsperson	Samme gjenfortellelse vedrørende hendelsesforløpet	Ulik gjenfortellelse vedrørende hendelsesforløpet
Hvordan skadene tilheles	God og fullstendig tilheling	Tilbakefall, tilheles ikke

elle overgrep. Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) innkaller alle barn jevnlig fra ca. 3-års alder og frem til 18 år. Det gir en unik mulighet til å følge barna gjennom hele oppveksten. Blant helsepersonell er det bare tannhelsetjenesten som ser og observerer barn jevnlig gjennom barne- og ungdomsårene. Tannhelsepersonell vil derfor komme i situasjoner hvor hjelpetiltak og kunnskap om emnet er nødvendig. I 2008 var det ca. 34 500 barn som av ulike grunner ikke mottok tilbudet fra DOT. «Jeg mener det er grunn til å rette ekstra oppmerksomhet mot de ca. 34 500 barna som ikke møtte ved innkalling, eller hvor foreldrene takket nei til innkalling til tannhelsekontroll», sa daværende Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (8).

Ifølge norsk lov er tannhelsepersonell lovpålagt å melde fra til barnevernet ved mistanke om barnemishandling. Det er en stor fylkesvis spredning mht. bekymringsmeldninger til barnevernet fra tannhelsetjenesten. Fra Helsedirektoratet opplyses det at det har vært ca. 500 bekymringsmeldinger fra DOT til barnevernet på landsbasis hvert år de siste 3 årene. Tallene for 2013 varierer fra 3 i ett fylke til 61 i et annet. En mulig forklaring på den store spredningen kan blant annet skyldes at tannhelsepersonell vegrer seg for å melde, samt usikkerheten omkring hvilke situasjoner man faktisk bør melde fra om. I en masteroppgave fra 2008 av Urke, Hernes og Kristiansen, ved Det odontologiske fakultet i Oslo, ble det gjennomført en spørreundersøkelse om tannlegers kunnskap om rutiner ved mistanke om barnemishandling. Undersøkelsen viste at 84 % av tannlegene som responderte (fylkene Oslo, Sør-Trøndelag og Rogaland), mente at allmentannlegen ikke hadde god nok kompetanse til å kunne vurdere tegn og atferd som kan skyldes barnemishandling/omsorgssvikt. Av respondentene, ønsket 96 % å lære mer om identifisering av fysisk mishandling, og 80 % hadde i løpet av sin yrkeskarriere

hatt mistanke om barnemishandling. Samme type undersøkelse blant tannleger og tannpleiere ble utført kort tid etter i Danmark. Av de spurte, svarte 75 % at de ønsket og følte behov for videre opplæring rundt rutinene ved mistanke om og tegn på overgrep (9).

Dette kan tyde på at tannhelsepersonell generelt ønsker mer opplæring rundt temaet barnemishandling og bekymringsmeldinger. Det foreligger pr i dag ingen norsk veileder for hvordan tannhelsetjenesten skal forholde seg til denne type problemstillinger.

Målene med artikkelen er 1. å gi en oversikt over litteratur og kunnskap vedrørende tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling, basert på litteratursøk, 2. å utarbeide forslag til saks-

Tabell 2

Spesielt å legge merke til
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidligere bekymringer for barnet eller søsken</li> <li>• Kommer sent til behandling, eller ikke møter</li> <li>• Anamnesticke eller mangelfulle opplysninger i fremstillingen for eksempel forsinkelse/unødvendig somling i forklaringen på en eventuelt oppstått skade</li> <li>• Avvik mellom forklaringen og funn ved undersøkelsen</li> <li>• Avvikende forklaring/opplysning fra foresatte og barnet/ungdommen</li> <li>• Skader i hode-hals-området: lokalisering, utbredelse/omfang, har skaden en spesiell form/mønster</li> <li>• Barnets generelle fremtoning og generelle hygiene</li> <li>• Vekst og utvikling samsvarer ikke med barnets alder</li> <li>• Oppførsel og samspill med foreldre/foresatte</li> <li>• Legg spesielt merke til tegn på «frozen watchfulness» (stiv aktpågi-venhet), hvor det virker som barnet tar inn alt som skjer, men på en isolert/atskilt, varsom/forsiktig eller engstelig måte (2)</li> </ul>

gang ved melding av bekymring fra tannhelsetjenesten til barnevernet.

## Materiale og metode

Litteratursøk ble gjort som søk i databasen PubMed med søkeordene «dental, abuse, neglect, child». Søket ble avgrenset til siste 10 år, engelsk, dansk, svensk og norsk språk.

Ved søk på aktuelle nettsider, ble en britisk nettside, [www.cpd.org.uk](http://www.cpd.org.uk) «CPDT- Child protection and the dental team», funnet relevant. I tillegg ble det undersøkt informasjon fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (DOT).

Forslag til saksgang ved melding av bekymring til barnevernet ble utarbeidet basert på funn i overnevnte søk.

## Resultater

### Definisjoner

1. Fysisk mishandling: Involverer grov vold mot barn som slag, risting, kasting, forgiftning, brenning, drukning, kvelning eller andre måter å skade barnet på fysisk. Gjelder når en foresatt eller annen omsorgsperson med overlegg voldet et barn skade. (6)

2. Psykisk mishandling: Persisterende følelsesmessig mishandling av barn, som gir alvorlige og vedvarende skader på barnets emosjonelle utvikling (6).

3. Seksuelle overgrep: Involverer det å tvinge et barn eller en ungdom i å ta del i seksuelle aktiviteter. Aktivitetene kan involvere fysisk kontakt, inkludert penetrering. Kan inkludere ikke-direkte kontakt som å få barn til å se på eller delta i pornografisk aktivitet, se på seksuelle aktiviteter eller oppmuntre barn til å opptre på seksuelt upassende måter. Handlingen baserer seg primært på den voksnes behov, og han/hun utnytter barnets avhengighet og/eller egen maktposisjon (6,10).

4. Omsorgssvikt: Ikke å møte et barns grunnleggende fysiske og/eller psykiske behov, som sannsynligvis vil resultere i utilstrekkelighet i barnets helse eller utvikling. Vanskjøtsel er den vanligste formen for omsorgssvikt og innebærer at barnet ikke får dekket de grunnleggende behov som påkledning, tannpuss eller ernæring (11).

Det kan også inkludere forsømmelse av et barns grunnleggende emosjonelle behov (6).

### Forekomst

En norsk undersøkelse fra NOVA fra 2007 viste at tilnærmet 25 % av 7033 elever i videregående skole hadde opplevd minst ett tilfelle av fysisk overgrep fra en forelder (for eksempel blitt dyttet, ristet, lugget, slått med flat hånd), 8 % rapporterte grov vold fra en forelder og 2 % fra begge foreldre. Samme undersøkelse viste at andelen barn og unge som var utsatt for seksuelle overgrep, var 15–22 % av jentene og 7–8 % av guttene (12).

For mange barn er mishandling en kronisk tilstand, og mishandling kan ha konsekvenser for resten av livet. Barnemishandling virker negativt inn på psykisk helse og bidrar vesentlig til mange alvorlige lidelser, både fysiske og psykiske. (13). «De alvorlige og langvarige konsekvensene betyr at mer bør investere

i forebygging og terapeutiske strategier for yngre barn», konkluderer Gilbert i Lancet i 2008 (14)

Overgrep er ofte underrapportert. Dette kan blant annet skyldes et ønske om å skjule overgrepet pga. skyldfølelse, skam, fornektelse eller redsel for egen trygghet. Det kan også skyldes at de som burde rapportere ikke ser mishandlingen. «Du ser det ikke før du tror det – tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0–6 år» var den dekkende tittelen på en nasjonal konferanse med et særlig blikk på barn som utsettes for vold og seksuelle overgrep i 2013 (11). Regjeringen lanserte også 2. september 2013 en strategi for å bekjempe vold i nære relasjoner: «Barndommen kommer ikke i reprise» (15). Dette er viktige dokumenter i arbeidet for å sette fokus på barnemishandling og overgrep.

### Kjennetegn

Tannhelsepersonell jobber i nær kontakt med barn og ungdom, i en godt opplyst situasjon og har følgelig en unik mulighet til å legge merke til fysiske skader i hode-halsregionen. Barnets forhold til egen munn, samspillet med foresatte og manglende fremmøte er viktige faktorer som kan si noe om det er grunn til bekymring.

Barnet selv, en foresatt eller en annen person kan fortelle om overgrep, men det er mange grunner til at det er få som forteller. Barn kan være for unge eller ha et avhengighetsforhold til overgriper. Barn og unge er svært lojale. Det er derfor viktig med observasjon av adferd, tegn og symptomer som kan tyde på ulike typer overgrep.

### Fysisk mishandling

Traumer mot hode-halsregionen forekommer i mer enn halvparten av tilfellene hvor det er snakk om overgrep på barn (7). Nettstedet [www.cpd.org.uk](http://www.cpd.org.uk) viser god oversikt over utsatte områder på kroppen for fysisk mishandling. Spesielt observant skal man være ved skader på siden av halsen og bak ørene. Dette området betgnes som «triangle of safty» (6).

En rekke studier fra ulike land har fastslått at 19–33 % av hodeskader hos unge barn er påført. Myhre et. al, fant i en norsk studie fra Oslo Universitetssykehus, Ullevål og Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), at 19 % av alvorlige hodeskader hos barn under 36 måneder er påført (17).

Det er alltid viktig å huske på at et barn med én skade, kan ha flere «ikke-synlige» skader. I tilfeller hvor det er mulig, bør det tilstrebes samarbeid med blant annet barnelege, hvor barnet kan få en mer omfattende medisinsk undersøkelse.

Påførte, ikke-tilfeldige skader er ofte årsak til sykdom og dødelighet hos barn og unge. Roaten et. al sammenliknet tilfeldige skader med påførte skader, og fant ut at pasienter som var påført skader var yngre, mer alvorlig skadet og trengte lengre sykehusopphold enn pasienter med tilfeldige skader (18).

Fysiske skader inkluderer oftest blåmerker i bløtvevet, brannsår, sår forårsaket av mishandlers negler, ringer eller bitermerker og har spesifikk lokalisasjon og utforming (se tabell 1 og 2 og figur 1).

Kliniske fotos og/eller gode skriftlig beskrivelser er viktig dokumentasjon.

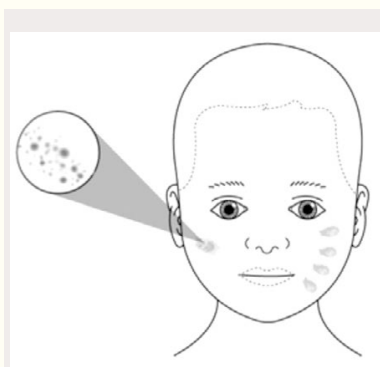
### Psykisk mishandling

Det kan være lett å overse. De viktigste ledetrådene når det gjelder psykisk mishandling, ligger i barnets atferd og emosjonelle tilstand, samt barnets samspill med foreldrene. Psykisk mishandlede barn har ofte forsinket intellektuell utvikling, dårlig kontroll over egen atferd og liten evne til følelsesregulering. Barnet kan opptre klengete og bli bekymret når en forelder ikke er tilstede, eller alternativt bli aggressiv, lite samarbeidsvillig og ha vanskeligheter med å konsentrere seg. Andre tegn kan være at barnet er tilbaketrukket, vaksom og preget av angst. Eldre barn kan skade seg selv, misbruke ulike rusmidler, vise kriminell atferd, rømme hjemmefra og kan ha problemer i forhold til utdanning (6).

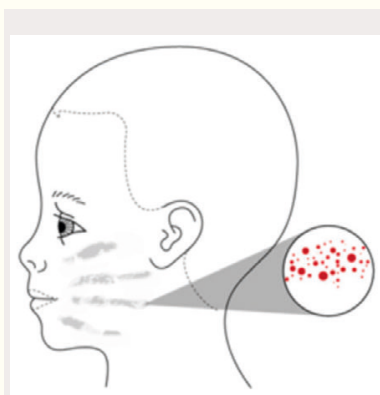
### Seksuelle overgrep

Barn og unge som utsettes for seksuelle overgrep er vanskelig å oppdage. Psykiske og atferdsmessige tegn som angst, depresjon, selvskadning, spiseforstyrrelser, rusmisbruk kan være symptomer. Som tannhelsepersonell skal man være spesielt oppmerksom på pasienter som viser tegn til å dissosiere under tannbehandling. Dissosiasjon er når personens tankemessige atferd og virkelighet frakoples den situasjonen han/hun er i. Hun/han vil ha varierende erindring om hva som har skjedd i etterkant. Klinisk kan det se ut som om barn «trekker seg inn i seg selv» eller utagerer. Det oppleves fra omgivelsene som om barnet blir uimottagelig for kontakt.

I sjeldne tilfeller kan man se intraorale tegn som erytem, ulcerasjoner og vesikkeldannelse som følge av gonoreé eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Erytem og petekker på grensen



Figur 1. Avtrykk av gripemerker kan forekomme dersom et ungt barn har blitt holdt eller for eksempel tvangsforet. Legg merke til det runde tommelfingeravtrykket på det ene kinnet og 3 eller 4 fingermønstre på det andre. Man bør også kontrollere om det foreligger intraorale skader. Illustrasjon: Jan Unneberg, UiO.



Figur 2. Avtrykk etter slag med flat hånd. Legg merke til de parallelle linjene av petekker med fingerbredden avstand. Illustrasjon: Jan Unneberg, UiO.

mellom den harde- og bløte gane kan være en indikasjon på oral penetrasjon (6).

### Omsorgssvikt

Barn utsatt for omsorgssvikt kan gjenkjennes ved dårlig fysisk allmenntilstand, nedsatt høyde-vekst og redusert kognitiv utvikling. Sensitiv og tilpasset omsorg tidlig i livet er essensielt for utvikling av selvbildet.

Eldre barn kan ha atferdsmessige problemer, vanskeligheter med å danne relasjoner og emosjonelle problemer (6). Når det gjelder tannhelse kan omsorgssvikt beskrives som manglende oppfølging av nødvendig tannhelse. Hvis orale problemer er diagnostisert og passende behandling er tilbudt, kan følgende punkter være bekymringsindikatorer: uregelmessig oppmøte og «ikke-møtt» til avtaler, problemer med å gjennomføre planlagt behandling, gjentatte «akutt-situasjoner» samt grav karies.

### Differensialdiagnoser

Det er flere sykdommer som kan forveksles med fysisk mishandling. Impetigo- og herpeslesjoner kan eksempelvis ligne påførte sigarettmerker, ulike fødselsmerker kan forveksles med blåmerker og konjunktivitt kan forveksles med traume mot øyet. Alle barn som får lett og/eller mange blåmerker bør undersøkes med hensyn til blødningsforstyrrelser eller annen systemisk sykdom. Emaljemineraliseringsforstyrrelser kan være en differensialdiagnose til karies. Det finnes eksempler der det har blitt sendt bekymringsmelding om tannstatus, og så har det vist seg at barnet har Amelogenesis imperfecta. Gode anamnesticke opplysninger er av stor viktighet. Langtids sykdom kan eksempelvis forklare grav karies. Det er av stor betydning at alle funn journalføres, fotograferes eller evt. tegnes (hvis ikke tillatelse til foto blir gitt, bør dette journalføres og man kan evt. tegne på eget ark som blir vedlagt journal), slik at det gir god dokumentasjon.

### Utsatte grupper

Noen individer eller grupper av barn kan være mer utsatte for misbruk eller omsorgssvikt grunnet ulike risikofaktorer i deres familie eller miljø. Identifisering av disse gruppene kan muliggjøre at tannhelsepersonell kan respondere bedre på ulike bekymringstegn.

Det er viktig ikke å stigmatisere familier med disse spesifikke risikofaktorene. Personer som har høyere risiko for overgrep eller å neglisjere sine barn, kan være unge eller single foreldre, foreldre med læringsvansker, de som selv har hatt en dårlig oppvekst og de med mentale helseproblemer, inkludert rusproblematikk. Disse personene trenger ofte ekstra støtte for å klare å møte sine barns behov, og kan være mer sårbare for de utfordringene man står overfor som foreldre (6).

Familier som befinner seg i dårligere stilte sosiale miljøer, eksempelvis grunnet fattigdom, sosial isolasjon eller dårlige boforhold, kan synes at det er vanskeligere å ta vare på sine barn både materielt og sosialt (6).

Yngre barn er mer sårbare for fysisk mishandling og omsorgssvikt. Minst 10 % av all mishandling involverer barn under 1 år.

Derimot involverer seksuelt misbruk ofte eldre barn (6). En studie fra Sverige viser at barn med langvarig sykdom eller funksjonsnedsettning har tilnærmet dobbel risiko for å bli utsatt for fysisk mishandling, sammenlignet med friske barn (19). Barn som er diagnostisert med ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) antas å være en sårbar gruppe overfor overgrep. Flere av effektene etter overgrep kan forveksles med tegnene på ADHD. I en artikkel fra Universitetet i Tromsø, «ADHD-diagnoser kan skjule overgrep», ble det lagt frem at ADHD allerede i 1994 var den vanligste diagnosen for seksuelt misbrukte barn. Også andre atferdsdiagnoser, for eksempel Asberger syndrom, kan skjule mulige overgrep (20,21).

### Retningslinjer for tannhelsetjensten

På bakgrunn av litteraturgjennomgang foreslås tre steg i undersøkelse og vurdering:

1. Evaluere fysiske tegn, karies eller fysiske skaders omfang og mønster/form.
2. Foreta en grundig anamnese med fokus på å forstå hvordan og hvorfor skade har skjedd, og om kliniske funn stemmer overens med den forklaringen som blir gitt.
3. Undersøke/vurdere situasjonen i sin helhet. Dette gjelder aspekter ved barnets atferd, forholdet mellom foreldre og barn, underliggende risikofaktorer eller kjennetegn på emosjonell mishandling eller omsorgssvikt.

Forslag til sjekkliste er beskrevet i tabell 3

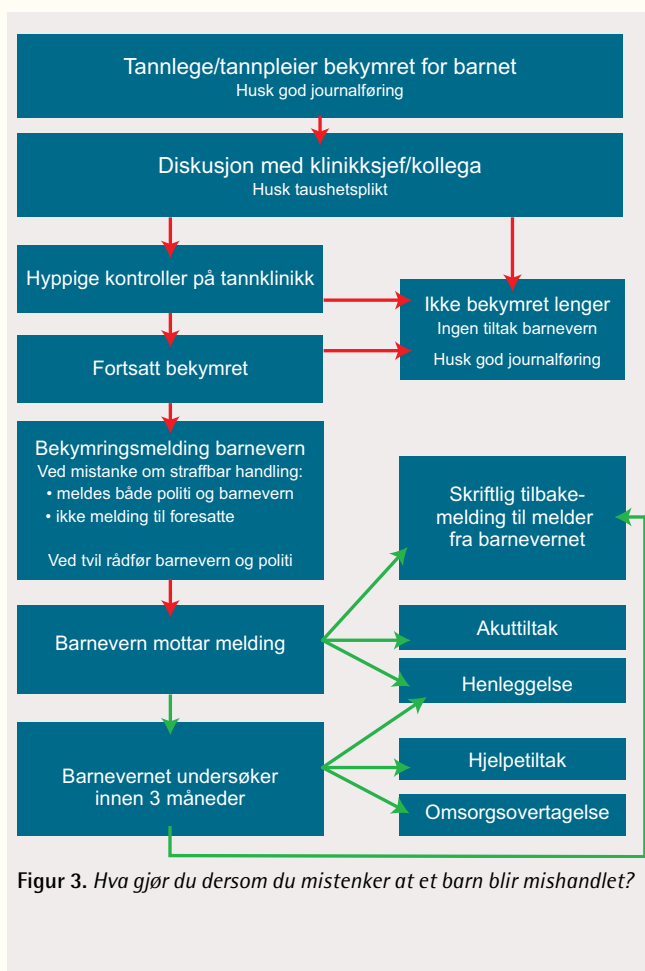
Dersom svaret er ja på ett eller flere av spørsmålene i sjekklisten, bør man vurdere å sende en bekymringsmelding til barnevernet. Det kan være nyttig å ta en telefon og eventuelt diskutere anonymt med barnevernet eller politiet (der man mistenker straffbare forhold) i forkant. Vær oppmerksom på taushetsplikten.

### Samtale med barnet

Det er en god rutine å spørre barnet om årsaken til eventuelle skader, stille åpne spørsmål og oppmuntre til å fortelle hvis de uoppfordret informerer om overgrep. Man skal unngå å stille ledende spørsmål og bør respondere rolig og vennlig med en ikke-dømmende holdning. Et barn som kommer med en avsløring om

Tabell 3

Sjekkliste	Ja	Nei
Har det vært flere episoder med «ikke- møtt» til timeavtaler hvor det ikke foreligger en tilstrekkelig forklaring?		
Har barnet skader som ikke kan forklares?		
Er det samsvar mellom forklaring og skade?		
Endrer forklaringen seg fra gang til gang?		
Er du bekymret for barnets atferd?		
Er du bekymret for barnets forhold til omsorgsperson?		



Figur 3. Hva gjør du dersom du mistenker at et barn blir mishandlet?

overgrep, skal alltid bli tatt på alvor. Ved ønske om å holde dette skjult, bør dette ikke gjøres, men i stedet forklare barnet at man må dele denne informasjonen for å kunne hjelpe, og at man vil forklare med hvem og når det vil bli gjort.

### Saksgang ved mistanke

Helsepersonelloven (1999) § 33 sier: «Uten hinder i taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt».

God journalføring er viktig. Opplysninger av spesiell interesse for barnevernet er tannstatus, munnhygiene, traumer mot tenner eller hode-halsregion, angst før, under eller etter behandling, samarbeid med foresatte, eventuelle narkosebehandlinger og antall og årsak til uteblitte eller avbestilte timer (22).

Skjema for saksgang ved bekymring i tannhelsetjenesten er vist i figur 3

I 2012 mottok 53 200 barn og unge i alderen 0–22 år tiltak fra barnevernet. De aller fleste, 83 %, mottok tiltak i form av hjelpeiltak, mens 17 % resulterte i omsorgstiltak. Barn det er vedtatt omsorgsovertagelse for, kan plasseres i fosterhjem (gjelder ved langvarige opphold) eller institusjon (gjelder ofte dersom barnet har vist alvorlige atferdsvansker) (23).

Tabell 4

Momenter som det er verdt å tenke på i samtale med barn:
Vær <i>åpen</i> for å ta imot det barnet måtte ønske å fortelle om seksuelle overgrep
Barnet bør i størst mulig grad <i>fortelle fritt</i>
Det er viktig at det <i>ikke stilles ledende spørsmål</i>
Ikke flere spørsmål enn nødvendig for å forvise deg om at du har forstått barnet rett eller avklare hvordan barnet kan hjelpes videre.
Det må <i>ikke gis løfter</i> om at betroelsen ikke skal bringes videre.
Etter samtalen må <i>spørsmål og svar skrives ned</i> så nøyaktig og ordrett som mulig. Dette er svært viktig for videre saksgang.
Vis empati, men ikke involver egne følelser i for stor grad.
Mer inngående samtaler med barn om mulige overgrep med tanke på å avdekke straffbare forhold er barnevernets, politiets og rettsvesenets oppgave.

#### Rettsmedisinske aspekter ved barnemishandling

Enhver situasjon hvor et barn har blitt skadet som et resultat av mishandling eller omsorgssvikt, innebærer en potensiell, straffbar handling utført mot barnet. Ansvar for videre kriminaletterforskning ligger hos politiet og følges ofte opp av egen familievoldsgruppe eller egen etterforskningsenhet, avhengig av hvor i landet man befinner seg.

Som tannhelsepersonell kan man bli pålagt å møte som sakkyndig og/eller vitne.

#### Diskusjon

Tannhelsetjenesten har en unik mulighet til å avdekke barnemishandling og omsorgssvikt. De er helsepersonell som ser barn og unge jevnlig opp til fylte 18 år. Fysisk mishandling skjer ofte i hode- halsresjonen. Å være utsatt for seksuelle overgrep påvirker ofte mestring av tannbehandlingssituasjoner. Dette kan komme til uttrykk som vegring, angst, fobi, brekninger eller dissosiering.

Barnemishandling kan avdekkes på grunn av funn, diagnoser og symptomer, som igjen kan tyde på at et barn eller ungdom har vært utsatt for barnemishandling eller omsorgssvikt. Bright et al. viser i sine undersøkelser at barn utsatt for repeterende negative barndomsopplevelser (2, 24) oftere hadde nedsatt oral helse med økt forekomst av tannverk. Jo flere repeterende negative barndomsopplevelser, jo dårligere var den orale helsen. De kliniske funn og bevis kan være diffuse, og mishandling vanskelig å påvise. Det er derfor viktig å skape situasjoner som gir mulighet for barnet til å fortelle. Jensen et al (25) fant at barn utsatt for overgrep opplevde at det var vanskelig å finne egnede anledninger til å fortelle om noe de opplevde som privat, skamfullt og truende. Slike situasjoner krevde god tillit og fortrolighet. Som tannhelsepersonell har man anledning til å bygge opp en slik tillitt gjennom hyppige konsultasjoner. I samtale med barne- og ungdomspasienten kan man stille åpne spørsmål (tabell 4). Kan-

skje vil pasientene fortelle om opplevelser relatert til barnemishandling og overgrep. Hvis pasienten ikke er i stand til å fortelle ved første anledning, har man åpnet for senere samtaler om temaet. En mulig rutine for å gi barn anledning til å fortelle, kan være at tannhelsepersonell på et tidspunkt, under en rutineundersøkelse snakker med barnet uten foresatte til stede. Ved eldre barn/ungdommer kan man lage rutine på at man får pasienten på tomannshånd spør hvordan han/hun har det. Ved siden av omsorgsvikt og overgrep kan andre ting som for eksempel mobbing eller selvskading komme frem i slike samtaler.

Hvis barnet har gitt uttrykk for noe som gir mistanke, er det viktig å reagere. Åse Langballe, forsker ved NKVTS, skriver i sin doktorgrad om dommeravhør av barn. Særlig små barn, holder snarere igjen enn å overdrive når de forteller om overgrep gjort av en person som står dem nær (26).

Tannhelsetjenesten i Norge har de siste årene utarbeidet ulike modeller for å sikre at man melder til barnevernet, men det er store fylkesvise forskjeller. Det bør tilstrebtes å lage en nasjonal plan for melderutiner til barnevern og ev. politi, slik Helsedirektoratet har foreslått (23). Det bør utarbeides nasjonale samarbeidsrutiner med de ulike kommuners barnevernstjeneste og tannhelsetjenesten. Det vil kvalitets sikre meldeprosessen i større grad og gi økt trygghet for både barna og tannhelsepersonellet.

#### Konklusjon

Det er ikke tannhelsepersonellens oppgave å stille diagnosen barnemishandling, men det er derimot vår oppgave å dele vår bekymring. Det er viktig å skape økt bevissthet blant tannhelsepersonell, samt senke terskelen for faktisk å melde fra. Bruk av sjekklister og standardisert saksgang bør være lett tilgjengelig ved alle tannlegekontorer som behandler barn. Dette bør også være en del av et tilpasset oppsett i elektronisk pasientjournal. Gode samhandlingsrutiner mellom de ulike forvaltningsnivåer som jobber med barn og unge, er av stor viktighet. Det bør tilstrebtes å utarbeide nasjonale rutiner og veiledere slik at barn og unge ivaretas på en best mulig måte.

#### English summary

Pedersen V, Strand N, Willumsen T, Rønneberg A.

#### Routines for dental staff to report concern for child patients.

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 320–6.

Dental professionals have opportunities to disclose child abuse and neglect.

The aim was to review relevant literature and make suggestions for routines for Norwegian health professionals. On suspicion of abuse or neglect dental examination should have 3 steps: 1) evaluation of physical signs, injuries and/ or dental caries 2) a thorough anamnesis and 3) a holistic evaluation of the situation (the child's behavior, the relationship between child and parent and presence of risk factors). Accurate dental records are essential. Checklists and standardized procedures for reporting to re-

gional child welfare and consultation teams should be available in all dental clinics treating children and adolescents.

Clinical signs of abuse and neglect may be diffuse. Children withhold rather than exaggerate information when reporting abuse from a closely related grown up.

It is not the dental professionals' task to diagnose child abuse or neglect, but Norwegian laws impose dental staff to report concerns to regional child welfare and consultation teams. Efforts should be made to prepare national procedures and guidelines so that children and adolescents are safeguarded in the best possible way.

## Referanser

1. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Definisjoner og begrepsavklaringer. [https://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/bld/veiledninger\\_brosjyrer/2002/mistanke-om-ansattes-seksuelle-overgrep-/3/id275373/](https://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/bld/veiledninger_brosjyrer/2002/mistanke-om-ansattes-seksuelle-overgrep-/3/id275373/) (lest 01.12.2014).
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *Am J Prev Med.* 1998; 14: 245–258.
3. Shonkoff JP, Garner AS. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics.* 2012; 129: 232–46.
4. Szyf M. How do environments talk to genes? *Nat Neurosci.* 2013 Jan; 16: 2–4.
5. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Dyb G og Flekke K. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. <http://legeforenningen.no/Fagmed/Norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-6-barnemishandling/> (lest 14. 10 2014)
6. Child Protection and the Dental Team. <http://cpdt.org.uk/index.aspx> (lest 01.08.2014).
7. da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bensel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent.* 1992; 14: 152–157.
8. Barneombudet. Svar fra Helse- og omsorgsdepartementet. <http://www.barneombudet.no/temasider/helse/arkiv/meldeplikt> (lest 01.08.2014)
9. Uldum B, Christensen HN, Welbury R, et al. Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. *Int J Paediatr Dent.* 2010; 20: 361–5.
10. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Tema. Seksuelle overgrep-Barn og unge- Definisjoner og Omfang. [http://www.nkvts.no/tema/Sider/BarnogUnge\\_Definisjonerogomfang-seksuelleovergrep.aspx](http://www.nkvts.no/tema/Sider/BarnogUnge_Definisjonerogomfang-seksuelleovergrep.aspx)
11. Departementene. Du ser det ikke før du tror det-Rapport fra nasjonal konferanse om tidlig innsats rettet mot barn I alderen 0–6år. <http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barn%20og%20Ungdom/Konferanserapport.pdf> (lest 01.08.2014)
12. Mossige S, Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA; 2007. NOVA rapport 20/07
13. Folkehelseinstituttet. Fakta om barnemishandling. [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263; 0: 25,6368&MainContent\\_6263=6496; 0: 25,6389&Content\\_6496=6430: 106489: : 0: 6182: 1: : : 0: 0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263; 0: 25,6368&MainContent_6263=6496; 0: 25,6389&Content_6496=6430: 106489: : 0: 6182: 1: : : 0: 0) (lest 01.08.2014)
14. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2008; 08: 61706–7.
15. Barndommen kommer ikke i reprise. [http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2013/barndommen-kommer-ikke-i-reprise.html?id=744482](http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rapporter_planer/rapporter/2013/barndommen-kommer-ikke-i-reprise.html?id=744482) (lest 14.10.2014)
16. Lincoln HS, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Sci Int.* 2010; 201: 68–73.
17. Myhre MC, Grøgaard JB, Dyb GA, et al. Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Paediatr.* 2007; 96: 1159–63.
18. Roaten B, Partrick DA, Nydam TL, et al. Nonaccidental trauma is a major cause of morbidity and mortality among patients at a regional level 1 pediatric trauma center. *J Pediatr Surg.* 2006; 41: 2013–5
19. Svensson B, Bornehag CG, Janson S. Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse- but vary with socio-economic circumstances, Mars 2011, *Acta Paediatr.* 2011; 100: 407–412
20. UiT. ADHD-diagnoser kan skjule overgrep. [http://en.uit.no/nyheter/artikkel?p\\_document\\_id=328504](http://en.uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=328504) (lest 01.08.2014)
21. Kirkengen AL, Thornquist E. Når diagnoser gjør blind. *Kronikk. Tidsskr Nor Legeforen.* 2013; 133: 1466–8.
22. Bekymringsmeldinger i tannhelsetjenesten. Hva kan barnevernstjenesten spørre tannhelsetjenesten om i en undersøkelsesfase? <http://www.helseidrettsdirektoratet.no/Om/nyheter/Documents/bekymringsmeldinger-i-tannhelsetjenesten.pdf> (lest 01.08.2014)
23. Statistisk Sentralyrå. Barnevern 2012. <http://www.ssb.no/barnevern/> (lest 01.08.2014)
24. Bright MA, Alford SM, Hinojosa MS, Knapp C, Fernandez-Baca DE. Adverse childhood experiences and dental health in children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; [Epub ahead of print].
25. Jensen TK, Gulbrandsen W, Mossige S, Reichelt S, Tjersland OA. Reporting possible sexual abuse: a qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse Negl.* 2005; 29: 1395–413.
26. Langballe Å, Gamst KT, Jacobsen M. Den vanskelige samtalen. Barnevernspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse. Rapport 2/2010. NKVTS.

Adresse: Anne Rønneberg, Klinikk for allmenn odontologi – barn, IKO, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo.  
E-post: [anne.ronneberg@odont.uio](mailto:anne.ronneberg@odont.uio)

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Pedersen V, Strand N, Willumsen T, Rønneberg A. Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 320–6.



# PRIS: 17 NOK\* PR. ARBEIDSTIME

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

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

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

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

\* Besøk [www.xo-care.com](http://www.xo-care.com) og finn ut mer



## XO SERTIFISERTE SAMARBEIDSPARTNERE:

Jacobsen Dental A/S • [jacobsen-dental.no](http://jacobsen-dental.no) • 22 79 20 20

Dental Digital Norge A/S • [digora.no](http://digora.no) • 40 00 69 88

Dental Service A/S • [dentalservice.no](http://dentalservice.no) • 55 22 19 00

**XO**<sup>®</sup>  
[xo-care.com](http://xo-care.com)

Judith Jenny Johanne Kapstad, Trond Storesund og Gunhild Vesterhus Strand

## Bruk av tvang ved tannbehandling – Lov eller ikke?

Denne artikkelen omhandler tannpleie til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg tannhelsehjelp – og hvordan tannhelsepersonellet i slike tilfeller kan nå frem med lovfestet bruk av tvang for å gi nødvendig behandling. Lovreguleringen av bruk av tvang i tjenesteytingen ble iverksatt i 2009 da Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 A ble innført.

Det presenteres funn fra en spørreundersøkelse som ble utført blant tannleger og tannpleiere i de tre vestlandsfylkene Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Resultatene viser at kunnskapen om loven er mangelfull, at det er betydelig usikkerhet om grensene for bruk av tvang og at saksbehandlingen ikke er tilstrekkelig kjent. Undersøkelsen indikerer at det foreligger en underrapportering av tvangsbruk i tannhelsetjenesten.

**H**ovedregelen i lov om pasient- og brukerrettigheter er at all helsehjelp skal være basert på frivillighet og at helsehjelp bare kan gis med pasientens informerte samtykke (1,2). For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (faktaboks 1). Ifølge lovverket har personer over 16 år samtykkekompetanse. Men samtykke kan bortfalle dersom pasienten på grunn av for eksempel senil demens, psykisk utviklingshemning eller ulike former for hjerneskade, åpenbart ikke er i stand til å forstå hva et samtykke omfatter (Faktaboks 2).

Før 1. januar 2009 var det i prinsippet ikke lovlig å bruke tvang for å gi nødvendig tannbehandling til pasienter

som manglet samtykkekompetanse, og som motsatte seg behandling. Dette endret seg da man innførte et nytt kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven (3–4). Loven gir strenge føringer og vilkår for at et vedtak om bruk av tvang kan gjøres. Et absolutt vilkår er at bruken av tvang skal være til pasientens beste, hvilket innebærer at å unnlate å gi helsehjelp vil gi vesentlig helseskade. Tvangstiltaket må stå i forhold til behovet for helsehjelpen, og tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt først. For vedtaksprosessen og krav til dokumentasjon – se faktaboks 3.

Det er den som yter helsehjelp som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. For en tannlege vil det være naturlig å samarbeide med personer som kjenner vedkommende godt – for eksempel annet helsepersonell eller pårørende. Det helsepersonell som er ansvarlig for helsehjelpen, vanligvis en lege eller en tannlege, kan fatte vedtak om bruk av tvang. Den som fatter vedtak, må være faglig kvalifisert til å vurdere alle konsekvenser av tvangen. Før det fattes vedtak, skal det innhentes informasjon fra nærmeste pårørende. Dersom det skal fattes vedtak om alvorlig inngrep, treffes dette alltid i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Loven nevner eksempler på hva som utgjør et alvorlig inn-

### Faktaboks 1

For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen:

- automatisk uten å be om det.
- tilstrekkelig til å få innsikt i helsetilstand og innhold i helsehjelpen.
- om risiki og bivirkninger.
- tilstrekkelig for å kunne avgi samtykke.
- tilpasset mottakerens forutsetninger
- på en hensynsfull måte.
- særlige krav ved stor risiko for skade eller komplikasjoner.
- helsepersonell må forsikre seg om at informasjonen er forstått og nedtegnet i journalen at informasjonen er formidlet.

### Forfattere

Judith Jenny Johanne Kapstad, tannlege. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdeling Sogn og Fjordane

Trond Storesund, tannlege, PhD. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest, avdeling Rogaland

Gunhild Vesterhus Strand, professor, dr.odont. Tannhelsetjenesten i Hordaland, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinsko-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge

## Faktaboks 2

Pasientens beslutningskompetanse kan bortfalle i relasjon til den konkrete helsehjelpen dersom det er overveiende sannsynlighet for at vedkommende ikke er i stand til å enten:

- forstå nødvendig informasjon relevant for beslutningen,
- fastholde informasjonen inntil beslutningen er tatt,
- anerkjenne aktualiteten av informasjonen for sin egen situasjon,
- resonnere på bakgrunn av informasjonen med tanke på å treffe et valg, herunder bruke og veie informasjonen i sin egen situasjon
- uttrykke et valg.

## Faktaboks 3

Saksbehandling i forbindelse med vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A

Følgende forutsetninger gjelder:

1. Pasienten er over 16 år.
2. Pasienten mangler samtykkekompetanse.
3. Pasienten motsetter seg helsehjelp.
4. Tillitsskapende tiltak i tilstrekkelig grad er forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve.
5. Det er gjort tannhelsefaglige vurderinger av om tannhelsehjelpen kan gjennomføres med tvang.

Benytt skjema tilgjengelig hos Helsedirektoratet:

<http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx#vedtaksskjema>

- Skjemaet fylles ut elektronisk før det skrives ut.
- Les veiledning på slutten av skjemaet før du fyller det ut.
- Unngå bruk av stikkord.
- Pasienten skal om mulig underrettes om vedtaket.
- Pårørende skal underrettes om vedtaket, og bør få en kopi av dette (se punkt 13 i skjemaet).
- Det må undersøkes i egen organisasjon hvem som er overordnet faglig ansvarlig. Kopi sendes til vedkommende.
- Kopi sendes til fylkesmannen i fylket.
- Kopi av vedtaket må journalføres.
- Gjennomføringen av tvangstiltaket må journalføres utførlig og nøyaktig.
- Ring til fylkesmannen for veiledning dersom du er usikker på noe.

Fylkesmannen går gjennom alle vedtak, og gir tilbakemelding dersom dette er nødvendig. Fylkesmannen kan også oppheve vedtaket. Ved vedtak som varer lenger enn tre måneder blir det foretatt en obligatorisk kontroll etter tre måneder. Fylkesmannen vil i forkant av dette innhente utfyllende informasjon om pasienten og om gjennomføring av vedtaket så langt. Pasient og pårørende har klagerett på vedtaket..

grep, så som bevegeshindrende tiltak, inngrep i kroppen og bruk av reseptbelagte midler. Det er verdt å merke seg at helsehjelp omfatter alle handlinger som har diagnostiserende, undersøkende, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller habiliterende formål samt pleie- og omsorgsformål. Helsehjelpen

skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett.

Forhold vedrørende tannpleiernes vedtakskompetanse, utdypes i et brev fra Helsedirektoratet (5): «Tannpleiere kan ha vedtakskompetanse etter parlr. § 4 A-5. etter en konkret vurdering i det enkelte tilfelle. Forutsetningen er at tannpleieren er den som er ansvarlig for gjennomføring av den aktuelle helsehjelpen, for eksempel klinisk undersøkelse av tannhelsetilstand eller gjennomføring av munnhygiene. Tannpleieren vil altså ikke kunne fatte vedtak om helsehjelp som en tannlege er ansvarlig for. Videre er det en forutsetning at tannpleieren har de faglige forutsetninger for å vurdere alle konsekvenser av vedtaket, for eksempel hvilke konsekvenser bruk av fysisk makt (holding og lignende) kan ha på pasientens helsetilstand for øvrig. Direktoratet anser imidlertid at vedtak om å gi sederende legemidler i forbindelse med tvungen tannbehandling, skal treffes av lege eller tannlege. Dette må gjelde selv om annet helsepersonell, for eksempel tannpleier, administrerer legemiddelet».

Forekomsten av demente i Norge er stadig økende og utgjør nå ca 80 000 personer. Av disse er 97 % over 65 år. I sykehjem har mellom 75–80 % en alvorlig demensdiagnose (6). Det er utfordrende å stille diagnosen psykisk utviklingshemning. På bakgrunn av ICD-10 klassifikasjonen skal det i Norge være cirka 60 000 personer med en slik diagnose (7,8). Flere av disse kan selv sagt ha en begrenset samtykkekompetanse – og mange lar seg behandle uten motstand. Det høye antallet tilsier likevel at de aller fleste offentlige tannleger og tannpleiere fra tid til annen må ta stilling til om det skal brukes tvang i behandlingssituasjonen – da dette er pasientgrupper de ofte møter fordi de har prioritet i følge Lov om tannhelsetjenester (9).

Det kan være flere grunner for å bruke tvang for å opprettholde en god munnhelse (10). En god oral helse er viktig for ernæring, velvære og sosialt samvær. God munnhelse har også betydning for den generelle helsen – spesielt for individer som er fysisk svekket og har et redusert immunforsvar. I disse tilfeller kan dårlig munnhygiene i ekstreme tilfelle være livstruende. Bakterier fra munnhulen kan trekkes ned i luftveiene eller spres via blodbanen. Dette kan i neste omgang gi opphav til systemiske sykdommer som pneumoni, endokarditt, sepsis og aterosklerose (11). For få år siden ble det publisert et norsk kasus der en infisert tann førte til en svært alvorlig nekrotiserende fasciitt (12).

Ifølge tilsynsrapporter fra Helsetilsynet (13–15) er det ved flere anledninger avdekket mangelfull lovanvendelse, noe som er alvorlig både for pasienter og helsepersonell. Ved tilsynet har man spesielt vektlagt: At motstand mot helsehjelp blir identifisert og at samtykkekompetansen til pasienten blir vurdert, at tillitsskapende tiltak blir prøvd før somatisk helsehjelp blir gitt ved tvang, og at det blir gjort helsefaglige vurderinger av om den aktuelle somatiske helsehjelpen kan gjennomføres med tvang. Det har ikke vært foretatt tilsyn som undersøker om pasienter uten samtykkekompetanse har fått tannbehandling mot sin vilje uten at vedtak er fattet på forsvarlig vis. Tidligere undersøkelser

fra andre deler av helsevesenet har imidlertid vist at bruk av tvang er ganske utbredt (16).

Målet med denne undersøkelsen var å undersøke i hvilken grad tannleger og tannpleiere på Vestlandet har kunnskap om pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 A og om intensjonen bak lovverket etterleves.

## Materiale og metode

### Spørreskjema

Høsten 2013 ble det sendt et spørreskjema per e-post til alle tannleger (n=300) og tannpleiere (n=94) som arbeidet i Den offentlige tannhelsetjenesten i de tre vestlandsfylkene: Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. (Seksten personer var i permisjon og ble ikke kontaktet). Spørreskjemaet ble utviklet av forfatterne for å belyse respondentenes kunnskap om pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4 A. I tillegg til informasjon om yrkesgruppe består skjemaet av 14 spørsmål. Skjemaet ble i forkant testet på tannleger og tannpleiere og justeringer foretatt etter tilbakemeldinger. Teksten på de enkelte spørsmål og svarkategorier er gjengitt i tabell 1 og 2. Studien ble vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og deretter godkjent av de tre fylkestannlegene som var behjelpelig med å sende ut spørreskjemaet elektronisk (Questback). Det ble foretatt to påminnelser til personer som ikke hadde svart ved første henvendelse – dette administreres automatisk av programmet. Alle data er anonyme, og det er derfor ikke mulig å gjøre bortfallsanalyser eller sammenligninger på fylkesnivå. Informasjon om antall skrevne vedtak som er sendt myndighetene (2009–2013), ble innhentet ved henvendelse til fylkesmannens kontor i de tre fylkene.

### Statistiske metoder

Innsamlede data ble analysert ved hjelp av SPSS Statistics 20 (IBM). Responsen fra tannleger og tannpleiere er gjengitt separat. Spørsmålene i tabell 1 er analysert med fullt datasett. I tabell 2 er datasettet begrenset til responsene fra personer som har

svart «ja» på spørsmålet: «Har du skrevet vedtak om bruk av tvang på pasienter?»

De enkelte fordelinger er beskrevet med frekvenser av responser samt manglende svar (missing data) og prosentandeler av samme.

Gruppeforskjeller ble testet med hele datamaterialet for Tannlege versus Tannpleier. Tilsvarende gruppeforskjeller ble også testet innen gruppene for Mann versus Kvinne med datamaterialet for tannlegene og for Aldersgrupper med datamaterialet for henholdsvis tannlegene og tannpleierne. I analysen av alders-

Tabell 1. Spørsmål om tvangsbruk og fordeling av svar blant tannleger (N=196) og tannpleiere (N=64) i region vest

Variabel	Svarkategorier	Tannlege		Tannpleier	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kjønn	Mann	51 (26)	2 (3)		
	Kvinne	143 (73)	66 (97)		
	Ikke besvart	2 (1)	0 (0)		
Alder	< 30	32 (16)	12 (18)		
	30–50	104 (53)	27 (40)		
	> 50	60 (31)	29 (42)		
Kjenner du til loven om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 A?	Ja	156 (80)	56 (82)		
	Nei	27 (14)	5 (8)		
	Ikke besvart	13 (6)	7 (10)		
Hvor har du fått informasjon om dette lovverket?	Kurs	78 (40)*	28 (41)*		
	Informasjon fra NTF	44 (22)*	7 (10)*		
	Informasjon fra Helsetilsynet	58 (30)*	25 (37)*		
	Annet	78 (40)*	25 (37)*		
	Ikke besvart	35 (18)*	11 (16)*		
Behandler du pasienter som mangler samtykkekompetanse?	Ja	132 (67)	36 (53)		
	Nei	47 (24)	23 (34)		
	Ikke besvart	17 (9)	9 (13)		
Vurderer du pasientens samtykkekompetanse før behandling?	Ja	173 (88)	51 (75)		
	Nei	6 (3)	9 (13)		
	Ikke besvart	17 (9)	8 (12)		
Hva legger du i begrepet «tvang»?	Overtalelse	10 (5)*	1 (2)*		
	Ledelse/ føring ved hånd	39 (20)*	6 (9)*		
	Premedisinering	84 (43)*	24 (35)*		
	Holde pasients hender	163 (83)*	57 (84)*		
	Behandling under narkose	104 (53)*	22 (32)*		
	Annet	25 (13)*	6 (9)*		
	Ikke besvart	18 (9)*	7 (10)*		
Er du kjent med skjema som skal fylles ut i forbindelse med bruk av tvang?	Ja	150 (77)	48 (71)		
	Nei	26 (13)	13 (19)		
	Ikke besvart	20 (10)	7 (10)		
Gir du tannbehandling dersom du må bruke «tvang»?	Ja, ≥ 6 ganger per år	22 (11)	1 (2)		
	Ja, ≤ 5 ganger per år	86 (44)	14 (20)		
	Nei	67 (34)	46 (68)		
	Ikke besvart	21 (11)	7 (10)		
Har du skrevet vedtak om bruk av tvang på pasienter?	Ja, ≥ 6 ganger per år	6 (3)	1 (2)		
	Ja, ≤ 5 ganger per år	86 (44)	9 (12)		
	Nei	84 (43)	52 (77)		
	Ikke besvart	20 (10)	6 (9)		

\*Kan krysse av flere alternativ

grupper, ble de to aldersgruppene < 30 og 30–50 slått sammen. Denne analysen tester således forskjeller mellom respondenter henholdsvis over og under (eller lik) 50 år. Svarkategorien «Ikke besvart» ble ekskludert ved testing av gruppeforskjeller.

For enkelte spørsmål kunne respondentene krysse av for flere svaralternativer. Her er opptalt antall responser for hver enkelt kategori. Ettersom det kan være krysset av for flere alternativer, blir summen av n og prosentandelene derfor betydelig høyere enn henholdsvis N og 100. Responsene på de enkelte svarkategorier innen disse variablene er også testet for mulige gruppeforskjeller. Grunnlaget for slike tester er da om fordelingen av responsene mellom gruppene er signifikant forskjellig fra fordelingen av responsene mellom gruppene for hele materialet.

Chi kvadrat test ble anvendt for å teste forskjeller mellom grupper i spørsmål med tre kategorier. Der forventet n ikke tilfredsstilte de formelle krav for bruk av Chi kvadrat testen, ble grupper slått sammen. Slike og øvrige 2 x 2 tabeller ble testet med Fisher's exact test.

Independent-Samples T-test er brukt for å teste forskjeller i tidsforbruk mellom gruppene.

Et 5% signifikansnivå ble satt for alle statistiske analyser.

## Resultater

Totalt responderte 264 av de tre fylkenes til sammen 394 aktive offentlige ansatte tannleger og tannpleiere (67%). Fordelt på de to yrkesgruppene responderte 196 av 300 tannleger (65%) og 68 av 94 tannpleiere (72%). Av respondentene var 74% tannleger

og 26% tannpleiere. Totalt antall skrevne vedtak i de tre fylkene og andelen tannbehandlingsrelaterte vedtak fremgår av tabell 3.

## Fordeling

Detaljert fordeling av responsene for henholdsvis tannleger og tannpleiere fremgår av Tabell 1 og 2.

Tannpleierne var nesten utelukkende kvinner, mens 73% av tannlegerespondentene var kvinner. De fleste respondentene (50%) befant seg i aldersgruppen 30–50 (tabell 1).

Hva angår samtlige respondenter svarte 16% at de ikke kjente til lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 4, – mens 4% ikke besvarte spørsmålet.

Førti prosent av alle respondentene hadde fått informasjon om loven gjennom kurs. Nesten like mange (39%) var blitt informert på annen måte.

Samlet sett behandler 64% pasienter som mangler samtykkekompetanse. På spørsmål om vurdering av samtykkekompetanse før behandling svarte 85% at de gjør en vurdering før behandling, mens 15% enten svarte nei (6%) eller unnlot å svare på spørsmålet (9%).

Om begrepet «tvang» ble det gitt varierende svar. De aller fleste respondentene (83%) mente at å holde pasientens hender måtte defineres som tvang, men 21% definerte også kategoriene «overtalelse» og «ledelse og føring ved hånd» som tvang. Bruk av narkose ble av 48% vurdert som en form for tvang.

Skjemaet som skal fylles ut i forbindelse med bruk av tvang, var enten ukjent eller spørsmålet ble ikke besvart av 25%.

Noe under halvparten av respondentene (47%) ga tannbehandling under tvang. Andel respondenter som hadde skrevet vedtak om bruk av tvang, var 39%.

Av sistnevnte tannhelsearbeidere hadde 68% samarbeidet med kolleger i tannhelsetjenesten og 61% med kommunens øvrige helsearbeidere (tabell 2). En noe høyere andel (69%) samarbeidet med de pårørende. (Flere svaralternativ kunne benyttes).

Nær halvparten av respondentene (49%) hadde enten ikke fått tilbakemelding/oppfølging fra Fylkesmannen på vedtak – eller de besvarte ikke spørsmålet.

Andel vedtak som ble skrevet, ble hevdet å være i samsvar med kravet som ligger i lovens bestemmelser var 38%, mens 54% ikke visste om så var tilfelle.

De aller fleste (88%) svarte at de henviste pasienter uten samtykkekompetanse til narkosebehandling.

Tabell 2. Spørsmål om tvangsbruk og fordeling av svar blant tannleger (N= 92) og tannpleiere (N=10) i region vest som har erfaring med å fatte tvangsvedtak

Variabel	Svarkategorier	Tannlege n (%)	Tannpleier n (%)
Hvem samarbeider du med når du skriver vedtak? (Kan krysse av flere alternativer)	Andre kolleger i tannhelsetj.	64 (70)*	5 (50)*
	Andre helsearb. i kommunen	60 (65)*	2 (20)*
	Pårørende	67 (73)*	3 (30)*
	Ingen	2 (2)*	0 (0)*
	Varieser	9 (10)*	2 (20)*
	Ikke besvart	2 (2)*	2 (20)*
Har du fått tilbakemelding/oppfølging fra Fylkesmannen på vedtak?	Ja	48 (52)	4 (40)
	Nei	42 (46)	4 (40)
	Ikke besvart	2 (2)	2 (20)
Er antall vedtak du skriver i samsvar med kravet som ligger i pasient- og brukerrettighetsloven?	Ja	35 (38)	4 (40)
	Nei	4 (4)	0 (0)
	Vet ikke	52 (57)	3 (30)
	Ikke besvart	1 (1)	3 (30)
Henviser du pasienter uten samtykkekompetanse til narkosebehandling?	Ja, ≥ 6 ganger per år	4 (4)	1 (10)
	Ja, ≤ 5 ganger per år	81 (88)	4 (40)
	Nei	6 (7)	2 (20)
	Ikke besvart	1 (1)	3 (30)
Hvor lang tid bruker du på å skrive et vedtak?		42 min. (SD = 31,5, maks. – min = 180–3)	28 min. (SD = 16,9, maks. – min = 60–15)
*Kan krysse av flere alternativ			

Medgått tid for å skrive vedtak varierte sterkt. For tannleger var gjennomsnittet 42 minutter (SD = 31,5, maksimum - minimumsverdi: 180 - 3 minutter). For tannpleierne var gjennomsnittet 28 minutter (SD = 16,9, maksimum - minimumsverdi: 60 - 15 minutter).

#### *Signifikante forskjeller mellom tannleger og tannpleiere*

Andelen tannleger som vurderte pasientenes samtykkekompetanse var høyere enn tannpleierne (88 % vs 75 %, P = 0,003).

Svarfordelingen på spørsmålet om respondentene ville behandle pasienter uten samtykkekompetanse med tvang, avvек fra forventede verdier (P < 0,001), både ved at flere tannleger enn tannpleiere behandlet pasienter med tvang (75 % vs 38 %) og at flere tannleger enn tannpleiere behandlet slike pasienter oftere enn seks ganger per år (13 % vs 2 %).

Flere tannleger enn tannpleiere rapporterte at de hadde skrevet vedtak om tvang (52 % vs 16 %, P < 0,001).

Flere tannleger enn tannpleiere henviste til narkose for disse pasientene (89 % vs 48 %, P < 0,001).

Betydelig flere tannleger enn tannpleiere samarbeidet med andre kolleger i tannhelsetjenesten (88 % vs 12 %, P = 0,010), andre kommunale helsearbeidere (91 % vs 9 %, P = 0,002) og pårørende (96 % vs 4 %, P < 0,001).

#### *Signifikante forskjeller mellom mannlige og kvinnelige tannleger*

Flere kvinner enn menn vurderte pasientens samtykkekompetanse før behandling (99 % vs 90 %, P = 0,006).

Flere kvinner enn menn skrev vedtak (57 % vs 38 %, P = 0,027).

Færre kvinner enn menn rapporterte at det antall vedtak de hadde skrevet var i samsvar med loven (36 % vs 47 %, p = 0,007).

#### *Signifikante forskjeller mellom aldersgrupper*

Flere kvinner enn menn var under 50 år (79 % vs 41 %, P < 0,001).

Flere i den eldste aldersgruppen (> 50) enn den yngste (≤ 50) kjente til loven om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4 og var kjent med skjemaet som skal fylles ut ved bruk av tvang (66 % vs 34 %, P = 0,022).

Flere enn forventet i den eldste aldersgruppen hadde fått informasjon om lovverket gjennom kurs (43 % vs forventet 31 %, P = 0,034). Likeledes hadde flere enn forventet i den eldste aldersgruppen fått sin informasjon fra Helsetilsynet (52 % vs 31 %, P = 0,005).

#### **Diskusjon**

Denne undersøkelsen viser at ca 20 % av respondentene (offentlig ansatte tannleger og tannpleiere) i de tre vestlandsfylkene ikke kjenner til eller har god nok kunnskap om pasient- og brukerrettighetsloven kap 4 A. Det må i tillegg være lov å anta at en del av de (33 %) som ikke har respondert på studien, trolig også har mangelfulle kunnskaper om lovverket. Dette kan bero på at

lovverket ikke har vært kommunisert godt nok eller at de praktiske konsekvensene av loven er vanskelige å tolke.

Et tilsvarende antall (25 %) var ikke kjent med skjemaet som skal fylles ut når det skal gjøres vedtak om bruk av tvang. På samme måte er det bekymringsfullt at 15 % svarte nei eller unnlot å besvare spørsmålet om de gjør en vurdering av pasientens samtykkekompetanse. At henholdsvis 57 % og 30 % av de deltagende tannleger og tannpleiere i tillegg oppgir at de er usikre på om antallet vedtak de skriver er i samsvar med kravene i loven, understøtter funnene.

Trolig skyldes mye av usikkerheten fortolkningen av hva som regnes som tvang (17, 18). Holding av pasientens hender ble av 80 % av tannlegene og tannpleiere vurdert som tvang, mens 25 % av tannlegene og 11 % av tannpleierne svarte at overtalelse og ledelse/føring ved hånd er tvang. Loven er ganske klar på at alle tiltak som baserer seg på å omgå motstand, er tvang. Typiske eksempler er holding av hender og føtter ved stell, sengehest som hindrer en ønsket fri bevegelse, belter, låste dører, tvungen vasking eller bading og gjemning av medisiner i mat. Ledelse og føring av hånd kan føre til handling og vil normalt ikke betraktes som tvang, selv om pasienten gjør motstand - så lenge en unngår lukkede grep og bruker minimalt med krefter.

I odontologisk sammenheng vil tvang (av jurister ofte kalt «omsorgstvang») hovedsakelig være aktuelt i forbindelse med tannpuss eller fjerning av proteser; det vil si en situasjon som inngår i stellet. I disse tilfellene er det pleiepersonellet som skal gjøre vedtaket (19,20). Dette gjelder også vedtak i forbindelse med premedisinering dersom dette må benyttes for å tvinge pasienten av gårde til undersøkelse/behandling hos tannlege eller tannpleier. Kun 43 % av tannlegene og 35 % av tannpleierne definerer premedisinering som tvang. Men dersom bruk av reseptpliktige medikamenter benyttes for å overvinne motstand hos pasienten, skal dette alltid dokumenteres og vedtaksfattes. For tannleger eller tannpleiere (21) skal vedtakene kun gjøres i forbindelse med tvangsbruk ved undersøkelse eller behandling. Dette fordi et vedtak bare kan inneholde de elementene i gjennomføringen av helsehjelpen som den vedtaksfattende står ansvarlig for (det vil si som vedkommende selv skal utføre eller har myndighet til å delegere og instruere annet personell til å gjøre). En typisk situasjon er at pleiepersonellet (eventuelt fastlegen) vil stå ansvarlig for å gjennomføre premedisinering og transport, mens den behandlende tannlege eller tannpleier må fatte vedtak om den helsehjelpen som skal utføres. Dette vil innebære at det trengs to vedtak (22). Ordningen med vedtak er basert på etterfølgende kontroll, og vedtakene skal således ikke forhåndsgodkjennes. Men fylkesmannen gjennomgår alle vedtakene og kan oppheve dem etter en selvstendig vurdering (23).

Flertallet rapporterer at de har ansvar for behandling av pasienter med manglende samtykkekompetanse. Over 50 % av tannlegene svarte at de årlig er i en behandlingssituasjon der en må bruke tvang under tannbehandling, men færre oppgir at de skriver vedtak. Svarene etterlater dessuten en usikkerhet om hvorfor det skrives så få vedtak som informasjonen fra fylkesmennene tilsier (tabell 3). Forklaringen kan være at en unnlater å gjøre

behandling ved motstand – eller at en utfører behandling under tvang, men unnlater å skrive vedtak.

Resultatene viser stor variasjon i bruk av tid på å skrive vedtak, med et gjennomsnitt på 42 minutter blant tannlegene. Kravene til å fatte et vedtak kan føles for omfattende i forhold til den behandling som skal utføres, og man kan fristes til «å hoppe over» prosedyren. Et slikt tidsforbruk har også en kostnadsside. Kanskje er dagens lovverk urealistisk krevende, noe som bidrar til underreportering. På den annen side er hensikten med loven nettopp å beskytte pasientene mot unødig bruk av tvang. Det skal være absolutt siste utvei og ingen lettvinnt løsning. Sikring av helsehjelp samtidig som man ivaretar rettssikkerhet, er en balansekunst. Spørsmålet er om det er mulig å gjennomføre forenklinger. I tannhelsetjenesten foretas det regelmessige undersøkelser, med gjentakelser år etter år. Et vedtak kan ikke vare lenger enn ett år, og skal deretter fornyes. Enkelte pasienter uten samtykkekompetanse har en stabil funksjon over mange år, og i slike tilfeller kunne en kanskje vurdere å tillate en prolongering av vedtak. At eventuelle tvangstiltak skal journalføres, er en selvfølge.

Ved å sammenligne svarene fra tannleger og tannpleiere, viste det seg at tannlegene oftere vurderte samtykkekompetanse, skrev flere vedtak og i større grad henviste til narkosebehandling enn tannpleierne. Denne forskjellen kan skyldes at tannlegene er ansvarlig for de mer invasive behandlingene og derfor i de fleste tilfellene må påta seg ansvaret for vurdering, skriving av vedtak og eventuelle henvisninger til narkose. Videre viste undersøkelsen at kvinner fulgte lovverket i større grad enn menn. Samtidig hadde kvinner en større oppfatning av at de ikke tilfredsstilte kravene i loven enn menn. Det kan videre synes som om respondentene er mer kjent med kravet om vedtak når det henvises til narkosebehandling. Dette stemmer med opplysninger fra fylkesmennene i de respektive fylkene, som viser at de fleste vedtak som blir gjort i tannhelsetjenesten er vedtak som angår pasienter i narkosebehandling. Resultatene viste ellers en forskjell mellom aldersgruppene vedrørende definisjonen av tvang. De yngste hadde lavere terskel for å definere tiltak som tvang enn de eldste.

Forskjellene mellom aldersgruppene viste også at de eldste respondentene var bedre kjent med lovverket. De fleste har svart at de ikke har fått tilbakemelding fra fylkesmannen på innsendt vedtak, noe som enten kan forklares med at fylkesmannen ikke har fulgt sine rutiner om å gi tilbakemeldinger etter tre måneder, eller at skrevne vedtak har vært engangsvedtak som ikke skal følges opp av fylkesmannen.

Undersøkelsen viser at det er mye usikkerhet og mangelfull lovanvendelse blant tannleger og tannpleiere på Vestlandet. En årsak kan være at den informasjonen som er formidlet hovedsakelig har blitt gitt av jurister uten særlig kjennskap til hvordan lovverket kan implementeres i den tannhelsefaglige virkelighet. Det er imidlertid høyst usikkert om funnene fra denne undersøkelsen er representative for alle tannleger og tannpleiere i Norge. På den annen side, så oppga en stor del av respondentene at de hadde fått kunnskap om emnet fra nasjonale kilder (NTF og Helseilsynet).

Tannbehandling er en selvfølgelig og viktig del av helse- og omsorgsarbeidet for pasienter som ikke lenger klarer å se sine egne behov, og som er avhengige av andres hjelp for å ha et godt og verdig liv. Manglende behandling vil ofte føre til en negativ tannhelseutvikling, smerter og i mange tilfeller vedvarende infeksjoner. Behandleren blir derfor nødt til å avgjøre om en behandling bør utføres mot pasientens vilje. Slike avgjørelser kan være vanskelige, for eksempel å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, grad av motstand, hvilke tillitsskapende tiltak som skal forsøkes, om undersøkelse og behandling er så nødvendig at bruk av tvang kan forsvares, om behandlingen i det hele tatt kan la seg gjennomføre og eventuelt hvilke tvangstiltak som skal benyttes. Lovverket reiser således utfordrende faglige, rettslige og etiske problem (23,24). Vilklårene for bruk av tvang er både skjønnsmessige og verdibaserte. Dette forutsetter en bred kompetanse fordi kompetanse gir faglig trygghet i handling og et grunnlag for etiske vurderinger.

Tvang berører menneskers autonomi, virker krenkende og invaderende og truer verdighet – men kan vanskelig helt unngås.

Tabell 3. Innhentede opplysninger fra fylkesmennene i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland om antallet vedtak i forbindelse med tvangsbruk (pasient – og brukerrettighetsloven kapittel 4 A) i de respektive fylkene.

Fylke	Rogaland (n=452000)					Hordaland (n=505000)					Sogn & Fjordane (n= 109000)				
	År	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012
Tot. antall rapporterte tvangsvedtak	195	160	145	188	215	173	147	180	196	259	32	50	54	54	48
Tannbehandlingsrelaterte vedtak (% av totalt antall)	21 (11 %)	32 (20 %)	19 (13 %)	25 (13 %)	30 (14 %)	20 (12 %)	42 (29 %)	54 (30 %)	45 (23 %)	57 (22 %)	2 (6 %)	2 (4 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	4 (8 %)
Antall tannbehandlingsrelaterte tvangsvedtak pr. 100.000 innbyggere	4,7	7,1	4,2	5,5	6,6	4,0	8,3	10,7	8,9	11,3	1,8	1,8	0	0,9	3,6

Denne studien viser mangler knyttet til kunnskap og forståelse av tvangsbruk. Dette innebærer at den odontologiske profesjonen i større grad må ta debatten om implikasjonene av lovverket og sørge for at grunnlaget for denne debatten er kjent for alle. Mens vi før gjerne lukket døren ved bruk av tvang, må vi nå nemlig åpne den – og være i stand til å rettfærdiggjøre våre handlinger.

## English summary

*Kapstad JJJ, Storesund T, Strand GV*

### Coercion in Dentistry – permitted or not?

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 328–34

This article concerns dental treatment for patients who are not competent to give informed consent and who object to treatment – and how the dental team in such cases can use statutory coercion to provide necessary treatment. Provisions governing the use of coercion in treatment were implemented in 2009 through the Patients' Rights' Act.

Responses to a questionnaire sent to dentists and dental hygienists in the three western counties Sogn og Fjordane, Hordaland and Rogaland are presented. The results indicate insufficient knowledge of the above act, considerable uncertainty regarding the limitations for use of coercion and a lack of familiarity of proper procedure if executed. This study indicates that the use of coercion in dental service is under-reported.

## Referanseliste

1. Kjønstad A, Syse A. Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang. 5. utg. Kap. 10. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
2. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). [www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html](http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html) (27.01.2013).
3. Helsedirektoratet. E-læringskurs: Samtykke til helsehjelp (CD) og Lov om pasientrettigheter Kapittel 4A (CD). [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
4. Lov om pasientrettigheter. Kapittel 4 A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Rundskriv IS-10/2008. Oslo: Helsedirektoratet, 2008. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter-kapittel-4a/Publikasjoner/rundskriv-lov-om-pasientrettigheter.pdf> (27.01.2013).
5. Helsedirektoratets brev av 09.06.2009. <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a/Sider/default.aspx#uttalelser>
6. Selbaek G, Kirkevoold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22: 843–9.
7. Sosial- og helsedirektoratet (2005a). Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. ende revisjon. ICD-10. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
8. Lorentzen E. Psykisk utviklingshemming – hvordan stille diagnosen? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2008; 128: 201–2.
9. LOV-1983-06-03 nr. 54 – om tannhelsetjenesten. Oslo 1984. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>. (27.01.2013)
10. Strand GV. Tenner for hele livet. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2011; 121: 104–9.
11. Sewerin I. Dødsfald med relation til behandling i tandlægepraksis. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2008; 118: 844–53.
12. Galteland P, Moen O, Mesic H, Skjelbred P. Fra nekrotisk tann til tap av halve ansiktet. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2009; 119: 222–4.
13. Oppsummeringsrapport – Helsetilsynet i fylkenes saksbehandling ved mottak av kopi av vedtak hjemlet i pasientrettighetsloven, kap. 4A – 2009–2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/) oppsummering\_pasrl\_4a\_internserien3\_2011.pdf (27.01.2013).
14. Tal og fakta. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/Tall\\_Fakta\\_2011.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/2011/Tall_Fakta_2011.pdf) (27.01.2013).
15. Tilsynsmelding 2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2013. [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2012.pdf) (17.11.2013).
16. Kirkevoold Ø. Bruk av tvang i sykehjem. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2005; 125: 1346–8.
17. Ravitsky V, Wendler D. Dissolving the dilemma over forced treatment. *Lancet*. 2005; 365: 1525–6.
18. Nordhus IH, Skjerve A, Aasen HS. Demens, samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse – utfordringer ved behandling og forskning. *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter*. 2006; 24: 362–72.
19. LOV 2011-06-24 nr. 30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) – kapittel 9. [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_9](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_9) (27.01.2013)
20. Hem MH, Gjerberg E, Pedersen R et al. Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. Pleiepersonells erfaringer med å hjelpe personer med demens i personlig stell. *Sykepl Forsch*. 2010; 5: 294–301.
21. Strand GV, Hede B. Behandling under tvang? I: Holmstrup P, ed. *Aktuel nordisk odontologi*. 2012. København: Munksgaard, 2012; 211–21.
22. Helsedirektoratet – brev av 30.08.2012. <http://www.google.no/url?sa=t&trct=j&eq=ftescrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fhelsedirektoratet.no%2Flover-regler%2Fpasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a%2FDocuments%2Fansvar-og-opp-gavefordeling.pdf&ei=4055U-yvJYrFPK-fgegM&usq=AFQjCNEGnbDWNkmpLbIFG98HxEK0I2OhkA&bvwm=bv.66917471,d.ZWU>
23. Syse A. Omsorgstvang – av hensyn til hvem? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013; 133: 1905
24. Pedersen R, Hem MH, Gjerberg E et al. Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013; 133: 1935–9.

Adresse: Judith Jenny Johanne Kapstad, Vassenden tannklinikk, 6847 Vassenden. E-post: [Judith.Jenny.Johanna.Kapstad@sjf.no](mailto:Judith.Jenny.Johanna.Kapstad@sjf.no)

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

*Kapstad JJJ, Storesund T, Strand GV. Bruk av tvang ved tannbehandling – lov eller ikke? Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 328–34*





Derfor har vi samlet alt du trenger å vite på ett sted.

Å kjøpe ny bolig er en stor avgjørelse i livet. Det forandrer mer enn bare adressen din. Med så mye å tenke på, kan det være lurt å la oss bli en del av hele prosessen. Vi kan hjelpe deg med det meste og være både rådgiver og støttespiller.

Ta hele Boligreisen på **dnb.no**

dnb.no



Bank fra A til Å

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

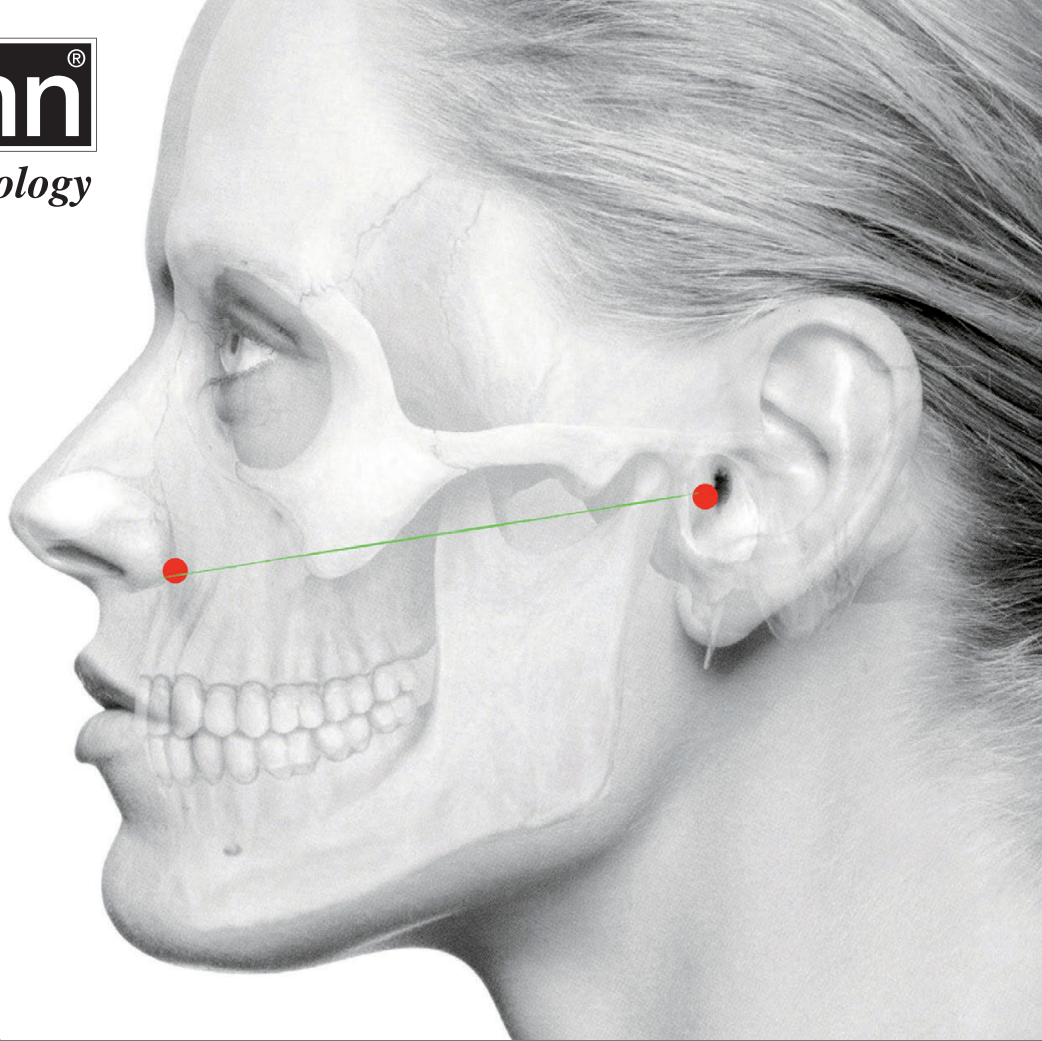
De fleste av oss vet at vi bør spise minst fem om dagen. Grønnsaker, frukt og bær er nødvendig uansett alder. Spiser du litt grønnsaker, frukt eller bær til hvert måltid, blir det enklere å nå målet. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

**SMÅ GREP, STOR FORSKJELL**  
facebook.com/smaagrep

 HelseDirektoratet

# Zirkonzahn®

Human Zirconium Technology

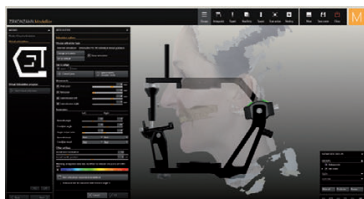
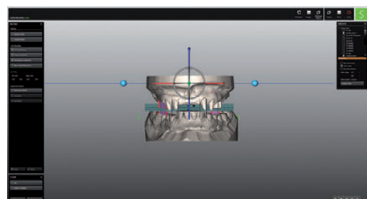


## PLANESYSTEM®

DEN TREDJE DIMENSJONEN I PASIENTANALYSE

*PlaneSystem® er det perfekte verktøy for å gjøre kommunikasjonen mellom pasienter, tannleger og tannteknikere lettere. Det brukes til å bestemme overkjevens naturlige stilling og den individuelle hellingen av det okklusale planet, uavhengig av fysiske asymmetrier. PlaneSystem® bidrar til å eliminere praktisk talt alle overføringsfeil. Det gjør det også lettere å oppdage beinasymmetrier og resulterende muskelkompensasjon før du setter i gang med å utarbeide en behandlingsplan. Et spesialutviklet hjelpemiddel for oppsetting gjør det lettere å velge riktige proporsjoner og posisjoner av tennene som skal settes opp.*

*Utviklet i samarbeid med tannteknikermester Udo Plaster*



*Dette oppsettingshjelpemidlet hjelper med å rette tennene inn etter det okklusale planet under modellering, slik at de får riktig størrelse og deres intraorale posisjon passer.*

- PSI-3D CAD PlaneTool (kun for Zirkonzahn.Scan skanneprogramvare) (fig. 1)
- PSI-3D virtuell artikulatur (integrert i Virtual Articulator-modulen til modelleringsprogrammet Zirkonzahn.Modellier) (fig. 2-4)

Lene Wennevik Langlie, Silje Anette Solbakk Moen, Tore Bjørnland og Anne Møystad

## Nerveskader etter kirurgisk fjerning av visdomstener i underkjeven

Kirurgisk fjerning av retinerte visdomstener i underkjeven er et av de hyppigst utførte oralkirurgiske inngrep. Nevrosensorisk dysfunksjon (NSD) er en av flere komplikasjoner som kan oppstå. Preoperativt må man vurdere ulike risikofaktorer som pasientens alder, horisontalt liggende retinerte tenner, radiologiske tegn (formørking av roten, utvisket øvre kortikale begrensning av kanalen, avbøyning av kanalen og forsevring av roten) og operatørens erfaring.

Hensikten med denne studien var å kvalitetssikre rutinene i forbindelse med kirurgisk fjerning av visdomstener ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo. Målet var å estimere prevalensen av NSD og identifisere risikofaktorer for NSD i forbindelse med kirurgisk fjerning av underkjevns visdomstener i 2013.

Det ble registrert 8 pasienter med NSD (prevalens 1,6 %), seks nervus alveolaris inferior (NAI) skader (1,2 %) og tre nervus lingualis (NL) skader (0,6 %). En pasient hadde skade på begge nervene.

Fem pasienter med NAI- og en pasient med NL-skade rapporterte om normalisering av sensibilitet innen 6 måneder. Hos de resterende to, begge med NL skade, så man ingen spontan tilheling. Disse fikk softlaserbehandling og merket bedring etter 5 måneder (9 behandlinger) og 9 måneder (14 behandlinger) etter operasjonen.

### Forfattere

Lene Wennevik Langlie, cand. odont. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Silje Anette Solbakk Moen, cand. odont. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Tore Bjørnland, professor, spesialist i oral kirurgi og oral medisin. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Anne Møystad, professor, spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi. Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Artikkelen er en forkortet utgave av et mastergradsarbeid ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

**K**irurgisk fjerning av retinerte visdomstener i underkjeven er et av de oralkirurgiske inngrepene som blir hyppigst utført. Inngrepet er forbundet med ulike komplikasjoner som blant annet smerte, hevelse, trismus og nedsatt følelse (1). Nedsatt følelse, eller nevrosensorisk dysfunksjon (NSD), som komplikasjon ved fjerning av 3. molar i underkjeven er godt beskrevet i litteraturen (2). For å kunne vurdere risikoen for at en visdomstannoperasjon skal føre til NSD på en pasient, må man kjenne til mulige risikofaktorer. Risikofaktorer kan være pasientens alder (3, 4), horisontalt liggende retinerte tenner, radiologiske tegn på at visdomstannen ligger nær mandibularkanalen (5) og operatørens erfaring (6, 7).

Indikasjonene for å fjerne retinerte visdomstener i underkjeven er godt etablert (8). Man vurderer både profylaktiske og terapeutiske indikasjoner. En vanlig indikasjon kan være å forhindre eller behandle perikoronitt, fare for rotresorpsjon av nabotenner eller karies og cysteutvikling (9).

Frekvensen av NSD varierer ifølge ulike studier fra 0,4 % (10) til 8,4 % (11) og fra ingen (12) til 23,0 % (13) ved kirurgisk fjerning av visdomstener.

I en norsk studie fant man at prevalensen av NSD i 2007 og 2008 var 1,2 %, med 0,8 % skader på nervus alveolaris inferior (NAI), 0,2 % på nervus lingualis (NL) og 0,1 % på begge nervene (3). For å forebygge nye nerveskader ønsket man å kvalitetssikre rutinene i forbindelse med kirurgisk fjerning av visdomstener ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, UiO. Som et ledd i kvalitetssikringen av denne behandlingen ble det igangsatt en ny studie, der hensikten var å estimere prevalensen av NSD og identifisere risikofaktorer for NSD i forbindelse med kirurgisk

### Hovedbudskap

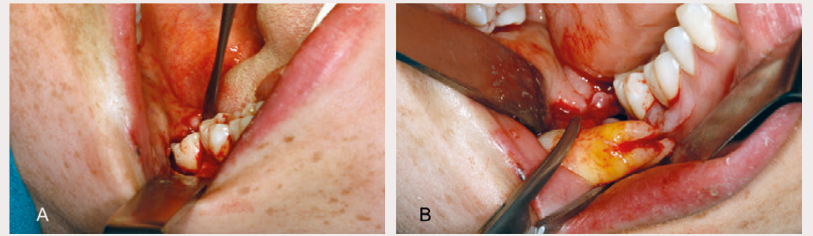
- Skade på n. alveolaris inferior og n. lingualis er en sjelden komplikasjon ved fjerning av visdomstener.
- De fleste nerveskader er reversible.
- Det er godt samsvar mellom preoperative radiologiske funn på OPG og visdomstannens relasjon til n. alveolaris inferior.

fjerning av underkjevens visdomstener i 2013, fem år etter den første studien. Et delmål var å beskrive hvilke røntgenkarakteristika som ble observert på OPG preoperativt på pasienter som fikk NSD. Et annet delmål var å vurdere pasientens alder, kjønn, kirurgisk prosedyre, peroperative komplikasjoner og operatørens erfaring.

## Materiale og metode

Studien er en klinisk studie av pasienter med nerveskader etter fjerning av 3. molar i underkjeven. Operasjonslistene fra 2013 ble gjennomgått for å registrere alle pasienter som hadde fått fjernet visdomstener i underkjeven i perioden 01.01.13 til 31.12.13 og som møtte til etterkontroll minst en gang, vanligvis en uke etter operasjonen. Det ble hentet ut journalopplysninger fra Institutt for klinisk institutts journalsystem (SALUD). De pasientene som hadde fått nerveskade ble inkludert i undersøkelsen. For disse pasientene ble det registrert ulike variabler i et avkryssingsskjema: Pasientens alder, kjønn, dato for operasjonen, hvilken tann som ble fjernet (38/48), operatørens erfaring (spesialist, spesialistkandidat, tannlegestudent), hvordan tannen ble fjernet (med benfjerning uten spalting eller med benfjerning og spalting), type og mengde anestesi, komplikasjoner peroperativt, eventuell postoperativ nevrosensorisk dysfunksjon og til slutt om pasienten var informert om risikoen for nerveskade på forhånd. I samtlige tilfeller hvor det ble funnet opplysninger om en eller annen form for NSD, ble det innhentet ny informasjon etter hver postoperativ pasientkontroll, der det ble registrert om pasienten fortsatt hadde nedsatt følelse eller om følelsen hadde kommet tilbake. Observasjonstiden etter registrert nerveskade var opptil 9 måneder.

Det radiologiske materialet bestod av 8 OPG-undersøkelser av pasienter med kliniske funn på postoperativ NSD og 22 OPG-undersøkelser, tilfeldig valgt ut fra pasientlister over visdomstanoperasjoner i 2013. OPG-undersøkelser fra hver 15. operasjon ble inkludert. Følgende radiologiske funn ble registrert i et standardisert skjema: 1) angulering; horisontal, vertikal, distovertert, mesiovertert, 2) antall røtter; 1, 2 eller flere, 3) rotmorfologi (rett/



Figur 2 A-B. En 25 år gammel kvinne får fjernet tann 48 operativt. A: Linguale mucosa holdes vekk med periostavløser før plassering av tang. B: Tannen er fjernet, og holdes med en arteriepinsett.

distal-/mesialbøyd), 4) relasjon til canalis mandibularis (direkte relasjon/ingen direkte relasjon). Visdomstannen ble registrert som direkte relatert til canalis mandibularis hvis ett eller flere av fire røntgenologiske tegn på en visdomstans nære beliggenhet til kanalen var til stede (5). De fire tegnene som ble vurdert var: formørking av roten, utvisket øvre kortikale begrensning av kanalen, avbøyning av kanalen og forsnevring av roten (figur 1). Ved fravær av disse tegnene ble det registrert som ingen direkte relasjon mellom tannen og canalis mandibularis (14).

OPG-undersøkelsene ble gransket av to uavhengige observatører med 2 års erfaring i å tolke OPG-undersøkelser. Alle undersøkelsene ble gransket under standardiserte betingelser; i samme rom, på samme PC-skjerm og med like lysforhold (dempet belysning). Rekkefølgen på hospitalnumre og tilhørende OPG-undersøkelser ble randomisert slik at ingen av observatørene visste om det var en pasient med eller uten postoperativ NSD. Hver røntgenundersøkelse ble gransket to ganger av hver av de to observatørene med et tidsintervall på fire måneder mellom granskningene. En tredje observatør (spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi) gransket OPG-undersøkelsene med nerveskade. I et konsensusmøte gransket de tre observatørene undersøkelsene sammen og kom fram til enighet med hensyn til den preoperative røntgenvurderingen av de 8 pasientene med postoperativ NSD.

Proseduren for fjerning av visdomstener i underkjeven ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo, består i første omgang av en god klinisk og røntgenologisk undersøkelse. OPG brukes som standard røntgenundersøkelse for å vurdere relasjonen til canalis mandibularis, tannens angulering og rotmorfologi, og videre behandlingsplanlegging. Informasjon til pasienten på forhånd om røntgenfunn og risiko for NSD i forbindelse med operasjonen anses som viktig. Avhengig av tannens posisjon og vanskelighetsgrad fjernes den med eller uten benfjerning og med eller uten spalting. Etter operasjonen er det standard prosedyre å legge antibiotikaveke med Terramycin – Polymyxin B i alvolen. Deretter sutures det etter behov. Pasienten kommer tilbake en uke etter inngrepet for fjerning av sutur, veke og kontroll (figur 2).

## Resultater

Materialet bestod av 507 visdomstener som ble fjernet på Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, i en 1-års periode f.o.m. 1.1.2013



Figur 1. Ortopantomogram av 28 år gammel kvinne der 48 ble fjernet med påfølgende hypoestesi av n. alveolaris inferior. Røntgentegnene "formørking av roten" og "utvisket øvre kortikale begrensning av kanalen" ble registrert. På venstre side, 38, ser man "formørking av roten".

Tabell 1. Oversikt over opererte visdomstenner og nerveskader av *n. alveolaris inferior (NAI)* og *n. lingualis (NL)* i 2013 ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO

Antall fjernede tenner i 2013	Tann 38	261	
	Tann 48	246	
	Totalt	507	En pasient operert 38/48 samtidig
Kjønn	Kvinner	296	
	Menn	210	
	Totalt	506	
Alder	<30 år	417	
	>30 år	89	
Antall nerveskader	NAI	6	
	NL	3	
Antall pasienter med nerveskade	Totalt	8	En pasient skade både på NAI/NL

t.o.m. 31.12.2013 og som møtte til rutinemessig etterkontroll en uke etter operasjonen. Det ble gjennomført 506 operasjoner (en pasient fikk fjernet 38 og 48 i samme seanse), og av disse operasjonene var fordelingen 296 kvinner og 210 menn. 417 av pasientene var under 30 år, og 89 pasienter var 30 år eller eldre. Det ble i flertallet av operasjonene benyttet Xylocain Dental adrenalin® og ved et lite antall av operasjonene Citanest Dental Octapressin® som lednings- og infiltrasjonsanestesi. Alle som hadde følt en eller annen form for nedsatt sensibilitet umiddelbart etter operasjonen, ble registrert. Det ble i alt registrert 8 pasienter med NSD (prevalens 1,6 %). Det var seks skader på NAI (1,2 %) og tre skader på NL (0,6 %). En pasient hadde skade på begge nervene.

Tabell 2. Oversikt over de 8 pasientene som fikk skader på *n. alveolaris inferior (NAI)* og *n. lingualis (NL)* etter kirurgisk fjerning av underkjevens visdomstann.

Pasient nummer Nerveskade	Kjønn	Alder	Operatør	Type operasjon*	Canalis relasjon**	Peroperative observasjoner
1 NAI	K	<30 år	Spes. kandidat	B	Ja (1+2)	Ubehag ved luxering av røtter
2 NAI	K	<30 år	Spes. kandidat	B	Ja (1)	Ingen
3 NAI	K	<30 år	Spes. kandidat	B	Ja (1+2)	NAI blottlagt, ligger i fure i roten
4 NAI	K	<30 år	Spesialist	B	Ja (2)	NAI ligger i fure i roten
5 NAI	M	>30 år	Spesialist	B	Ja (2+3)	Ingen
6 NAI+NL	K	<30 år	Spesialist	A	Ja (1+2)	NAI i lingual benvegg
7 NL	M	>30 år	Student	B	-	Ingen
8 NL	K	<30 år	Spes. kandidat	B	-	Ingen

\* A= benfjerning uten spalting, B = benfjerning og spalting

\*\* 1= formørking av roten, 2= utvisket øvre kortikale begrensning av kanalen, 3= avbøyning av kanalen

Resultatene er presentert i tabell 1 og 2. De seks skadene på *n. alveolaris inferior* ble rapportert som nedsatt følelse (hypoestesi) mens de tre skadene på *n. lingualis* var en hypoestesi og 2 ble rapportert som anestesi.

Tabell 2 viser at seks av åtte pasienter som fikk NSD var kvinner under 30 år. De to øvrige pasientene var menn over 30 år. Tre av operasjonene ble utført av spesialister i oral kirurgi og oral medisin, fire ble utført av spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin og en pasient ble operert av student. Ved fire av operasjonene ble det registrert peroperative komplikasjoner (tabell 2). I alle tilfeller med skade på NAI ble minst ett av fire radiologiske tegn på nær relasjon til *canalis mandibularis* registrert (tabell 2).

Ved avdelingen er det standard prosedyre at man tar inn pasienten på en kontroll én uke etter fjerning av visdomstann i underkjeven. Hvis pasientene ved denne kontrollen gir uttrykk for nedsatt sensibilitet i leppe og/eller tunge blir de satt opp på flere kontroller og fulgt opp videre. Av åtte pasienter med NSD fikk fem pasienter tilbake normal følelse i løpet av den første måneden etter operasjonen. Hos én pasient ble NSD normalisert ved 6-måneders kontroll. Hos de resterende to pasientene, som begge hadde skade på *n. lingualis* (en hadde skade på både NAI og NL), så man ingen spontan tilheling. Disse ble tilbudt softlaserbehandling og merket en bedring innen 5 måneder (9 behandlinger) og 9 måneder (14 behandlinger) etter operasjonen, henholdsvis pasient nr. 7 og pasient nr. 6 (tabell 2). Fra at det var full anestesi på ene siden av tungen, beskrev pasientene en subjektiv bedring og dette ble verifisert ved hjelp av to målemetoder som benyttes ved avdelingen; to-punkts diskriminering og press med tynne monofilamenter som bøyer seg ved ca. 2 grams press.

## Diskusjon

Denne studien viste at prevalensen av NSD, ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo, i perioden 1.1.2013–31.12.2013, var lav sammenlignet med andre studier.

I 2007–2008 ble det gjennomført en sammenliknbar studie ved samme avdeling (3), som viste at prevalensen for skader den gang (1,2 %) var litt lavere enn nå (1,6 %). En av årsakene til dette kan være at materialet fra 2013 var noe mindre enn ved den første studien, der det over en 2-års periode ble fjernet 1220 visdomstenner og registrert 15 nerveskader, hvorav 9 var permanente skader.

Noen studier har funnet at alderen til pasienten ved operasjonstidspunktet er avgjørende for sannsynligheten for en permanent postoperativ NSD (3, 15), mens andre studier ikke har funnet noen klar sammenheng (16). I vår studie fant vi at seks av åtte pasienter som fikk NSD var kvinner under 30 år, og to var menn over 30 år. Tilhelingen skjedde spontant hos seks av pasientene innen 6 måneder. De to siste pasientene trengte mer oppfølging, behandling og tid før de merket en bedring. Begge disse pasientene hadde skade på nervus lingualis, hvorav en av pasientene også hadde skade på nervus alveolaris inferior. Av disse var én av pasientene over og én under 30 år.

Sammenhengen mellom operatørens erfaring og postoperative komplikasjoner er mye diskutert i litteraturen. Noen studier har vist en sammenheng (1), mens andre studier ikke har funnet noen tydelig sammenheng (17). Der det forelå en NSD i vår studie var fire operasjoner utført av spesialistkandidater i oral kirurgi og oral medisin. Tre av operasjonene var utført av spesialister i oral kirurgi og oral medisin og én operasjon der man fikk skade av NL var utført av student. Det at flere spesialistkandidater enn spesialister fikk pasienter med nerveskade kan være en naturlig følge av at de fleste visdomstenner som fjernes ved avdelingen blir fjernet av spesialistkandidater.

Våre resultater viste at man fant ett eller flere radiologiske tegn på en nær relasjon til canalis mandibularis på røntgenundersøkelsen på alle NSD-pasienter med NAI-skade der det var utført en preoperativ OPG-undersøkelse. Dette resultatet bekrefter andre undersøkelser som også har funnet at radiologiske tegn på en visdomstanns nære beliggenhet til mandibularkanalen er en risikofaktor for at det kan oppstå en nerveskade på NAI. Det vil si at når man oppdager radiologiske tegn på nær beliggenhet til canalis mandibularis kan det være ekstra viktig å informere pasienten om at dette er en kompliserende risikofaktor som kan medføre en NSD (5). Man må vurdere om det er nødvendig å informere alle pasienter før en visdomstannoperasjon om en potensiell risiko for nerveskade i forbindelse med operasjonen eller om det er tilstrekkelig å informere de pasientene som har tydelige radiologiske tegn på en nær relasjon til canalis mandibularis.

OPG-undersøkelsen kan gi tannlegen informasjon om tannens anatomi og beliggenhet før kirurgisk fjerning av retinerte visdomstenner i underkjeven som er tilstrekkelig for de fleste pasienter. I tilfeller hvor det foreligger flere radiologiske tegn på at tannen ligger nær kanalen og hvor operatøren trenger mer informasjon om tannens anatomi og nærhet til omliggende strukturer for å ta en beslutning vil CBCT (Cone Beam Computer Tomografi) være en god tilleggsundersøkelse.

Flere studier viser til at NSD med en varighet over 6 måneder anses som en permanent skade (3, 15). Våre funn viste at prog-

nosen etter en NSD er god. De to pasientene som ikke fikk spontan tilheling hadde skade på NL (en med skade på både NAI og NL) og fikk softlaserbehandling. De følte bedring etter henholdsvis 9 og 14 behandlinger, men hadde fortsatt hypoestesi ved 9 måneders kontroll. Dette resultatet kan være en indikasjon på at softlaserbehandling kan ha en effekt på nerveskader, men det mangler studier i litteraturen der man har evaluert effekten av softlaserbehandling på NL skader etter visdomstannoperasjoner. Man har forsøkt kirurgisk reparasjon både av NL og NAI, men det er vist at man også kan få spontan regenerering (7, 15, 18, 19). Det er rapportert at skader på nervus lingualis kan være reversible og avhengig av type skade kan man se normalisering i opp til 87 % av skadene (20). Årsakene til nerveskadene kan i tillegg til den kirurgiske teknikk, operatørens erfaring og beliggenheten av rot i forhold til nervene også skyldes anestesian, uten at vi i denne studien kan bekrefte eller avkrefte at anestesian var årsaken til nerveskadene. (7, 16, 20).

Mulige årsaker til at prevalensen på nerveskader var lav i denne studien kan være knyttet til indikasjonstillingen for fjerning av visdomstenner. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, UiO, velger vanligvis ikke å fjerne visdomstenner som har flere radiologiske tegn på en nær beliggenhet til kanalen hvis pasientene ikke har symptomer. Retningslinjene man følger går blant annet ut på at symptomfrie tenner ikke skal fjernes dersom det ikke er kommunikasjon til munnhulen og delvis frembrutte tenner fjernes fortrinnsvis i 18–30 årsalder. Det er vist i en studie at tilheling etter NSD er hyppigst hos pasienter under 30 år (3).

Hovedhensikten med denne studien var å vurdere hvordan rutinene ved fjerning av retinerte visdomstenner ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin ved Det odontologiske Fakultet, UiO, fungerer. Man kan anta at prosedyrene og rutinene ved avdelingen fungerer tilfredsstillende da resultatene viste en meget lav prevalens av nerveskader, og de fleste av nerveskadene var reversible innen 6 måneder. Resultatene fra denne studien og annen litteratur viser at sannsynligheten for en permanent nerveskade etter fjerning av en visdomstann i underkjeven er veldig liten. Når det er indikasjon for å fjerne en underkjevemolar anbefales det at man gjør en grundig klinisk undersøkelse, en preoperativ radiologisk vurdering av røttenes anatomi og beliggenhet i forhold til mandibularkanalen, identifiserer risikofaktorer og følger gode kirurgiske prosedyrer.

## Takk

Takk til Det odontologiske fakultet som tildelte Lene Wennevik Langlie og Silje Anette Solbakk Moen sommerstipend for å utføre studien. Takk også til Petter Wilberg for utlån av bilder fra en operasjon (figur 2) og Avdeling for kjeve- og ansiktsradiologi for OPG (figur 1).

## English summary

Langlie LW, Moen SAS, Bjørnland T, Møystad A.

### Neurosensory dysfunction after mandibular third molar removal

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 338–42.

Neurosensory dysfunction (NSD) is one of many postoperative complications after removal of impacted or erupted third molars. Before surgery there are many risk factors that must be considered, including the patient's age, horizontally impacted teeth, close radiographic proximity to the inferior alveolar canal («darkening of the roots», «interruption of the white line», «diversion of the canal» and «narrowing of the root») and the experience of the operator.

The purpose of this study was to estimate the prevalence of NSD and identify risk factors for NSD after mandibular third molar removal in 2013 at the Department of Oral Surgery and Oral Medicine, University of Oslo.

According to the present study 8 patients reported NSD (prevalence 1.6 %), six injuries to the IAN alone (1, 2 %), three injuries to the LN (0,6 %). One patient experienced injury to both nerves. Among the 8 patients who reported NSD, six patients reported normal sensation after 6 months, indicating a good prognosis with regard to NSD. The two patients, who did not recover spontaneously, were offered treatment with soft laser therapy and reported improvement after 5 months (9 treatments) and 9 months (14 treatments).

### Referanser

- Grossi GB, Maiorana C, Garramone RA, Borognovo A, Creminelli L, Santoro F. Assessing postoperative discomfort after third molar surgery: a prospective study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 901–17.
- Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61: 1379–89.
- Kjølle GK, Bjørnland T. Low risk of neurosensory dysfunction after mandibular third molar surgery in patients less than 30 years of age. A prospective study following removal of 1220 mandibular third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013; 116: 411–7.
- Chuang S-K, Perrott DH, Susarla SM, Dodson TB. Age as a risk factor for third molar surgery complications. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 1685–92.
- Sedaghatfar M, August MA, Dodson TB. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure following third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63: 3–7.
- Blaeser BF, August MA, Donoff RB, Kaban LB, Dodson TB. Panoramic radiographic risk factors for inferior alveolar nerve injury after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61: 417–21.
- Hillerup S, Stoltze K. Lingual nerve injury in third molar surgery. I. Observations on the recovery of sensation with spontaneous healing. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36: 884–9.
- Senter for medisinsk metodevurdering. Profylaktisk fjerning av visdomstenner. SMM-rapport Nr. 10/2003.
- Marciani RD. Third molar removal: an overview of indications, imaging, evaluation, and assessment of risk. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007; 19: 1–13.
- Sisk AL, Hammer WB, Shelton DW, Joy ED Jr. Complications following removal of impacted third molars: the role of the experience of the surgeon. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 44: 855–9.
- Lopes V, Mumenya R, Feinmann C, Harris M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995; 33: 33–5.
- Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1993; 76: 412–20.
- Middlehurst RJ, Barker GR, Rood JP. Postoperative morbidity with mandibular third molar surgery: a comparison of two techniques. *J Oral Maxillofac Surg.* 1988; 46: 474–6.
- Matzen LH. Radiographic methods for assessment of mandibular third molars before surgical intervention (PhD Thesis). Aarhus: Aarhus University; 2013.
- Pogrel MA, McDonald AR, Kaban LB. Gore-Tex tubing as a conduit for repair of lingual and inferior alveolar nerve continuity defects: a preliminary report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 56: 319–21.
- Wofford DT, Miller RI. Prospective study of dysesthesia following odontectomi of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 1987; 45: 15–9.
- Benediktsdóttir IS, Wenzel A, Petersen JK, Hintze H. Mandibular third molar removal: risk indicators for extended operation time, postoperative pain and complications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 97: 438–46.
- Susarla SM, Kaban LB, Donoff RB, Dodson TB. Functional sensory recovery after trigeminal nerve repair. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 60–5.
- Hillerup S, Stoltze K. Lingual nerve injury II. Observations on sensory recovery after microneurosurgical reconstruction. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 36: 1139–45.
- Alling CC 3rd. Dysesthesia of the lingual and inferior alveolar nerves following third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986; 44: 454–7.

Adresse: Tore Bjørnland, Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-mail: [tore.bjornland@odont.uio.no](mailto:tore.bjornland@odont.uio.no)

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Langlie LW, Moen SAS, Bjørnland T, Møystad A. Nerveskader etter kirurgisk fjerning av visdomstenner i underkjeven *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 338–42.



# Cement belongs to yesterday



## **A complete posterior solution**

To keep pushing forward, we're bringing innovation to the back. Choose from new wide implants designed for Immediate Function. Add a monolithic implant crown with an angulated screw channel for a solution that's stronger than ever and 100% cement free. Start treating more patients better.

[nobelbiocare.com/bringinginnovationback](http://nobelbiocare.com/bringinginnovationback)



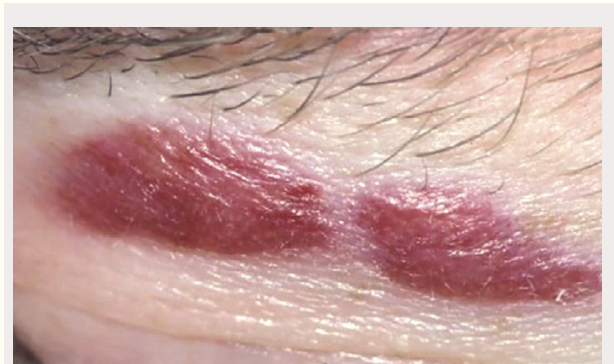
Bjarte Grung og Anne Christine Johannessen

## Klassisk Kaposi sarkom intraoralt – en kasuistikk

Sarkomene som Kaposi beskrev første gang i 1870 ble særlig funnet på underekstremitetene hos eldre menn. Dette er det vi i dag kaller klassisk Kaposi sarkom (KS), og de forekommer særlig hos personer i Middelhavsområdet (Italia, Hellas, Spania), og hos personer av jødisk herkomst (1). En endemisk variant av KS finnes i Afrika (afrikansk KS), og den angriper særlig barn og unge voksne (2,3). Den har et aggressivt forløp. Den tredje formen opptrer hos organtransplanterte pasienter som behandles med immunsuppressiva, og kalles derfor iatrogen KS eller transplantasjons-KS. Den fjerde formen er forbundet med HIV/AIDS og var den typen av KS som forekom hyppigst på 1980-tallet. Dette var ikke sjelden første bekreftelse på AIDS (4), men etter at man har fått effektiv behandling mot HIV/AIDS, har også forekomsten av den fjerde formen av KS gått ned.

Alle typene av KS kan forekomme både ekstra- og intraoralt. Ekstraoralt har tumor rød-brun eller blå-svart farge (figur 1-3), mens den intraoralt blir mørk blå eller fiolett (figur 4-7). Av form er de halvrunde, elevete med skarp avgrensning til omgivelsene. Kliniske fotos er tatt av B. Grung, og stammer dels fra egne pasienter i Rogaland, og dels fra studiebesøk ved University og California San Francisco (UCSF), School of Dentistry, Oral medicine Department.

Histologisk stilles diagnosen ved tilstedeværelse av tallrike blodkar som kan ha en spalteform og som ofte går parallelt med overflaten. Ofte er endotelcellene store, og der kan sees hemosiderinavleiringer i bindevevet, hvilket indikerer tidligere blødninger i vevet. Der er ikke uttalt cellulær atypi, men stor mitotisk aktivitet og høy proliferasjon, hvilket også bekreftes klinisk ved rask vekst (5). Immunhistokjemisk kan



Figur 1. Kaposi sarkom ved øyenbryn hos mann med AIDS.

man i dag bekrefte diagnosen ved påvisning av Herpesvirus 8 (HHV8) i vevet (5). De fire ulike kliniske formene har det samme histologiske bildet.

### Kasuistikk

En 83-årig etnisk norsk kvinne ble henvist fra egen lege på grunn av tumor under overkjeveprotesen. Hun hadde hatt de samme protesene i 40 år, og to måneder før henvisningen hadde overkjeveprotesen fått mindre bra passform. Undersøkelsen viste en tumor på ca 20 mm i diameter, blå-rød farge og stilet tilheftet overkjevens mukosa ved prosessus alveolaris i fronten (Figur 8-10). Den ble fjernet, og tilheftingsstedet kauterisert. Protesen ble temporært rebasert.

Den histologiske undersøkelsen viste en polypøs fremvekst der overflaten er delvis



Figur 2. Kaposi sarkom ved nesen hos mann med AIDS.

### Forfattere

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

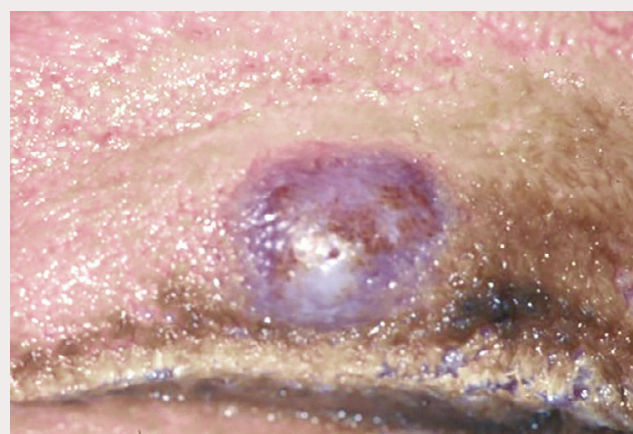
Anne Christine Johannessen, professor, dr.odont., cand.med. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus



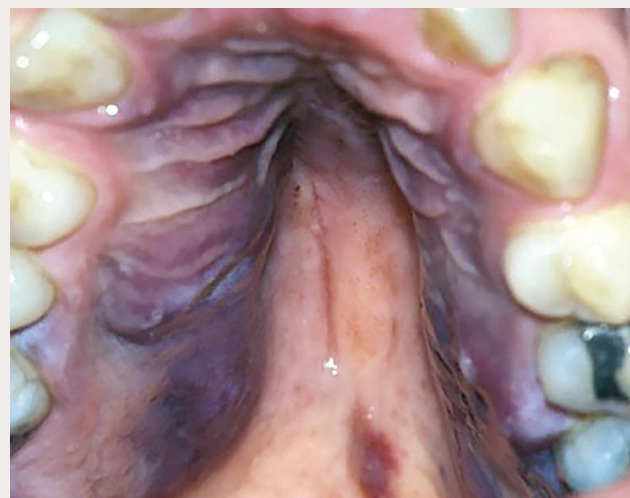
Figur 3. Kaposis sarkom ved venstre øye hos mann med AIDS.



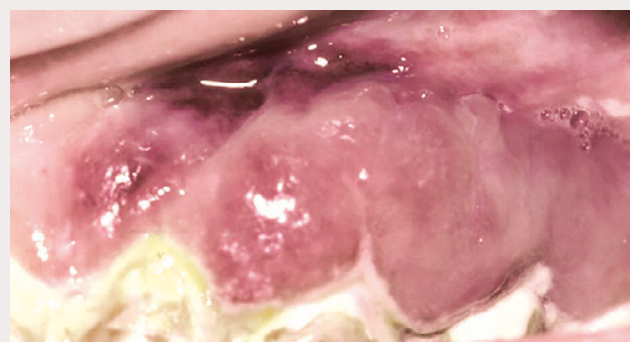
Figur 4. Kaposis sarkom ved gingiva/prosessus alveolaris hos mann med AIDS.



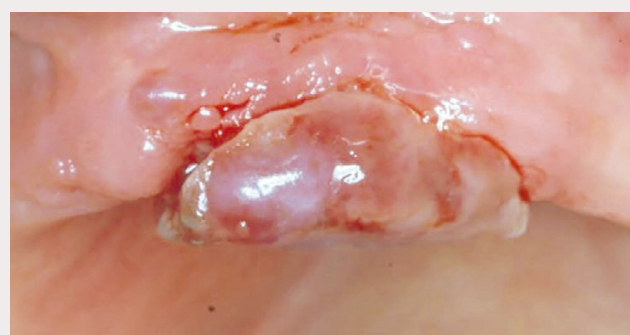
Figur 5. Kaposis sarkom på tungerand hos mann med AIDS.



Figur 6. Kaposis sarkom i hele ganen hos mann med AIDS.



Figur 7. Kaposis sarkom ved gingiva hos mann med AIDS.



Figur 8. Kasus hvor det sees klassisk Kaposis sarkom stilket tilheftet prosessus alveolaris.

ulcerert og delvis kledd av et flerlaget plateepitel. Det var tydelige noduli som var avgrenset av bindevev. Tumoren besto av tallrike blodfylte kar som til dels hadde spalteform og med store endotelceller, uten tegn til atypi, men med spredte mitoser. Der var tegn på tidligere blødning i form av hemosiderinavleiringer spredt i vevet (figur 11,12). Den endelig diagnosen var KS. Biopsien viste også at tumor var radikalt fjernet.

Immunhistokjemiske undersøkelser var ikke etablert på det tidspunktet da tumoren ble diagnostisert. Pasienten ble undersøkt for HIV, men denne undersøkelsen var negativ. Det ble foretatt

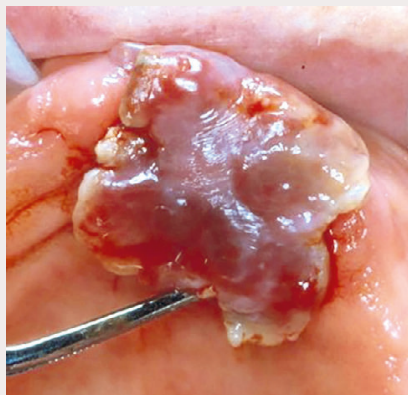
to kontroller senere (figur 13), tre og ni måneder postoperativt uten at residiv ble påvist. Det var planlagt ytterligere en kontroll seks måneder etter 9-månederskontrollen, men pasienten døde før dette av andre årsaker.

#### Diskusjon

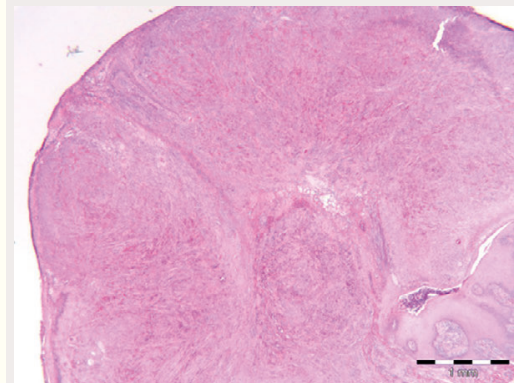
Årsaken til KS er humant HHV8, beskrevet av Chang et al. i 1994 (6). To av KS-formene, transplantasjons-KS og HIV/AIDS-KS er begge forbundet med immunsuppresjon, enten i form av medisi-



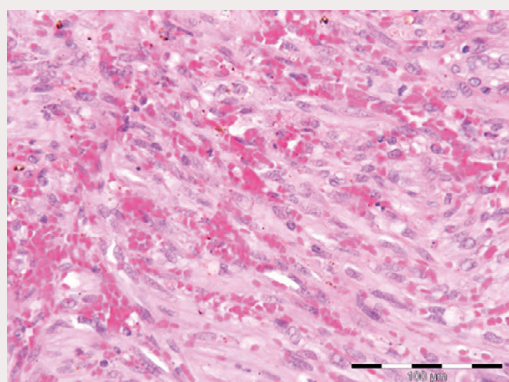
Figur 9. Samme kasus som Figur 8 fra annen vinkel.



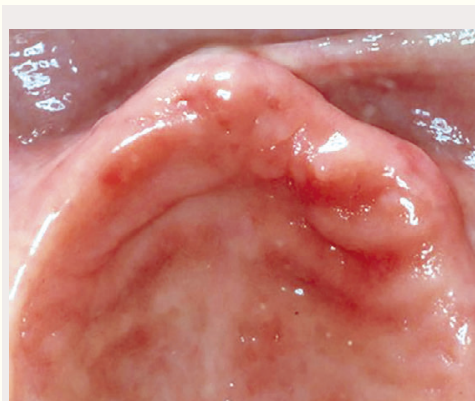
Figur 10. Samme kasus som figur 8 hvor det demonstreres at tumor er stilket tilheftet underlaget.



Figur 11. Histologisk snitt gjennom deler av tumor, farget med hematoksylin og eosin. Her sees en polypøus fremvekst der overflaten er delvis ulserert. Målestav: 1 mm.



Figur 12. Nærbilde av tumor som viser tallrike blodfylte kar, til dels med spalteform og med store endotelceller. Der er tegn på tidligere blødning ettersom der sees pigmentavleiringer som er hemosiderin spredt i vevet. Målestav: 100µm.



Figur 13. Samme kasus som figur 8, 9 måneder postoperativt.

nering som ved transplantasjoner eller som ved HIV/AIDS der HIV virus er årsaken til immunsuppressjonen. KS er den tumoren som forekommer nest hyppigst blant HIV-positive pasienter, og er fremdeles den hyppigste kreftformen i Afrika sør for Sahara (7). Det er også funnet at HIV-positive pasienter med KS intraoralt har dårligere prognose for å overleve (8). Med moderne behandling av HHV8 virus med antivirale midler (HAART- Highly Active Antiretroviral Therapy) har insidensen gått kraftig tilbake.

Den beskrevne pasienten var etnisk norsk, var HIV-negativ og brukte heller ikke immunsuppressive medikamenter. Tilfellet må derfor karakteriseres som et klassisk KS, selv om hun hadde KS intraoralt og ingen manifestasjon på huden. På grunn av stilket tilhefting var den enkel å fjerne, og dette var den sannsynlige årsaken til at det ikke ble residiv uten annen behandling enn den kirurgiske fjerningen.

Intraoralt klassisk KS er meget sjeldent. Dette bekreftes også ved at det beskrevne tilfellet er det eneste som har forekommet i en oralkirurgisk praksis der ca 70.000 pasienter har blitt behandlet i løpet av 38 år.

## English summary

Grung, B, Johannessen AC.

### Classic Kaposi's sarcoma – a case report

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 344–7.

A case of intraoral classic Kaposi's sarcoma in a 83 year old woman is presented. It was a reddish pedunculated tumour, size 20 x 20 mm, located to the alveolar process in the anterior part of the maxilla underneath a removable prosthesis. It was surgically removed without any recurrence. In addition, clinical pictures of cases of Kaposi's sarcoma on skin and intraorally are presented.

## Referanser

1. Goldblum JR, Folpe AL, Weiss SW, Enzinger FM: Soft tissue tumors, 6th ed. Philadelphia PA, Saunders/Elsevier 2014; 723–730
2. Pugalagiri P, Muller S, Cox DP, Kessler HP, Wright JM, Cheng Y-SL: Lymphangioma-like Kaposi sarcoma of the oral mucosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013; 116: 84–90.
3. Vano-Galvan S, Moreno C. Classic Kaposi sarcoma. CMAJ. 2011; 183: E1040.

4. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology. Clinical Pathologic Conditions, 6th ed. Elsevier 2012; 122–4
5. Van der Waal I, Lamovec J, Knuutila S. Kaposi sarcoma. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics. Head and Neck Tumours. Ed Barnes L, Eveson JW, Sidransky D. IARC Press, Lyon 2005, 193–4.
6. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS: Identification of herpesvirus like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. Science. 1994; 266: 1865–9.
7. La Ferla L, Pinzone MR, Nunnari G, Martellotta F, Lleshi A, Tirelli U & al: Kaposi's sarcoma and HIV-positive patients: the state of the art in the HAART-era. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013; 17: 2354–65.
8. Rohrmus B, Thoma-Greber EM, Bogner JR, Röcken M: Outlook in oral and cutaneous Kaposi's sarcoma. Lancet. 2000; 356: 2160.

Adresse: Bjarte Grung, Drammen Oralkirurgi, Torgeir Vraasplass 6, 3044 Drammen

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Bjarte Grung B, Johannessen AC. Klassisk Kaposi sarkom intraoralt – en kasuistikk. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2015; 125: 344–7.



## - Vi vokser gjennom løftene vi holder -

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

**650,-** pr.ledd

**970,-** pr.ledd

**990,-** pr.ledd

• Zirconium **1200,-** pr.ledd

• Valplast **1350,-**

- Dokumentasjon på metallegeringer følger på hvert arbeide -

[www.reholt.no](http://www.reholt.no)

Agent for: Shengda Dental Manufacturing Co. Ltd • J.N. Jacobsensgt. 15 • Postboks 194, 1601 Fredrikstad • Tlf: 69311512/69317448 • Fax: 69317086 • Mail: post@reholt.no

# FAGPRESSEN

Presseorganisasjonen for fagblader, tidsskrifter og magasiner

240 av  
landets  
ledende  
blader  
er med...



Det beste av mangfoldet!



# BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen  
for odontologiske biomaterialer

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

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.

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

Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningstult 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).

**NB!** Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege  Tannpleier  
 Offentlig  Privat

Spesialist i:

Lege  Sykehus  Primær/privat

Spesialist i:

## Symptomer og funn

### Pasientens symptomer

Ingen

#### Intraoralt:

- Svie/brennende følelse
- Smerte/ømheth
- Smakstørstyrrelser
- Stiv/nummen
- Tørrhet
- Øket spytt/slimmengde

#### Lepper/ansikt/kjever:

- Svie/brennede følelse
- Smerte/ømheth
- 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
- Konsentrasjonforstyrrelser
- Angst
- Uro
- Depresjon

Annet:

### Rapportørens funn

Ingen

#### Intraoralt:

- Hevelse/ødem
- Hvittlige forandring
- Sår/blemmer
- Rubor
- Altrofi
- Impresjoner i tunge/kinn
- Amalgamatovæinger
- Linea alba

Annet:

#### Lepper/ansikt/kjever

- Hevelse/ødem
- Sår/blemmer
- Erytem/rubor
- Utslett/eksem
- Palpable lymfeknuder
- Kjeveleddsdysfunksjon
- Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn:

- Hevelse/ødem
- Urtikaria
- Sår/blemmer
- Eksem/utslett
- Erytem/rubor

Annet:

Angi lokalisasjon:

### Pasientdata

Kjønn:  Kvinne  Mann

Alder:        år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overfømførlighet/allergi:

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

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

Umiddelbart  innen 24 timer  innen 1 uke  innen 1 måned  1-3 måneder  ukjent  til år

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

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

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

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

**Produktnavn og produsent**

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

Mottatt: \_\_\_\_\_  
Besvart: \_\_\_\_\_  
Registrert: \_\_\_\_\_  
Klassifisert: \_\_\_\_\_  
Sign: \_\_\_\_\_

**Yrkesreaksjoner**

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

**Ønsker flere skjema tilsendt**  
Antall: \_\_\_\_\_

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**  
Arstadveien 19  
5009 Bergen

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

E-post: [bivirkningsgruppen@uni.no](mailto:bivirkningsgruppen@uni.no)  
web: [www.uni.no/helse/bivirkningsgruppen](http://www.uni.no/helse/bivirkningsgruppen)

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.

**Henvisninger**

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

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

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

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

Pasient:

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



**uni Helse**  
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer  
Ver 6.2



Vi sees på  
Midt-Norgemøtet  
23-24 April 2015



**Nye Listerine® Professional Gum Therapy reduserer blødning i tannkjøttet med 50,9% på bare 4 uker<sup>1</sup>**

Listerine® Professional Gum Therapy er **klinisk dokumentert å behandle gingivitt når den anvendes som et supplement til tannpuss to ganger daglig.**

Listerine® Professional Gum Therapy er et alternativ til klorheksidinbaserte løsninger. Formelen er basert på den unike LAE-teknologien (Ethyl Lauroyl Arginate). LAE danner en fysisk beskyttende hinne på pellicelen og hindrer plakkbakterier i å feste seg til pellicelens proteiner. Dermed avbrytes dannelsen og modningen av plakk.

Ved bruk etter tannpuss, reduserer munnskyllen blødning i tannkjøttet med 50,9 % ( $p < 0,001$ ) på bare 4 uker.<sup>1</sup>

I tillegg er Listerine® Professional Gum Therapy **utviklet for å ikke forårsake misfarging.**<sup>2</sup>

**LISTERINE®**  
PROFESSIONAL



**Behandler og  
forebygger gingivitt\***

Referanser:

1. Bleeding Index Reduction DOF 1 – 2013 (LAEBBA0001), 50,9 % reduksjon i whole-mouth mean bleeding index etter 4 uker.

2. DOF 2 – 2013 (UNKPLT0006).

\*Når den anvendes som et supplement til tannpuss to ganger daglig.

NO/LI/15-0446

# Tannhelsen i Troms og Finnmark

Tannhelsetjenestens kompetansesenter i Nord-Norge (TkNN) er i gang med tre forskningsprosjekter for å kartlegge tannhelsen til innbyggerne i Troms og Finnmark, i tillegg til en klinisk studie.

**K**unnskapen om den voksne befolkningens tannhelse er mangelfull, sier forskningssjef Nils Oscarson ved TkNN i Tromsø.

– Vi ønsker å bidra til ny kunnskap, ikke bare for Troms og Finnmark, men data som kan være nyttig for hele landet.

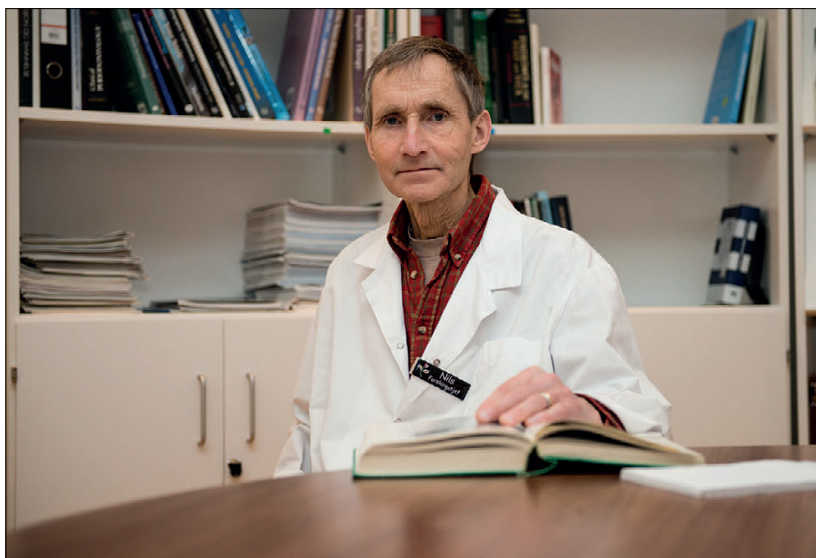
Og når vi blir ferdige med å analysere dataene, er et av våre mål å planlegge tannhelsetjenesten enda bedre, slik at vi kan tilby innbyggerne behandling etter den enkeltes behov og ønsker.

De fire prosjektene er Tannhelse i Nord, Tromstannen, tannhelse delen av Tromsø 7 og en Multisenterstudie. Tannhelseforskningen gjennomføres av TkNN og tannklinikker forskjellige steder i de to fylkene Troms og Finnmark.

## Tannhelse i Nord

Tannhelse i Nord er en tannhelseundersøkelse rettet mot den samiske delen av befolkningen i Finnmark. TkNN startet i Finnmark i 2013 i samarbeid med Senter for samisk helseforskning, institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø (UiT). Studien Tannhelse i Nord er rettet mot karies og periodontitt blant pasienter i aldersgruppen mellom 20 og 79 år i de utvalgte kommunene Nesseby, Porsanger, Tana, Kautokeino og Karasjøk.

– Finnes det forskjell i tannhelsen mellom den samiske delen av befolkningen og de andre innbyggerne i disse områdene? Svaret skal komme når analysen av dataene fra undersøkelsen blir klar.



Kartlegging av befolkningens tannhelse er et spennende og svært nyttig arbeid, sier forskningssjef Nils Oscarson i TkNN. (Foto: TKNN)

Både tannlegene i de aktuelle klinikene i disse kommunene, og befolkningen, har vært positive til prosjektet. For pasientene har denne tannhelsesjekken vært gratis. En av tannlegene i prosjektet som arbeider i Finnmark, og som selv er same, skal etter planen ta en doktorgrad, basert på denne undersøkelsen.

## Tromstannen

Tromstannen er et forskningsprosjekt for innbyggerne mellom 20 og 79 år i alle kommunene i Troms fylke. Et tilfeldig utvalg på 3 000 innbyggere fikk tilbud om å være med i undersøkelsen. 69 prosent takket ja. Pasientene er undersøkt i en klinikk i Tromsø, en i Stor-slett, en i Målselv, en i Finnsnes og en i Harstad.

– Undersøkelsen har vært omfattende med fokus på karies, periodontitt, slimhinner, kjever, tyggefunksjon og på protetiske erstatninger. I tillegg kommer omfattende røntgenundersøkelser av alle pasientene. Innsamling av data ble ferdig i slutten av desember 2014.

Analysen blir gjort i 2015 og 2016. En tannlege tilknyttet TkNN er PhD-stipendiat i prosjektet.

## Tromsø 7 og DNA

Tromsø by har hatt en allmennhelseundersøkelse for sine innbyggere over flere tiår. Nå blir TkNN med på denne for å undersøke tannhelsen samtidig. Undersøkelsen av tannhelsen starter i mars i år og omfatter et utvalg på 4 000 personer mellom 20 og 79 år.

– Vi skal blant annet undersøke pasientene for karies, periodontitt og erosjonsskader på tennene. Pasientene skal også gi vurdering av sin egen munnhelse i dette prosjektet, sier Oscarson.

I tillegg til tannhelsesjekken, skal det tas DNA-prøver fra spytt.

– Vi håper å kartlegge om det finnes forskjeller hos pasienter med karies, erosjonsskader eller periodontitt og de som er friske, allerede på genetisk nivå.

– En ytterligere mulighet, og noe som er svært interessant i Tromsø 7, er å studere koblingen mellom tannhelse og allmennhelse. Kan vår undersøkelse



vis sammenhenger mellom alvorlig periodontitt og hjerte- karsykdommer? Eller diabetes? Eller sammenheng mellom andre tannsykdommer og sykdommer i kroppen for øvrig? Svarene kommer med de fremtidige analysene av dataene i Tromsø 7.

### Multisenterstudie

Den fjerde undersøkelsen er en multisenterstudie av hva som kan gjøres for pasienter med mye karies. Denne studien ble startet i 2013 av Birgitta Jönsson, en forsker som arbeider ved TkNN. En klinikk i Norge deltar, i tillegg til tre klinikker i Sverige.

Til sammen skal omtrent 200 pasienter i de to landene være med. Pasientene deles i to grupper. En gruppe – testgruppen – får en individuelt tilpasset utdanning, med støtte fra kognitive behandlingsstrategier, for et redusert sukkerinntak og økt fluorbruk. Kontrollgruppen får standardinformasjon.

– Vi håper at vi får god effekt av testmetoden for å bedre kunne påvirke

pasientenes kostholds- og fluorbruksvaner, slik at hver enkelt får bedre tannhelse, mindre karies. Studien avsluttes i løpet av 2015 eller neste år.

### Epidemiologi

Forskningen i tre av de fire prosjektene handler med andre ord om å kartlegge tannhelsestatus i den voksne del av befolkningen, det fjerde er et prosjekt for å påvirke munnhelseadferd.

Studiene gjøres med felles standarder, slik at man får pålitelige data.

– Hvordan opplever du å jobbe med disse forskningsprosjektene?

– Utfordrende og utrolig spennende. Kompetansesentrene har en viktig rolle i fremtidig forskning. Det gjelder både for å bidra med ny kunnskap på områder hvor vi mangler kunnskaper, og være en forbindelse mellom forskningsmiljøet og allmenntannhelsetjenesten.

Det kan komme mye nyttig informasjon ut av vår forskning. Får vi behov for mer forebyggende arbeid? Mer spe-

sialkompetanse? Det kan hende at vi må endre vår måte å arbeide på etter disse studiene.

– Når vi arbeider med disse prosjektene, sprer vi også kunnskap til tannlegene og tannpleierne som arbeider i de ulike klinikkene som er med. På den måten håper vi å bidra til økt interesse for forskning, og rekruttere tannleger og tannpleiere til forskning innen tannhelse.

En utfordring er at vi på TkNN er en liten forskningsgruppe, og at det er viktig at vi kan knytte kontakter med forskjellige universiteter både i Norge og internasjonalt.

Det kan komme mange forskningsprosjekter i forlengelse av alle tannhelsedataene som blir samlet inn i de forskjellige prosjektene, avslutter forskningsleder Nils Oscarson ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge.

*Harald Vingelsgaard*

**For mer informasjon – se vår hjemmeside [www.dentalstoep.no](http://www.dentalstoep.no)**

Fullservice  
Laboratorium



**Dentalstøp Tannteknikk as**  
TANNTTEKNISK LABORATORIUM  
*Vår ekspertise din trygghet*

Fullservice  
Laboratorium



NTFs Tariffkonferanse 2015, Gardermoen 4. – 5. mars:

## Sentralt moderasjonspress?

Årets mellomoppgjør blir etter alle solemerker preget av moderasjonspress. Overfor Akademikerne kommer presset fra flere hold: Fra arbeidsgiverne som viser til fall i oljeprisene, og fra de andre hovedorganisasjonene som er skeptiske til lokale forhandlinger.

**H**ele femti tillitsvalgte fra offentlig sektor deltok på årets tariffkonferanse. En engasjert forsamling sørget for mye og god erfaringsutveksling.

Leder av sentralt forhandlingsutvalg i NTF, Farshad Alamdari ønsket velkommen og sammen med forhandlingssjef i Tannlegeforeningen, John Frammer, loset de deltakerne gjennom et tett program.

– Det er knyttet lite spenning til årets oppgjør, men vi forhandler som normalt, sa Frammer.

### Prosjekt 2014

Leder av Akademikerne stat, Anders Kvam, tok for seg Akademikerne stat foran lønnsoppgjøret 2015, og det han kalte prosjekt 2014. Akademikerne ønsket endringer i 2014, men de kom

ikke. Men man kom et godt skritt videre for å få til noe senere.

– I KS-området er vi mye mer fornøyd enn vi er i Stat, men vi har fremdeles mye å snakke om, sa Kvam. Hva var prosjekt 2014? 1. Endring av hovedtariffavtalen. Vi ønsker lokal lønnsdannelse og mer fleksibel lønnsstabell. Trinn og spenn i lønnsstabellen må fjernes. 2. Akademikerne ønsker en ny arbeidsgiverorganisering: Etablring av en profesjonell, statlig arbeidsgiverorganisasjon, varig frikoplet fra politiske føringer.

Denne hovedtariffavtalen er inngått med Akademikerne hvor Tannlegeforeningen er medlem. I KS-området er Tannlegeforeningen part. Vi ønsker at arbeidsgiver skal organisere seg annerledes, og dette har vi egentlig ikke noe med, men det er viktig. Vi ønsker en profesjonell funksjon som er uavhengig av politiske føringer. I dag er statens personaldirektør ansatt i Kommunal- og moderniseringsdepartementet, som står under politisk ledelse.

Man tar heller ikke hensyn til hva staten som arbeidsgiver trenger. I det statlige systemet blir ting for politisert. Man fanger ikke opp de betydelige forskjellene mellom stat og regioner når det gjelder rekrutteringsproblemer og

høy turnover. Det er lite effektiv bruk av midler. Veivesenet ble brukt som eksempel.

– Vi ønsker at staten skal få rammebetingelser slik at de kan få tak i de rette folkene for å få til det de er satt til å gjøre. Foreløpig har vi hatt for god råd til dette. Når man ikke klarer å ansette, kjøper man konsulenthjelp, og det blir dyrt. Til nå har staten bevilget seg ut av problemene. Men generelt har en for lite kunnskap innomhus.

– Lokal lønnsdannelse lønner seg, sa Kvam.

Danskene har pirket i offentlig sektor, mens vi ikke har vært tvunget til det enda. Den danske konklusjonen var at offentlig sektor trenger mer frihet for å få mere effektivitet. I staten er dette omtrent umulig uten å ta snarveier utenfor lovverk og avtaleverk.

Staten er overstyrt og underledet. Hovedlinjene i dagens system stammer fra Gerhardsens tid, og vi trenger en forandring, avsluttet Kvam.

### Skille politikk og forvaltning

– Gjørv-kommisjonen sa noe i sin rapport om koplingen mellom stat og politikk som var ganske generelle. Blant annet at skillet mellom forvaltning og politikk er for dårlig. Det er ikke slik at



Mye og engasjert erfaringsutveksling i godt tilrettelagt gruppearbeid på tariffkonferansen.

politikerne bestemmer og forvaltningen utfører, sa Kvam. Vi trenger omfattende reformer som skaper et tydelig skille mellom politikk og forvaltning, og dette er også et mål i staten.

– En annen ting vi har slitt med er at det er fire parter i dagens tariffavtale, men stort sett har de andre tre stått som en blokk. Når det er fire parter og bare én vil, noe, skjer det ikke noe. Vi er kritiske til bruken av meklingsinstituttet: Når en går til mekleren for å få hjelp bare en er litt uenig, sier det seg selv at det ikke blir systemforandringer.

Mekler er det minste felles multiplum, og målet er å unngå streik. Dette er en falitterklæring, en bruker mekler til assisterte forhandlinger, sa Kvam.

Årets mellomoppgjør dreier seg ellers kun om økonomi. Den økonomiske situasjonen i Europa og fallet i oljepri-sene fører til et moderasjonspress.

### Universitetene

Av andre interessante ting nevnte han at universitetene ikke klarer å konkurrere med kommuner og fylkeskommuner lenger, og ønsker seg lokal lønnsdannelse.

### Utfordring i lokale forhandlinger

– Det mest spennende i 2015–2016 vil bli kommunereformen, sa Eirik Graff, nestleder av Akademikerne kommune. Hvor omfattende blir den? Dette vil bety nye rammebetingelser, og kommunevalgkampen vil bli interessant.

Det kommer mange moderasjonssignaler foran årets oppgjør. Det er lokal forhandlingsmodell i KS-området, men i kapittel 4, det vil si alle de som ikke er omfattet av lokale forhandlinger, er det ikke så mye å håpe på. Her vil det være mere et hvileskjær.

LO har meldt at det skal være likestillings- og lavtlønsprofil og ellers bare opprettholdelse av kjøpekraften. De varsler at det er tid for tilbakeholdenhet, og så får vi se hvor omfattende denne tilbakeholdenheten blir.

Det er et betydelig overheng i 2015 på grunn av sene tillegg. En del av ansenitetstilleggene som ble forhandlet fram i fjor, slår ut i år og dette fører til et stort overheng. Det blir ingen fest av dette. Lærerstreiken dro også ut utbetalingene, og skapte et betydelig overheng.

Kapittel 3 og 5 har lokale forhandlinger. Men det er vanskelig å frikople seg totalt fra kapittel 4. Dette sier noe om mulighetsrommet i lokale forhandlinger.

Det er ellers minimalt å forhandle om i KS. I verste fall blir det bare 0,4 prosent i kapittel 4, noe bedre i Oslo, men ikke vesentlig. Hovedoppgjøret i 2016 blir mye mer spennende.

Pensjonsslaget er utsatt inntil videre og frykten er at det blir lagt press på de offentlige pensjonsordningene, på et eller annet tidspunkt. Noen trodde det skulle starte i år, men det ser ut til

å være utsatt, i hvert fall til 2016, kanskje til 2017.

Generelt har lokale forhandlinger i KS-området lønt seg. I et par kommuner skar det seg og ble helt håpløst, men ellers har det vært en stor suksess, sa Graff. Men når det kommer tall på suksessen, er det alltid noen som ikke liker det. Da kommer andre hovedorganisasjoner og vil stagge vår lønnsvekst. LO ser for seg at rammen for kapittel 5 skal legges av de som har sentrale forhandlinger. Her har vi en kontinuerlig utfordring vi må leve med. Hvis de skulle få til dette, får vi et kjempeproblem. KS blir en slags meklingsmann og LO blir motparten. I forrige oppgjør fikk vi en destruktiv meklingsprotokoll, som sa at ledere ikke kan lønnes høyere enn slik og slik. Bortsett fra dette, er vi fornøyd med modellen. Men utfordringen er de som har lyst å kontrollere oss, sa Graff.

Et annet prosjekt er å få lektorene over i lokale forhandlinger. Hva skjer ellers i 2015?

– Vi må regne med forsøk på sentralt moderasjonspress fra KS og ting vil ikke gå spesielt lett. Vi har ikke veldig store forventninger, og 2016 blir nok mer spennende, sa Graff.

### Tøffere nå enn før

John Frammer snakket videre om NTFs lokale lønnsoppgjør i 2014. En av tariffkonferansens oppgaver er å evaluere fjorårets forhandlinger. – Er det tøy-



**Kirurgiklinikken**  
tann - kjeve - ansiktsskirurgi



Sertifisert etter  
ISO 9001:2008  
standarden

[www.kirurgiklinikken.no](http://www.kirurgiklinikken.no)

tlf 23 36 80 00, [post@kirurgiklinikken.nhn.no](mailto:post@kirurgiklinikken.nhn.no)

Alt innen oral og  
kjevekirurgi.  
Implantatprotetikk

Tannlege

**Bent Gerner**  
spesialist i protetikk

Tannlege

**Kjetil Misje**  
spesialist i oral kirurgi

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

ferer nå enn før å forhandle lønn? spurte han.

Flere hadde erfaring med at det var blitt tøffere. Tidligere fikk de forhandle rammer, men nå blir rammene presentert, og i stedet blir en bedt om å fordele midlene. Dette blir ikke reelle forhandlinger og enkelte steder har en gått fra forhandling til fordeling. En annen grunn til at det oppleves vanskeligere å forhandle, er at det er allmenn enighet om at en ikke lenger har tannlegemangel. Nå heter det at det er tilnærmet full tannlegedekning, men dette stemmer ikke. En får ikke nødvendigvis de søkerne en ønsker seg, og mange fylker har for stor turnover.

#### NTFs arbeid

På konferansens dag to informerte presidenten i NTF, Camilla Hansen Steinum, om foreningens arbeid for å synes bedre i samfunnet, blant annet gjennom samarbeid med andre organisasjo-

ner som Diabetesforbundet, Juristforbundet, Redd Barna og Kreftforeningen. Munnhelsedagen er et samarbeid med Diabetesforbundet, og involverer lokalforeningene.

Av medierettet arbeid nevnte hun Trondheimskonferansen og debatten ved åpningen av Midt-Norgemøtet, og Arendalsuka hvor NTF har et arrangement sammen med Juristforbundet om barns rettigheter med vekt på meldepplikten.

Det arbeides videre med å utvikle lederkurs.

Om kompetansesentrene sa Steinum at de må tilpasses dagens situasjonen, og ikke situasjonen slik den var for 25 år siden da de ble vedtatt å etableres. Sentrene og universitetene må dessuten samarbeide, og det bør etableres faste linjer. NTF er bekymret for spesialistutdanningen og sentrene må bli et tilskudd og ikke en konkurrent.

NTF har møte med Helse- og omsorgskomiteen annen hvert år, og med partiene hver for seg de andre årene. I år har de så langt hatt møte med FrP og fått sagt fra at det ikke er tannlegemangel lenger. Politikerne forstår ikke trykkesystemet, og ser ikke at det er blitt mindre i støtte til hver person i år.

Det er ellers slutt på lisenstannleger fra Polen. Nå får de som går der autorisasjon, i likhet med alle tannleger innenfor EU.

Stort sett er kommunereformen bare gjetninger. Nå snakker de mest om bykommunene. Tannhelsetjenesten er ikke stor nok til at vi er med i planleggingen. Det er ikke alltid enkelt å synes. NTF kan ikke påvirke politikerne når det gjelder kommunereformen før rapporten kommer. Store kommuner, som Bergen, Trondheim og Stavanger er interessert i å få tannhelsetjenester inn

# 4 mm i ett sveip

## Nyhet

3-års studie av  
J.W. van Dijken/U. Pallesen  
presentert på IADR  
i september 2014 –  
se abstract på  
[www.dentsply.no](http://www.dentsply.no)

**SDR<sup>®</sup>**  
Smart Dentin Replacement

- 4 mm herdedybde – færre lag, enkelt og raskt
- Selvavrettende og adapterer til kavitetveggene
- 3 års kliniske data (Umeå/København)
- Over 20 millioner fyllinger siden introduksjonen i 2009

For better dentistry

**DENTSPLY**

DENTSPLY DeTrey | Ørneveien 17 | 2070 RÅHOLT | [www.dentsply.no](http://www.dentsply.no)

Frank Hansen Tlf: 97608438 | Trude Hansen Tlf: 95471265 | Janiche Henden Tlf: 94838814 | Carmen Lundberg Tlf: 90526063

i kommunen, og Trondheim kommune har startet utredninger selv.

Det er et ønske om å styrke tillitsvalgtopplæringen. Hva må til for at det skal være tillitsvalgt i dag?

### Særaldersgrense og uføretrygd

Samfunnsøkonom Fredrik Haugen fra Actecan tok for seg ny uføretrygd og særaldersgrensenes fremtid i norsk arbeidsliv. Det er til dels store endringer i uførepensjonsordningen. Dette er en kompliserte ordning, og Haugen tok for seg de nye reglene for beregning, samordning og avkorting.

– Særaldersgrensens fremtid i norsk arbeidsliv er usikker, sa Haugen. Avis-

oppslag fra den nye regjeringen har tydet på at de ville vurdere den ganske raskt, men foreløpig er det stille om saken. Regjeringen har uttalt at de mener folk skal stå så lenge som mulig i jobb. Dette ligger i regjeringserklæringen.

### Tillitsvalgt i NTF

Den siste delen av tariffkonferansen var viet til gruppearbeid. Spørsmålet var: Hva kan NTF og sekretariatet bidra med for at det skal være mer populært å bli tillitsvalgt? Hvordan gjøre oppgavene enklere? Plutselig er en blitt tillitsvalgt for en stor avdeling og kompliserte saker havner på bordet. Hva går

oppgavene egentlig ut på? Her bør det være en bedre struktur i sekretariatet, med mer tillitsvalgtstoff lett tilgjengelig, var konklusjonen. Hva med et TANK-kurs? ble det foreslått. Mange ønsket mere informasjon om tillitsvalgtarbeid. Tannlegeforeningen må sørge for at tillitsvalgte og UTV-ledere vet hva de driver med. Arbeidsgiver har for øvrig plikt til å holde felles opplæring for en felles forståelse for hovedtariffavtalen og hovedavtalen, og flere fylkeskommuner overholder denne plikten, mens andre ikke gjør det.

*Tekst og foto:  
Kristin Aksnes*

## NTFs landsmøte 2015

Når? 29. –31. oktober

Hvor? Oslo, Norges Varemesse

Mer informasjon? [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)



Tannvernseminaret 2015

## God helse for alle

Tannhelsens rolle i det store helsebegrepet og i helsepolitikken, og fordypning i minoritetsproblematikk. Med disse temaene trakk Norsk Tannvern 180 deltakere til seminaret 11. mars. Flere ville gjerne være med, men auditoriet i Folkets hus i Oslo hadde ikke plass til alle som meldte seg.

### Politikk og lovverk

Ole Trygve Stigen fra Folkehelsedivisjonen i Helsedirektoratet og Kjell Røynesdal fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) holdt de første innleggene på seminaret.

– Det er myndighetenes ansvar å sørge for gode verktøy for godt tverrfaglig helsesamarbeid. Regjeringen jobber med en ny folkehelsemelding og har satt seg som mål at Norge skal opp fra dagens 16. plass til en plassering

blant topp tre, av land i verden med lengst levealder. De ekstra leveårene skal fylles med god helse og høy livskvalitet.

Kjell Røynesdal kunne opplyse at HOD har gitt Helsedirektoratet to oppdrag: For det første skal et standardisert kodeverk for diagnoser og behandling prøves ut i 2016, i forbindelse med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Videre står vi foran en etablering av et kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR), som også skal inkludere både offentlig og privat tannhelse.

– Disse to tiltakene vil bli viktige verktøy som vil forenkle samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helsetjenesten, sa Røynesdal.

### Et mangfoldig Norge

Line Christine Schröder Karlsen presenterte et kartleggingsprosjekt om beho-

vet og utfordringer i tannbehandling av rusmiddelmissbrukere – en gruppe som ofte har store behov, svak økonomi, og som kan falle utenfor rettigheter og systemer. Prosjektet gjennomføres av Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ), på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Mette Sagbakken fra Nasjonal kompetansesenter for Minoritetshelse (MAKMI) la frem godt dokumentert informasjon om de største gruppene med innvandrere i Norge. Hun dokumenterte med dette at det er store forskjeller i tannhelsen mellom den generelle norske befolkningen og flere av innvandrergruppene, og refererte også blant annet til en svensk studie som viser at 10 – 15-åringer har seks ganger så stor risiko for karies, hvis de har to utenlandske foreldre.

Pasientrettighetsloven slår fast at pasienten har rett til tilpasset informasjon, og Sagbakken minnet oss på at det å bli behandlet rettferdig eller likeverdig ikke er det samme som å bli behandlet likt. Vi har veldig forskjellige utgangspunkt, og en rettferdig eller likeverdig behandling innebærer derfor at vi behandles ulikt.

### Puss fra første tann

Oslo har en særskilt utfordring i og med de store forskjellene mellom de ulike bydelene. Ett tiltak for å rette opp i forskjellene mellom bydelene i Oslo heter Puss fra første tann, og er iverksatt i bydelene Grorud og Gamle Oslo. Prosjektet ble presentert av tannpleierne Lisa Brændø og Slavica Djurasovic. Ideen og prosjektets mål er at alle småbarnsforeldre skal få tilpasset informasjon om tannhelse. Dette gjennomføres blant annet ved gruppeundervisning og informasjonsmaterieill, som er oversatt til mange språk. Det finnes mer om dette prosjektet finner på [www.facebook.com/pussfraforstetann](http://www.facebook.com/pussfraforstetann)



Fra venstre: Avdelingsdirektør i HOD, Kjell Røynesdal, avtroppende styreleder i Norsk Tannvern, Berit Binde, seminar-konferansier og utdanningssjef i Tannlegeforeningen, Øyvind Asmyhr og fungerende divisjonsdirektør for folkehelse i Helsedirektoratet, Ole Trygve Stigen.





Auditoriet i Folkets hus i Oslo var stapp full av interesserte seminardeltakere.

### Tortur, overgrep og odontofobi

Psykolog Therese Fredriksen og tannlege Vibeke Kranstad var også på tannvernseminaret der de presenterte bakgrunnen, målene og opptakskriteriene for tortur-, overgrep- og odontofobiprojektet (TOO). Prosjektet er foreløpig i en tidlig fase, så erfaringene når det gjelder gjennomføring, oppfølging, resultater og samarbeid foreligger ikke ennå. Det er imidlertid mulig å lese mer om prosjektet og bakgrunnen for det på Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud-too>

### Mr. Tourette

Tannvernseminaret 2015 ble avsluttet med Pelle Sandstrak som fortalte om sitt liv med tourette. 'Mr. Tourettes och jag' kaller nordmannen som har flyttet til Sverige sin fortelling om hvordan det er å leve med tvangstanker og store problemer med å gjennomføre blant annen en helt vanlig tannhelsesjekk. Han lot seg inspirere av Norsk Tannverns virksomhetsidé som blant annet sier at Norsk Tannvern skal bidra til god folkehelse ved å arbeide for at befolkningen har kunnskap, ferdigheter og holdninger. Dette mener Sandstrak matcher hans eget budskap fullstendig: Han mener nemlig at mennesker som



kanskje ikke er helt 'normale' både skal og må ses og aksepteres.

– Tør å bry deg, sa han, og omfavne det som er annerledes. Se mennesket bak diagnosen!

Tekst: Ellen Beate Dyvi  
Foto: Trine Suphammer

Forum for tillitsvalgte, Oslo, 12.-13. mars 2015:

## Verksted for nye planer

I november skal NTFs hovedstyre fremme forslag til ny strategisk plan for foreningens virksomhet for årene 2016 – 2020 overfor NTFs representantskap. Forum for tillitsvalgte skulle derfor i all hovedsak være et verksted for utveksling av tanker og ideer om NTFs virksomhet fremover.

**S**ånn ble det også. De fremmøtte, som i all hovedsak var leder og nestleder av NTFs lokalforeninger, spesialistforeningenes representanter samt representantskapets ordfører og valgkomiteens leder delte seg i grupper for å diskutere seg frem til NTFs retning med både medlems- og samfunnsrettet arbeid og organisasjonsmessige forhold.

### Ulike prioriteringer

Gruppene kom tilbake med ulike ting. De som hadde jobbet med medlemsrettet arbeid presenterte sine tanker under hovedoverskriften 'faglig, økonomisk og sosialt'. En av tankene de hadde er at det sosiale er konfliktforebyggende. Likeledes at medlemmer med høy faglig og etisk standard er viktig, og derfor må skolerings- og etikk ha høy prioritet.

Allmenntannlegen skal være ryggraden i tannhelsetjenesten het det videre fra denne grupperingen. Og spesialistene har en viktig rolle som bør understrekes.

NTF skal stimulere til økt innsats på odontologisk forskning mente gruppedeltakerne, og samtidig være den ledende leverandør av etterutdanning.

Til slutt: utdanning er viktig – og de som jobber ved lærestedene bør få økt lønn.

### Tannlegen i førersetet

De som hadde jobbet med samfunnsrettet arbeid ville ha tannlegene i førersetet, som profesjonelle rådgivere og synlighet i politikken og mediene. NTF skal pleie kontakten med politikerne.

Et spennende tiltak er lokalforeningenes kontakt med lokalpolitikkerne.

Dette bør fortsette. Og i samme forbindelse ble det fremmet et ønske om en ressurside på nettet, for de tillitsvalgte. Samtidig som temaet ble foreslått som del av NTFs tillitsvalgtkurs: Hvordan forholde seg til politikere og tillitsvalgte. Lokalforeningene vil gjerne

bidra, var sluttsetningen i oppsummeringen av akkurat dette.

Etikk og kollegialitet er også viktig, sa de som jobbet med samfunnsrettet arbeid. Og det er positivt at NTF samarbeider med andre organisasjoner, som for eksempel Diabetesforbundet – slik



NTFs visepresident, Arnt Einar Andersen innledet før gruppearbeidene om foreningens satsingsområder i årene fremover, på NTFs forum for tillitsvalgte.



NTFs kommunikasjonssjef, Morten Rolstad, ga praktiske instruksjoner før deltakerne på forum for tillitsvalgte delte seg i grupper for å arbeide med innspill til NTFs nye strategiske plan.

det er blitt gjort i forbindelse med munnhelsesdagen 2015.

Et siste hovedpunkt er at NTF må komme i forhandlingsposisjon i forbindelse med kommunereform og andre prosesser som vil påvirke tannlegene.

### Kvalitetsstempel

De som hadde sett på organisasjonsmessige forhold kom tilbake og sa at MNTF er et kvalitetsstempel og at det bør være kurs som er obligatoriske for medlemmene.



*NTFs økonomisjef, Wenche Stavik, snakket om hvorfor handlingsrom og god likviditet er viktig for NTF.*



*Kjetil Strøm, leder av Oslo Tannlegeforening, la frem resultatet av sin gruppes arbeid, mens NTFs president noterte.*

Et annet budskap fra gruppene var 'en forening for alle', selv om store ytterpunkter innad i foreningen er en utfordring.

NTF bør markedsføre fordelene ved å være medlem, og lokalforeningene vil gjerne bidra.

Sosiale medier gjøre NTF mer demokratisk. Dessuten kan kommunikasjonen fra NTF sentralt med lokalforeningslederne gjerne være hyppigere, var avslutningssetningen.

### Virksomhetsstyring

Før gruppearbeidene snakket NTFs økonomisjef, Wenche Stavik, om foreningens økonomi og om begrepet virksomhetsstyring. Det siste vil si sunne og bærekraftige beslutninger som bygger på godt fundamentert dokumentasjon og som gir et godt utgangspunkt for eiere, styret og ledelsen til å gjøre vedtak på kjente forutsetninger.

Det er viktig å ha handlingsrom, understreket Stavik. Det som gir handlingsrom er god likviditet, kontinuerlig analyse av forutsetninger, et transparent regnskap som er fullstendig aktivitetsbasert og velbegrunnede vedtak.

Handlingsrom er viktig fordi endringene i forutsetninger kommer raskere, både for tannlegene – i så vel offentlig som privat virksomhet, og for virksomhetsdriften, på grunn av endringer i lover og regler.

En sunn drift og god økonomistyring og god likviditet er en forutsetning for at NTF kan oppfylle sine forpliktelser overfor medlemmene, de ansatte og sine samarbeidspartnere.

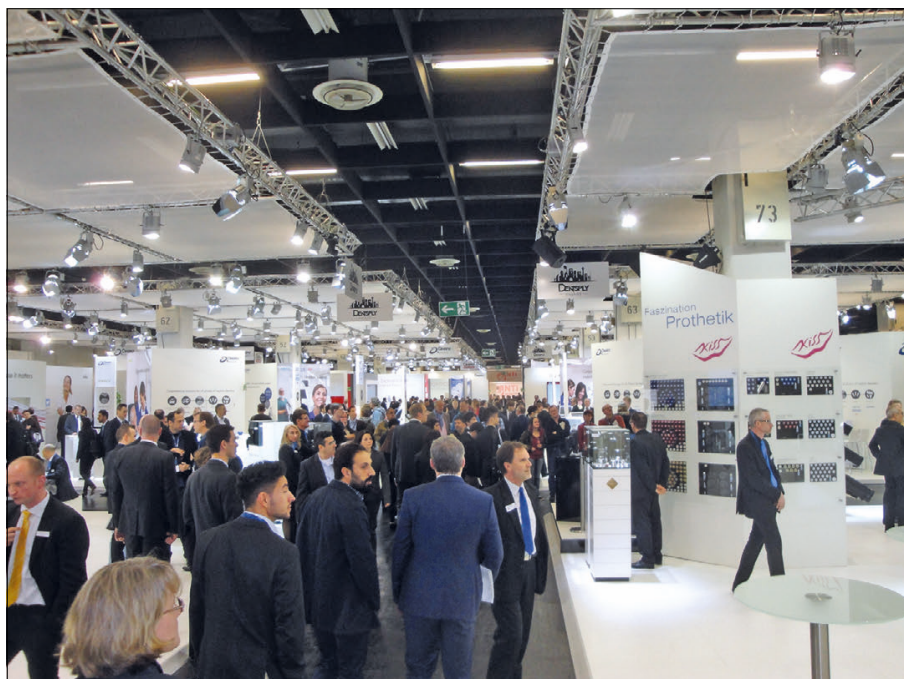
Representantskapets ansvar er å ha kunnskap om konsekvenser av vedtak, gi styret og ledelsen i NTF handlingsrom til å lede virksomheten til medlemmenes beste og med trygghet for de ansatte, bidra til langsiktige relasjoner med viktige samarbeidspartnere.

*Tekst: Ellen Beate Dyvi  
Foto: Kristin Aksnes*

IDS, Köln 2015:

## Verden største

International Dental Show (IDS) er verden største og viktigste dentalmesse. IDS arrangeres i Köln i mars hvert annet år, den varer i fem dager, og i år var det nesten 140 000 besøkende. Messen dekker et areal tilsvarende 20 fotballbaner og hele 2 200 utstillere fra mer enn 50 land deltar.



En todagers vandring mellom en uendelighet av stands gir ingen mulighet til å se på alt, men byr på mange inntrykk og mange informative og hyggelige samtaler med utstillere.

**I**DS er en fantastisk møteplass med god atmosfære og masse spennende å se og oppleve. Live-demonstrasjonene står i kø og underveis rundt på messen serveres lettere mat og drikke hos svært mange av utstillerne.

Utstillingen i år viste en rekke nye produkter, og innovasjon er åpenbart prioritert. Men i tillegg vises videreutvikling og forbedringer av en lang rekke kjente og mindre kjente produkter. Her finnes absolutt alt.

Hvis man skal snakke om trender er det tre hovedområder som peker seg ut:

Implantologi med en ufattelig mengde systemer og hjelpemidler, radiologi og røntgenutstyr med muligheter man for få år siden bare kunne drømme om og levert til priser som er akseptable – og sist men ikke minst digitale nettverk på klinikken der «alt henger sammen med alt». Kompatibilitet blir et nøkkelord her, og selv om mye fra mange produsenter nå er kompatibelt, tviholder fortsatt enkelte produsenter på «sine» systemer.



Planmeca hadde en stor og i øyenfallende stand og viste sin flotte produktbredde. Blant annet ble 3D-røntgen vist frem og demonstrert. Planmeca leverer intet mindre enn fem CBCT-modeller og har også interessante CAD/CAM-løsninger. Standen var stor, åpen og innbydende.



Chiromega fra Slovakia viste frem sine velutstyrte, flotte uniter. Mange fine detaljer som for eksempel integrert apex-locator og integrert implantologisett. Elegant og funksjonelt.



LMDental, som er en del av Planmeca-gruppen, viste frem sitt eventyrlige utvalg av håndinstrumenter. Instrumentene har en svært gripevennlig utforming og skaftene er silikonkledd, noe som gjør dem usedvanlig gode å håndtere. Disse er nok noe av det beste i dette segmentet.



Decus dekorasjonsartikler viste sitt spennende og morsomme utvalg av informativ dekorasjon til klinikken – enten til venterommet eller til selve klinikken. Dette er svært detaljrike modeller eller bilder med et vell av flotte detaljer.



Ikke alle røntgenapparater ser ut som røntgenapparater og italienske Villa Radiologi System viste frem utstyr med svært barnevennlig utforming. Dette er morsomt for de minste. Selskapet leverer for øvrig et komplett utvalg av røntgenutstyr med høy kvalitet og god brukervennlighet.



Italienske MGF viste sitt store utvalg av dentale kompressorer og sug. Gode tekniske data og til dels svært stillegående maskiner som burde være interessante. (bilde 3478)



NSK (Japan) viste frem Dentalone, et elegant utvalg av små mobile enheter laget for å kunne utføre tannbehandling utenfor selve klinikken. Hjemmesykepleien, sykehus og nødhjelp blir nevnt som aktuelle arenaer. Relativt små og lette og faktisk brukervennlige. Dette er fine produkter som absolutt burde finnes i den offentlige tannpleien i Norge.



Tyske UFSK international viste frem sitt store utvalg av utstyr til den mer proffe delen av kirurgien. Produktene er spesialiserte og av svært høy kvalitet. UFSK leverer absolutt alt av kirurgiske bord og stoler og med tilleggsutstyr av alle slag. Dette er leverandøren våre oralkirurger burde se litt nærmere på.



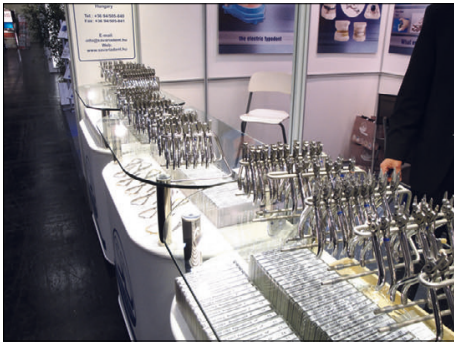
Franske Zenium viste et flott utvalg av så vel klinikkbelysning som operasjonslamper. Belysningen var selvsagt LED-basert og designen meget bra. Klinikkbelysningen kunne reguleres til anti-polymerisasjonsmodus – en fin detalj. Operasjonslampene gav skyggefritt arbeidsfelt og hadde innbygget kamera av meget god kvalitet.



Italienske Castellini har i mange år levert gode uniter der utvalget av operasjonslamper, fotkontroller og alt mulig tilleggsutstyr er stort. Her kan man nærmest skreddersy sin arbeidsplass og designen er lekker.



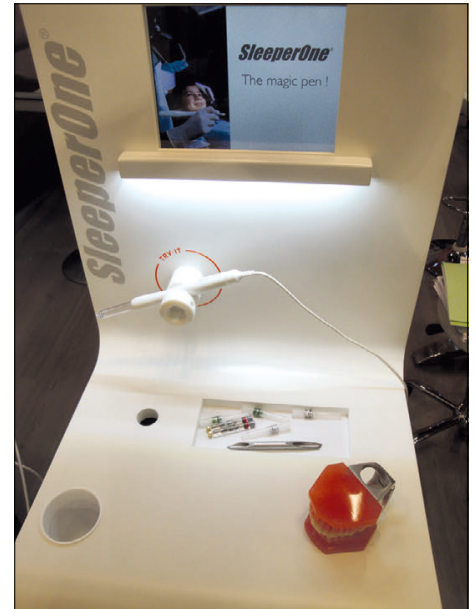
Tyske DKL viste frem en annerledes kolleksjon av uniter og tilleggsutstyr. Høyglans-polert stål på alle overflater gir et helt annet utseende enn vi er vant til, men unitene fremstår som meget lekke og minimalistiske. Rent hygienisk er disse unitene en vinner. (bilde 3488)



Ungarske Savaria-Dent er leverandør av ortodontiske materialer og instrumenter og på IDS viste de frem en del av sitt store utvalg.



Sessler ble vist frem av mange utstillere. Hager Werken viste frem en del av sitt store utvalg. Kvaliteten er velkjent og disse sesslene byr på god og stabil sittekomfort for tannlegen.



Også muligheter til å sette anestesi smertefritt ble vist på IDS. SleeperOne presenterte en elektronisk styrt injeksjon der man kun holder en penn som kanylen er festet til og hvor injeksjonen styres trådløst fra fotkontrollen. Det er fire progressive injeksjonshastigheter. Demonstrasjonene var overbevisende.



Anthos (Italia) hadde som vanlig en innbydende og oversiktlig stand der de presenterte sine uniter. Dette er innbydende og lekre saker med alt tenkelig og utenkelig tilgjengelig som opsjoner.



Utvalget av fagbøker på mange språk var stort på IDS og Quintessence var som alltid til stede med et flott utvalg. Har fantes noe for enhver smak og interesse. For den som er på jakt etter noe spesielt i faglitteraturen finnes det her.



Dentsply viste x-smart-IQ. Et meget gjennomtenkt endosystem. Systemet ble demonstrert og for oss som besøkte IDS var det mulig å prøve systemet under meget kompetent veiledning. Det er alltid mange slike demonstrasjoner med mulighet til å prøve på denne messen, men Dentsplys informative stand var av de bedre.



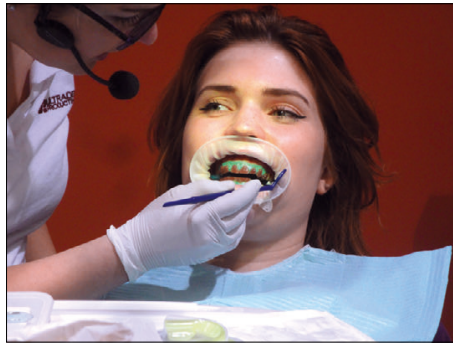
Soredex røntgen dekker hele spekteret innen avansert radiologi for tannleger. På standen viste de sine siste modeller og kvaliteten på det vi så på skjermene var imponerende god. Soredex er finsk og har klart å finne store markeder både i Tyskland og USA.



Expansione group (Italia) presenterte fotobiostimulering som behandling av bløtvev i munnhulen. Det ble hevdet at man ved dette spesielle lyset fra masken stimulerte mitokondrial aktivitet og cellulær metabolisme og på den måten kunne få til bedre munnhygiene, bedre periodontale forhold og at lyset også hadde gunstig effekt postoperativt ved kirurgi.



Frasaco viste frem sitt omfattende modell- og demonstrasjonsutvalg. Masse flotte modeller av høy kvalitet. Mye fint til bruk i undervisning og mye nyttig til pasientinformasjon. (bilde3520)



Det ble også demonstrert klinikkbleking.



Waterpik presenterte sitt velprøvde tannrengjørings-system. Her snakker vi blant annet om el-børster og aproksimalt renhold med vannspyling. Dette er til hjemmebruk og produsenten viser til en lang rekke veldokumenterte tester med svært gode resultater.



Belgiske GC viste frem et nytt fyllingsmateriale – Equia Forte, en glassionomer-hybrid. Materialet hevdes å ha de beste egenskapene fra glassionomerer og forbedret dem vesentlig ved endring av matrisen. Bruddstyrken skal være omtrent doblet.



Colgate hadde en flott og i øyenfallende stand og presenterte alle sine produkter på en elegant måte. Det var god informasjon å få om produktene.



Mini-Bright var en morsom liten italiensk nyhet. Her hadde man fått LED-lys også i treveissprøyten. Rart at ingen har funnet på det før? En nyhet mange sikkert vil kopiere.



Som alltid har bleking og blekemidler mye plass på IDS. Opalescence hadde en flott stand og interessen var stor.



IDS har utstillere fra hele verden, og Foshan Jerry Medical fra China bød på et stort antall forskjellige herdelamper. Spesifikasjonene var absolutt akseptable, og her var prisene langt under det vi pleier å betale herdelamper.



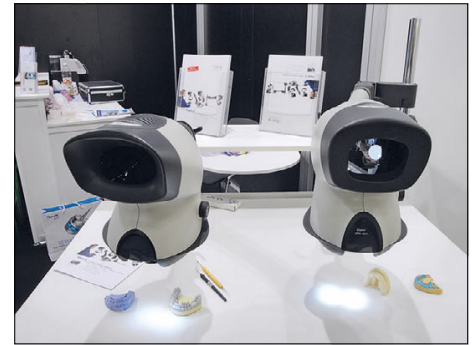
Eurocompress (Italia) viste sitt store utvalg av kompressorer og sugemotorer. Meget stort utvalg, og en del av modellene hadde beskjedne ytre mål og svært lavt støynivå.



Tyske First Class bød på bleking på bare 20 minutter. En spesiell gel med ukjent innhold ble penslet på tennene og et spesielt LED-lys ble deretter brukt til å aktivere prosessen. Alt foregikk i grønne eggeskall-stoler.



BienAir viste frem sine flotte turbiner og mikromotorer. Turbinene er bortimot optimale med svært god torque, god belysning og lavt lydnivå. Her er det snakk om høy kvalitet som gjør preparering så effektiv og skånsom som mulig. BienAir leverer også gode systemer for implantologi.



På IDS vises også spennende ting for tanntekniske laboratorier. Et okularfritt mikroskop fra Vision engineering ble presentert og må være et flott hjelpemiddel når de optimale detaljene skal utføres og kontrolleres på laboratoriet.



Laser har vært i bruk i odontologien i mer enn 50 år og på IDS ble det presentert en lang rekke modeller fra forskjellige produsenter. Elexxion viste frem flere spennende utgaver og det er åpenbart at på riktige indikasjoner har laser sin berettigelse. Og indikasjonene er mange.



Fargeuttak i protetikken kan by på problemer, men Vita har laget et måleinstrument som holdes helt inntil tannen og leser av farge i det området som berøres. En enkel test var overbevisende, og dette instrumentet bør få terningkast 6.



Slovakiske Diplomat viste frem lekke uniter som var velutstyrte og hadde gode ergonomiske kvaliteter.



Eurodonda hadde en fargerik stand der de presenterte hansker, servietter, begre, munnbind etc, etc. Her fantes alt i alle farger og kvaliteten virket bra.



Sveitsiske OCC hadde som vanlig en lekker og informativ stand der de presenterte sitt svært brede utvalg av hjelpemidler til å opprettholde maksimalt god hygiene på klinikken. Produktene har vel dokumentert effekt, og OCC leverer absolutt alt vi trenger på dette feltet. OCC setter sin ære i å være best på hele spekteret av produkter som er nødvendige på tannteknikken.





Fra Bulgaria kom en morsom unit for dem som behandler barn. Anvitas barnestol var noe for seg selv, men både unit og stol fremsto som svært brukervennlige. De hadde også andre modeller som var rettet mot barnetannpleie med morsom design.



Selvsagt var også flotte klinikkinnredninger å finne på IDS. Her representert ved henholdsvis Mayer og Mann. Her snakker vi om eksklusive saker som koster, men er verd det.



Temp-Off ble presentert som «et tryllemiddel» for å fjerne zinkoksyd og midlertidige sementer fra provisorier og permanente arbeider. En rask vask med Temp-Off og vips var sementen borte. Demonstrasjonen var meget overbevisende, så her er et produkt vi alle bør kunne ha glede av.



EMS hadde en stor stand i blått lys for anledningen for å vise frem Air-Flow. Her var det mulig å få prøve utstyret og interessen var stor.



Komplette systemer for optimal endo-behandling ble det vist mange av på IDS. XP-endo ble overbevisende demonstrert og under kyndig veiledning fikk man prøve utstyret. Denne standen var representativ for alle de produsentene som virkelig la det til rette for interesserte tannleger. Demonstrasjonene gikk kontinuerlig og interessen var upåklagelig.



Et lite polsk firma, Dental-S, hadde satset på å skreddersy sessler for tannleger. Absolutt alt ble individuelt tilpasset og aldri har muligheten til å finne «verdens beste sessel» vært bedre. Dette var sessler av meget god kvalitet og for oss som tilbringer så mye tid på en sessel, burde dette være et interessant produkt.



Også bor og andre småinstrumenter ble vist frem på IDS og Horico hadde en godt bemannet stand der de viste sitt store utvalg.



Skannere dukket opp overalt på IDS. 3shape er et godt eksempel på en god og populær skanner som raskt er blitt vesentlig bedre. Den kan kobles til mange unit'er og har blitt mindre og slankere i den delen vi holder intraoralt. Skannere skjyer det mye med nå, og vi er svært nær at dette blir enkelt for alle. Tiden er nok etter hvert moden for at en skanner bør finnes på enhver klinikk som driver med protetikk.



W&H viste også frem mye flott og nyttig utstyr til blant annet implantologi og kirurgi. I tillegg presenterte W&H mikromotorer og turbiner i vesentlig mindre størrelse og vekt enn det vi vanligvis finner. Det betyr rett og slett bedre tilgjengelighet på trange steder. Og når fiberlyset kommer fra fem punkter på turbinhodet snakker vi om turbiner som bør interessere noen hver.



IDS 2015 var en fantastisk opplevelse. Dette er en godtebutikk for tannleger, og IDS forteller selvsagt mye om hva som kommer, og om trendene. Messen holdes annet hvert år, og i 2017 finner den sted 21. til 25 mars.

Tekst og foto: Kjetil Reppen

## NTFs landsmøte 2015

Når? 29. –31. oktober

Hvor? Oslo, Norges Varemesse

Mer informasjon? [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)





## Med kvalitet i alle ledd, sikrer vi et langsiktig kundeforhold.

FOR OSS TANNTEKNIKERE ER ALLE «LEDD» LIKE VIKTIGE



RÅDGIVNING



KURS



DOKUMENTASJON



PRODUKTER



PROTEKET ONLINE



LOGISTIKK



INFORMASJON



GARANTI

DEN NORSKE TANNLEGEFORENING'S

# TIDENDE

## Frister og utgivelsesplan 2015

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



**Tellende timer**

**Annerledes**

**Nyskapende**

**Kostnadseffektivt**

**Tank**

Tannlegeforeningens nettbaserte kurs



**SOFT-PICKS™**



Med gummi-  
børster av  
**ELASTOMER**  
for maksimal  
plakkfjerning!

**Prøv GUM® Soft-Picks i dag!**

Sende mail til [sigurd.drangsholt@se.sunstar.com](mailto:sigurd.drangsholt@se.sunstar.com),  
få vareprøver sendt til din klinikk.

**Virkelig RENT & KOMFORTABELT  
mellom tennene!**

**2 for 1**

**Kjøp 12 stk GUM Soft-Picks®  
og få 12 stk på kjøpet! \***



Tilbudet gjelder kjøp fra våre depo. (Lic Scadenta, Plandent, HelseDent, Dental Direct, Tonne Dental, Jacobsen Dental, og Unident)  
\* Du vil motta det dobbelte du bestiller, men betaler bare for det som skrives på bestillingen. Gyldig til 30.04.2015.





## Torgersen-saken

**T**idende tok i januarnummeret opp Torgersen-saken. Jeg har fulgt litt med i denne saken i årenes løp.

Lite nytt har fremkommet i det senere. Professorene Brandtzæg og Eskeland med sine meningsfeller durer frem på samme måte som de har gjort i alle år.

Nytt for meg er det at Tidendes redaktør E.B. Dyvi har valgt side i saken. Det har hun for all del rett til. Jeg reagerer i midlertid på noen av hennes utsagn i lederartikkelen i januarnummeret. Hun uttaler blant annet: «Et engasjement fra odontologer med nødvendig vitenskapelig skoloring og bakgrunn, som ønsker å bidra til at det blir ryddet opp, er imidlertid, meg bekjent, hittil uteblitt»

Hva hun legger i begrepet «rydde opp» er noe usikkert. Betyr det at bevis som går i Torgersens disfavør er uten betydning og at disse ikke bør vektlegges?

Betyr det at dr.med. professor Gisle Bang og professor Tore Solheim ikke har hatt nødvendig skoloring og bakgrunn? Hva er redaktørens begrunnelse for dette? Mens følgende vage påstand i samme lederartikkel, nemlig at «jurister og forskere som har gransket tannbittbeviset argumenterer sterkt for at det ble begått feil fra norske sakkyndige – slik sakkyndige fra andre land også har gjort» blir brukt i argumentasjonen for å fremmes hennes syn.

Hva hun i likhet med Brandtzæg / Eskeland legger i at tannbittbeviset skal få en «vitenskapelig» tilnærming er for

meg uklart. Materialet er basert på tannlege Ferdinand Strøms skarpe og gode fotografier og modeller av bittmerkene på den dreptes bryst og Torgersens tenner. Professor Gisle Bang har laget en serie tredimensjonale fotografier basert på dette materialet. Hvordan kan man vurdere bittmerker og studiemodeller på en annen «vitenskapelig» måte enn å sammenlikne disse?

Jeg har tatt min odontologiske utdanning ved Guy's Hospital i London. For å få norsk autorisasjon måtte man på den tiden jeg kom tilbake til Norge gjennomføre et tilleggskurs. Under dette kurset hadde vi en forelesning med tannlege Strøm. Der ble originalmaterialet fra Torgersen-saken vist. Kvaliteten på fotografier og modeller var utmerket. Jeg har med egne øyne sett dette. Hvem som drepte Rigmor Johnsen kan jeg ikke vite. Det var ingen vitner til udåden, og jeg har ikke vært til stede ved noen av rettsbehandlingene av denne saken.

Men jeg er personlig overbevist om at Torgersen satte bittmerkene i avdødes bryst. Ikke basert på vitenskapelige fakta, men ved selvsyn av foreliggende materiale. Mitt syn er selvfølgelig uten betydning, men i motsetning til redaktøren av Tidende har jeg sett materialet som ligger til grunn for diskusjonen. Det høres helt utrolig ut hvis det virkelig er tilfelle at Brandtzæg, som hevder å representere «vitenskapen» i denne saken heller ikke har vist interesse for å se materialet som brukes som grunn-

lag for denne diskusjonen. (Se Solheims innlegg). Er slike holdninger forenlige med vitenskapelig tankegang?

Videre i lederartikkelen sier Dyvi at det skal fremmes ny gjenopptakelsesbegjæring i Torgersen-saken. Det er ifølge Dyvi den sjetten. Ingen andre straffedømte i Norge har fått så grundig behandling av sin sak som Torgersen. Hver eneste gang har retten fått alle tilgjengelige fakta. I alle ankesakene / gjenopptakelsene har Torgersens opprinnelige dom blitt opprettholdt. Mener Dyvi at alle disse sakkyndige, meddommere og jurister i alle disse sakene enten har vært korruperte eller udugelige? Hun sier i forbindelse med denne sjetten gjenopptakelsen at kanskje saken endelig skal få en avslutning. Antyder det at Dyvi bare kan akseptere frikjenning som korrekt løsning? Nytt bevismateriale er ikke kommet frem. Straffesaken mot Torgersen var i 1958. Hva skal man basere en ny sak på?

Muligheten for bruk av DNA-bevis kom mange år etter denne saken. Det er blitt meg fortalt at politiet tok vare på funn av fremmede hårstrå på åstedet for ugjerningen. Når DNA for en del år siden kunne brukes for sammenlikning med disse hårstråene, ville ikke Torgersen avgi sitt DNA. Hvis han er uskyldig burde det i høyeste grad være i hans interesse å få dette gjennomført.

*Stein Brox-Nilsen*

---

## Svar til Stein Brox-Nilsen

**T**akk for innlegget ditt, Stein Brox-Nilsen, og for spørsmålene du stiller.

Som du synes å ha forstått er en lederartikkel et uttrykk for sjefredaktørens syn. Og du har rett i at jeg har valgt side; nemlig rettssikkerhetens side.

Rettsikkerheten er en svært viktig ting i vårt samfunn, for oss alle. Den er det viktigste vernet den enkelte borger har. Og etter min mening har vi et ansvar, alle som en, for at rettssikkerheten til den enkelte ivaretas. Inkludert tannleger, og ikke minst mediene.

Som du ganske sikkert vet er medienes samfunnsoppdrag tredelt. Mediene skal:

- Sørge for at folk får nødvendig informasjon og tilgang på nyheter.
- Være arena for debatt, kritikk og kommentarer som gir alle mulighet til å delta i og påvirke samfunnsutviklingen.
- Kritisk granske offentlige myndigheter, næringsliv, og andre organisa-

sjoner for å hindre overgrep og maktmisbruk.

Det er fint at du engasjerer deg i debatten om Torgersen-saken. Ditt innlegg dokumenterer det jeg tror flere med deg tror og tenker, og det gir andre anledning til å svare og korrigere der det foreligger misforståelser.

Tannlegene virker ellers ikke å være engasjert, eller de ønsker ikke å 'ta i saken' som de sier. Jeg får også høre at 'det er gått ondt i denne saken', så den vil de bare la ligge. Hva nå det måtte bety. En sak er en sak, og etter mine begreper er en sak noe en kan forholde seg saklig til, gjerne og helst helt på nytt, uavhengig av hva som er sagt og gjort tidligere. Det er helt nødvendig etter min mening, når saken ikke faller til ro, som i tilfellet Torgersen-saken.

En og annen tannlege henvender seg til meg for å uttrykke at de inderlig håper at det blir bragt klarhet i hva som er skjedd og hvilken rolle sakkyndige tannleger har fått anledning til å spille i det som er skjedd. De har fått med seg

at det stilles spørsmål ved om sakkyndige tannleger har gått ut over sin kompetanse når de har vurdert og uttalt seg om bittmerket, som ble et avgjørende fellende bevis i denne straffesaken.

Du uttrykker deg litt uklart om hvilke rettsforhandlinger Torgersen-saken har vært gjenstand for. Du vet antagelig likevel, siden du sier at du har fulgt med, at drapssaken fra 1957 bare er prøvd for domstolen én gang. Siden er den forsøkt gjenopptatt fem ganger. Nå begjæres det om gjenopptakelse for sjettede gang.

Å oppnå å få saken gjenopptatt og prøvd for domstolen for annen gang, er det jeg mener at jeg vil, når jeg sier at jeg håper saken endelig kan få en avslutning.

*Ellen Beate Dyvi  
Ansvarlig redaktør i Den norske  
tannlegeforenings Tidende*



# Bittspor i hud er kun utelukkelsesbevis i en straffesak

**D**et er trolig bortkastet tid å argumentere mot en som ikke har satt seg inn i Torgersen-saken, og som fortsatt lever på en fasinasjon bygget på rettsodontolog Ferdinand Strøms lysbilder. Tannlege Stein Brox-Nilsen er ikke den eneste som ble imponert over Strøms elegante forelesninger illustrert med tenner og kvinnebryst.

Strøm var anerkjent for sin dyktighet i bruk av tannsettet til å identifisere lik både fra massegraver etter krigen og ved brannulykker. Det ble derfor ikke lagt vekt på at han i Torgersen-saken for første gang undersøkte et bittspor i hud. Det samme gjaldt hans kollega professor Jens Wærhaug og Strøms etterfølger, rettsodontologen Tore Solheim samt hans medspiller professor Gisle Bang. Det er derfor riktig at ingen av disse hadde den nødvendige skoleing og bakgrunn til å ta på seg en så alvorlig jobb som de ble bedt om. Heller ikke vi er eksperter på bittspor. Brox-Nilsen synes det er utrolig at en av oss som hevder å representere «vitenskapen» (Per Brandtzæg) ikke har vist noen interesse for å studere det oppbevarte brystet og bittmodeller etter invitasjon fra Solheim. Grunnen er ganske enkelt at det ikke ville komme noe fornuftig ut av det. Brandtzæg ble oppnevnt av Gjenopptakelseskommisjonen som sakkyndig på det såkalte avføringsbeviset i 2006, og vi forholder oss til det som er vitenskapelig dokumentert for slike funn, på samme måte som for bitt i hud.

Det synes som om Brox-Nilsen ikke har lest den artikkelen som sto

i Tidende for ca. 5 år siden (2010; 120: 777–8). Den bygget på et intervju med Ola Tellesbø og understreker den forvirringen som stadig har gjort seg gjeldende for bittsporet avsatt i den dreptes bryst. Eksperter som først tolket sporet som bevis for at Fredrik Fasting Torgersen var biteren, er senere kommet i tvil og har gått bort fra sin opprinnelige mening. Slik forvirring skulle i seg selv være nok til å avvise bittsporet som et fellende bevis. Vanskeligheten med å nå frem med en negativ konklusjon når det er avsagt en dom som bygger på at det er 100 prosent identitet mellom bittsporet og Torgersens tannsett, burde være forståelig selv for Brox-Nilsen. Noen synes å mene at når bare de samme argumentene gjentas om og om igjen, så må dommen bli stående til tross for motargumenter som er vitenskapelig holdbare.

Tellesbø oppsummerer utviklingen på bittsporfeltet i siste avsnitt av sin artikkel ved å skrive: «Regulære bitt tjener kun som utelukkelsesbevis.» Slike spor kan altså ikke knytte en mistenkt til en forbrytelse. Han underbygger sitt utsagn med henvisning til en kritisk redegjørelse som konkluderer med at bittanalyse er en utillatelig «junk science» når det er snakk om å påvise likhet med bittspor i hud (1).

Et gjennombrudd på dette feltet kom da Laboratory for Forensic Odontology Research, School of Dental Medicine, SUNY at Buffalo, Buffalo, NY, USA, presenterte en forskningsmodell for bittanalyse i menneskehud fra lik på 60th Annual Meeting of the American Aca-

demy of Forensic Sciences, Washington, DC, i februar 2008. Rapporten er blitt fulgt opp av flere viktige artikler i Journal of Forensic Sciences (2–4). For første gang var det mulig å analysere kontrollerte bittspor avsatt med tannsettmodeller på en standardisert måte i hud av forskjellig konsistens og etter kontrollerte forflyttinger. For eksempel ble det funnet at av 23 bittmerker med det samme tannsettet, fantes ikke to identiske spor, og noen viste dramatiske avvik (2).

Ved å bruke 100 forskjellige tannsett dokumenterte forskerne i Buffalo at det er svært vanskelig å identifisere biteren; ofte viste feil biter bedre overensstemmelse med bittsporet enn den riktige biteren (3). Vanskelighetene med forskyvninger i vevet var spesielt store ved løst vev (4). I Torgersen-saken er det snakk om løst brystvev på et lik som var forflyttet. Med modellen ble det endelig vist at så mye som 38 prosent av tannbittene avsatte villedende spor (5). Det amerikanske rettssystemet har tatt konsekvensen av denne forskningen og anbefaler at bittmerker i hud ikke lenger brukes som identifiserende bevis i straffesaker. De forskjellige amerikanske «Innocence Projects» har i ettertid vist (ved testing av oppbevart DNA) at bittspor har ført til svært mange feilaktige dommer – opp til så mange som 90 prosent.

Det er etter vår mening underlig at noen fortsatt fester lit til tannbittbeviset i Torgersen-saken, og den Den rettsmedisinske kommisjonen har frarådet at bittsporet vektlegges i saken. Det er

**For mer informasjon – se vår hjemmeside [www.dentalstoep-import.no](http://www.dentalstoep-import.no)**



**Dentalstøp Import as**  
KVALITET TIL LAVPRIS  
Vår ekspertise din trygghet



derfor uforståelig hvorfor Gjenopptakelseskommissjonen ikke tar hensyn til dette, noe som tyder på manglede vitenskapelig innsikt. Enda mer uforståelig er det at rettsodontolog Solheim som påstår å være godt kjent med forskningen (og forskerne) fra Buffalo, likevel åpenlyst velger å se bort fra deres funn. Han hevder derimot det helt absurde at når alle detaljene i Torgersen-sakens bittspor vurderes sammen, gir de et bilde som teoretisk nærmer seg en DNA-analyse.

Til slutt kommer Brox-Nilsen trekende med den velbrukte historien om at Torgersen ikke er villig til å avgi DNA-prøve for å teste den mot DNA fra noen hår som skal ha vært funnet på avdødes kåpe. Disse hårene oppbevares på Rettsmedisinsk avdeling, men det følger ingen protokoll med dem. Torgersen hevder at han avga hårprøve i 1957 eller 1958 og er redd for at det er disse hårene som hevdes å være funnet

på kåpen. Han er livredd for å gå i en felle dersom det skulle være «match» mellom DNA-prøvene. Dette er lett å forstå når en har kjennskap til alt han har gjennomgått. Vi har redegjort for problemstillingen i avisartikler, og det ligger et grundig dokument om hårprøven på Torgersens hjemmeside: <http://torgersensaken.no/ressurser/haarprøve/>. Vi vil anbefale Brox-Nilsen i å oppsøke denne hjemmesiden for da vil han se at vi ikke «durer frem som vi har gjort i alle år», men forholder oss til sakens fakta i lys av vitenskapelig holdbar informasjon.

*Professor Per Brandtzæg, Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet*

*Professor Ståle Eskeland, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo*

## Referanser

1. Deitch A. An inconvenient tooth: Forensic odontology is an inadmissible junk science when used to «match» teeth to bitemarks in skin. *Wisconsin Law Review* 2009; No. 5: 1205–36.
2. Bush MA, Miller RG, Bush P, Dorion RBJ. Biomechanical factors in human dermal bitemarks in a cadaver model. *J. Forensic Sci.* 2009; 54: 167–76.
3. Miller RG, Bush PJ, Dorion RBJ, Bush MA. Uniqueness of dentition as impressed in human skin: a cadaver model. *J. Forensic Sci.* 2009; 54: 909–14.
4. Bush MA, Thorsrud K, Miller RG, Dorion RBJ, Bush PJ. The response of skin to applied stress: investigation of bitemark distortion in a cadaver model. *J. Forensic Sci.* 2010; 5: 71–6.
5. Bush MA, Cooper HI, Dorion RBJ. Inquiry into the scientific basis for bitemark profiling and arbitrary distortion compensation. *J. Forensic Sci.* 2010; 55: 976–83.

Er du på nett med Norsk Tannvern?

## Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøttssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



# Kommentarer til diskusjon om Torgersen-saken

Jeg har fra redaktøren fått oversendt Stein Brox-Nilsens innlegg samt svar fra redaktøren og fra Brandtzæg og Eskeland. Jeg har vel sagt det mest i mitt innlegg i Tidende (Torgersen-saken igjen, 2015, 125, 69–72) men det kan være på sin plass med noen få kommentarer. Brox-Nilsens innlegg virker for meg fornuftig og jeg synes det er merkelig at noen skal bli indignert over det. Torgersen-saken har vært brukt i undervisningen av tannlegestudenter i mange år. Jeg tror ikke at man kan bli overbevist av den; den skal mer tjene som et eksempel som kan vise de metoder vi har til disposisjon. Jeg mener skepsis og tvil er en viktig egenkap, spesielt for rettsodontologer. Man skal ikke tro blindt på alt man hører eller leser for den del.

Redaktøren skriver fornuftig om den rolle media har. Hun er bekymret for rettsikkerheten og der kan jeg være enig med henne. Jeg tror likevel rettsikkerheten i Norge er bedre enn i USA, der Brandtzæg og Eskeland henter

eksempler fra om tannsporsundersøkelser. Den amerikanske sakkyndige Senns uttalelser viser tydelig at ting kan gå feil i USA og at sakkyndige lar seg lede av oppdragsgiver. Ofte står de sakkyndige mot hverandre og retten må lett la seg lede til å tro på den som er best til å tale for sin sak. Amerikanske sakkyndige vinner eller taper sine saker. Det gjør vi ikke i Norge. Man håper kun retten tar tilbørlig hensyn til ens konklusjon i relasjon til alle andre momenter i saken.

Redaktøren ønsker saken behandlet en gang til og det kan jeg forstå. Imidlertid er dette vanskelig etter så mange år. Alle sakkyndige som så det originale bevismaterialet er døde. Alle vitner er døde. Er det derfor mer sannsynlig at en rett i dag kan sikkert finne ut hva som den gang virkelig skjedde? Jeg mener at dersom ikke en annen person melder seg og sier han gjorde dette, er det vanskelig å få saken gjenopptatt. Problemet kan da også kanskje være falsk tilståelse som vi vet kan forekomme. Det

er usannsynlig at nye bevis som skulle indikere at Torgersen var uskyldig vil komme fram etter så mange år. Da blir mitt spørsmål til redaktøren: Mener hun alle saker hvor den dømte sier seg uskyldig dømt skal ha rett til å bli gjenopptatt? Torgersen har jo tross alt fått sin sak bedømt av retten en gang og gjenopptakelsesbegjæring i alt 5 ganger av Lagmannsrett og Høyesterett samt to ganger av Gjenopptakelseskommisjonen. Jeg synes det er nok for rettsikkerheten og nå skal den angivelig behandles en gang til. Jeg tror hver gjenopptakelsesbegjæring har vært nøye og samvittighetsfullt behandlet.

Brandtzæg og Eskeland mener det er bortkastet tid å argumentere mot en som ikke har satt seg inn i saken. Jeg tror det er ganske bortkastet å argumentere mot disse to herrer. De forandrer neppe sin tro. Her skriver jeg og argumenterer for interesserte tannleger slik at man kan korrigere der det foreligger misforståelser slik redaktøren ønsker. Jeg vil først påpeke at det er feil



Prøv en stol gratis i 14 dager.

## SITT DEG STERK

Dynamostoler bruker kroppens naturlige balanse for å styrke musklene i rygg, nakke og skuldre.

Å sitte seg sterk har ikke alltid vært vårt motto, men det har alltid vært vår innstilling når det gjelder hvordan man skal sitte og arbeide slik at det blir mest mulig skånsomt for kroppen.

LIC Scadenta

Tlf. 67 80 58 80  
www.licscadenta.no

Dynamostol Danmark

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

SITT DEG STERK  
dynamostol® d

at det var første gang Strøm undersøkte tannspor i hud. Det er feil å si at Bang var min medspiller. Han ga sin uttalelse i 1974 og helt uten påvirkning fra meg. Tror man nå at jeg har noen spesiell interesse av å fordreie saken? Svaret er ganske enkelt nei, men jeg forsøker å forholde meg til fakta når det gjelder tannsporet. De to overnevnte herrer argumenterer så godt de kan for at man skal se bort fra beviskraften i tannsporet. Er det i tråd med god rettsikkerhet?

Det er feil å si at verken Bang eller undertegnede hadde sett tannspor på hud før. Jeg har i de år jeg har drevet med rettsodontologi siden 1973 undersøkt og beskrevet ca. 1 tannspor hvert år og de fleste på hud. Jeg kjenner heller ikke til at en som undersøkte sporet siden skulle ha gått bort fra sin mening. Dette er kun en påstand (i rettsikkerheten interesse?)

Jeg har hørt før at dersom man bare gjentar feilaktige påstander om igjen og om igjen lenge nok, begynner folk å tro på dem. Man beskylder kanskje meg for dette, men jeg har skrevet svært lite om

denne saken. For meg fortoner det seg som om det er nettopp dette de to overnevnte herrer prøver å gjøre. Merkelig?

Det er feil nå de sier dommen bygger på 100 prosent identitet mellom spor og Torgersens tenner. Ingen har noen gang skrevet det. Man har i konklusjonene uttalt seg om sannsynligheten for at Torgersens tenner har satt sporet. Jeg antar retten har forstått dette og vektlagt beviset etter det.

Det er feil nå de hevder at amerikansk rettssystem har tatt konsekvensen av forskning i Buffalo og anbefalt at bittspor i hud ikke lenger brukes som identifiserende bevis i straffesaker. Jeg var nettopp på møte til American Association of Forensic Sciences i Orlando hvor tannspor ble meget nøye behandlet. Det kom der fram at på tross av advarsler fra jurister og andre er det ikke et eneste tilfelle i den senere tid hvor tannspor i hud ikke har vært brukt som bevis ved en rettssak. I USA har man store diskusjoner om hvorvidt det kan aksepteres at et bevis kan føres ved

rettsaker, om det er «admissible». Slike diskusjoner har man ikke i Norge.

Det er feil at jeg ser bort fra forskningsresultater fra Buffalo. Jeg vet at vev forandrer sine dimensjoner etter stilling, spesielt et bryst. Jeg har ikke gjort noen mål ved mine undersøkelser, heller ikke har Bang eller Strøm. Vi har vurdert mønsteret i sporet og detaljer, både de som passer og de som tilsynelatende ikke passer helt. Senn derimot måler vinkler med ti dels graders nøyaktighet og mener 5 graders forskjell er nok til utelukkelse. Jeg mener Senn derved ikke helt tar hensyn til de vitenskapelige funn, men det gjør kanskje ikke noe så lenge det kan tjene rettsikkerheten.

Jeg kan ikke uttale meg om min egen ekspertise og om jeg har gått utover min kompetanse. Det får andre gjøre. Jeg gjør og har kun gjort så godt jeg kan for å komme fram til sannheten så langt det er mulig.

*Tore Solheim*

Tilsvar til Tore Solheim:

## Solheim mener at ingen kan bli overbevist av Torgersen-saken

**R**ettsodontolog Tore Solheim sier i sin siste kommentar om Torgersen-saken at den gjennom mange år har vært brukt i odontologiundervisningen, men at ingen kan «bli overbevist av den; den skal mer tjene som et eksempel som kan vise de metoder vi har til disposisjon». Første del av utsagnet kan vi selvsagt slutte oss til. Men vi har da virkelig fått en forståelse, både fra foredrag og høringer, av at iallfall Solheim er overbevist om Torgersens skyld i drapet på den unge kvinnen i 1957.

Ellers er Solheims innlegg gjennomsyret av løse og udokumenterte påstander. Han hevder for eksempel at han siden 1973 har «undersøkt og beskrevet ca. 1 tannspor hvert år og de fleste i hud». Hva betyr egentlig dette? Og videre at ingen som har undersøkt bittmerket i den dreptes bryst senere har «gått bort fra sin mening». Oppfattet han ikke at det var nettopp det den britiske rettsodontologen Whittaker gjorde under den åpne høringen av saken i 2006? Det er dessuten ganske utrolig at han kan hevde at «Det er feil at jeg ser bort fra forskningsresultatene fra Buffalo». Det er jo nettopp det han gjør, og som han har erklært i full offentlighet, senest i et åpent møte ved Det juridiske fakultet i juni 2014.

Like uforståelig er det når Solheim hevder at dommen fra 1958 ikke bygget på 100 prosent identitet mellom bittsporet og Torgersens tenner. Hva skulle juryen tro når de fikk høre fra de odontologisk sakkyndige at: «Det er Torgersens tenner som har avsatt bittet. Vi er overbevist». Og Solheim har jo gått enda videre ved å hevde at når alle detaljer i bittsporet vurderes sammen, gir de et bilde som med tilnærmet

samme sikkerhet som DNA-match identifiserer Torgersen som biteren. Hvorfor kommenterer ikke Solheim dette høyst uvitenskapelige utsagnet? Og hvorfor kommenterer han ikke hvorfor han henvendte seg til to amerikanske rettsodontologer som David Senn hadde kontaktet for kvalitetssikring av sine observasjoner av bittsporet i kvinnens bryst? De to var ikke kjent med Senns konklusjon, men Solheim skrev til dem at ingen «ærlig» rettsodontolog kunne komme til at Torgersen måtte utelukkes som biter. Ser ikke Solheim at dette var en uetisk påvirkning? Er dette sannhetssøkende? Kunne vi få konkrete svar på disses to sentrale ankepunkt som vi har rettet mot Solheim istedenfor å bli servert en rekke løse påstander?

Solheim reiser spørsmålet: «Er det derfor mer sannsynlig at en rett i dag kan sikkert finne ut hva som virkelig skjedde?» Han har misforstått totalt hvis han tror dette er vår målsetting. Vi arbeider for rettsikkerheten fordi vi mener å ha dokumentert at Torgersen ble dømt på feil premisser. Hvis en ny juridisk behandling av saken gir oss rett i dette, må han frikjennes for sin livstidsdom uavhengig av skyldspørsmålet.

Solheim tror videre at Norge har et bedre rettssystem enn USA. Men amerikanerne har iallfall tatt tak i svakhetene i sitt system. I februar 2009 kom det en kritisk rapport fra *The National Research Council* etter mandat fra kongressen, (2002–334–2138 news@nas.edu). Det blir blant annet anbefalt å ha strenge formelle krav for de sakkyndige i straffesaker, gode protokoller for bevisvurdering, og et etablert vitenskapelig grunnlag for metodene.

Solheim hevder likevel at det er ikke et eneste tilfelle i den senere tid hvor det har foreligget bittspor uten at dette har vært brukt som bevis i det amerikanske rettssystemet. Men han unnlater å nevne hvor ofte slike «bevis» har ført til feilaktige dommer. Som nevnt i vårt tidligere innlegg, viser de amerikanske «*Innocence Projects*» at dette kan være opp til 90 prosent. Slike tragiske feil basert på bittspor, sammen med anbefalingene fra *The National Research Council*, førte til at *The US Department of Justice* og *The National Institute of Standards and Technology* etablerte et panel av 37 eksperter som møttes for første gang i februar 2014. Panelet vil på sikt komme med retningslinjer for rettssakkyndige. «The broad objective is to put the science into forensic science so it can legitimately have its name», påpekte en av paneldeltakerne (Reardon S. *Faulty forensic science under fire*. *Nature* 2014: 13–14). Dessuten anbefales å lese artikkelen av Erica Beecher-Monas med tittelen *The bites: the illusion of science in bite-mark evidence* (*Cardozo Law Review* 2009: 30: 1369–1410). Hun presiserer: “This matters, because the result of admitting flawed testimony is not only an injustice to the individual; it also undermines the legitimacy of the justice system».

Nettopp derfor arbeider vi med Torgersen-saken.

*Professor Per Brandtzæg, Avdeling for patologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet*

*Professor Ståle Eskeland, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo*

---

## Svar på spørsmål fra Brandtzæg og Eskeland

**D**e to herrer har i sitt innlegg stilt meg et par spørsmål som jeg kan svare på. Først er jeg forbauset over at de kjenner min forelesning om tannspor for tannlegestudenter siden de er enig i at man ikke kan bli overbevist fra den. Tannsporanalyse er mer komplisert enn kun å se noen bilder som flerrer over et lerret. Mitt innlegg gjennomsyres av udokumenterte påstander. Nå, de er jo korrekte og kan dokumenteres. Jeg har ikke sagt at herrene ser bort fra resultatene fra Buffalo, men at Senn har gjort det ved sine analyser hvor han kommer fram til at Torgersen ikke kan ha bitt.

Jeg har gitt et høyst uvitenskapelig utsagn ved å hevde at sikkerheten i tannsporet har tilnærmet samme sikkerhet som en DNA-match og burde kommentert det. Jeg håper herrene kjenner til hvordan man beregner sannsynligheter av at flere ting inntreer samtidig og at man bruker multiplikasjon av de enkelte sannsynligheter for å finne den samlede sannsynlighet. Det er jo det samme de gjør ved DNA-analyser. Jeg er fullt klar over at enkelte detaljer i Torgersens tenner ikke varierer helt uavhengig av hverandre og har

poengtert at man ikke må ta beregningen bokstavelig, de kan kun tjene som en veiledning. Jeg mener derfor at det ikke er 1: 20 000 000 sannsynlighet for at noen annen kan ha bitt, men at det er mindre enn 1: 10 000 sannsynlighet for dette. Sporet inneholder i tillegg en rekke sammenfallende detaljer som ikke er brukt ved beregningen. Jeg vet ikke om dette er et konkret svar godt nok, men undrer meg på hvordan Brandtzæg beregner sammensatt sannsynlighet om han ikke bruker multiplikasjonsmetoden og hvorfor han mener den er uvitenskapelig.

Jeg burde kommentert hvorfor jeg har henvendt meg til to rettsodontologer i USA som også Senn ba om å se på deler av beviset i Torgersen-saken. Ja det er riktig og jeg var forbauset over dette. Jeg kjente disse ganske godt fra før og spurte om de visste hvilken sak det var snakk om. Det lå ingen påvirkning i dette. Jeg ser ikke dette som uetisk eller at det var noe motsetningsforhold til å være sannhetssøkende. Framfor alt har det jo ingen betydning for fakta om Torgersen har bitt eller ikke. Man får inntrykk av at dette var

svært viktig i følge de to herrers innlegg.

Påstanden om at en ny rett ikke skal finne ut hva som faktisk skjedde, men kun se om Torgersen ble dømt på feil premisser forstår jeg godt. Det er jo slik jurister ser det. Her er det ikke sannheten som er viktigst, kun hva man kan bevise eller ikke bevise.

Jeg unnlater å nevne at opp til 90 prosent av saker med tannspor i USA fører til feilaktige dommer. Ja dette er også helt feil påstand. Man har i USA gått gjennom dommene som senere er blitt reversert med tannspor som bevis. Jeg mener å huske at det er ca. 12 slike saker. I en del av disse er det en cowboy av en rettsodontolog som har vært sakyndig. Det er beklagelig og selvfølgelig ikke noe som gjør tannsporundersøkelser mindre pålitelige. I en del saker har tannlegen uttalt at det er mulig vedkommende har bitt og andre bevis har til sammen ført til domfellelse. Kun i et par saker er det såkalte board-serifiserte rettsodontologer som kan ha tatt feil. Bildet er således helt annerledes enn det som blir hevdet.

*Tore Solheim*

# Med inntil visshet grensende sannsynlighet

**D**isse ordene brukte den av retten oppnevnte sakkyndige, professor i odontologi, Strøm, da han i rettsaken mot Fredrik Fasting Torgersen i 1958 avla vitneprov som klart slo fast at det var Torgersen som hadde avsatt bittmerkene på den drepte Rig-mor Johnsen's bryst.

Blant flere indisier som aktoratet den gang mente pekte mot Torgersen var det nevnte tannbittbeviset det viktigste. Dermed var Torgersens skjebne bese-glet. Riksadvokat Lauritz Jensen Dorenfeldt, avsluttet rettssaken mot Torgersen med de berømte ordene: «Denne mannen må aldri mer slippes løs på samfunnet!» Det skulle gå 16 år før han igjen var en fri mann.

## Liland, Moen og Rødseth

Noen år senere, i 1970, kom rettsmedi-sinske eksperter på nytt i fokus i den såkalte øksedrapssaken i Fredrikstad. To mennesker ble funnet drept julaften 1969. Denne gang gjaldt det å fastlegge dødstidspunktet til de to drepte. De medisinske sakkyndige var på nytt skråsikre i retten. Ofrene var med 100 % sikkerhet drept den 22. desember. Den mistenkte Per Liland hadde ikke alibi for denne dagen. Dersom drapene derimot hadde skjedd den 23. desember var Lilands alibi vannrett. Liland ble dermed dømt til 21 års fengsel og 10 års sikring. I begynnelsen av 1990-årene lyktes det den private etterforskeren Tore Sandberg å få saken gjenopptatt. Liland ble frikjent i 1994. Han døde 2 år senere.

I 1978 og 1981 ble den sterkt funksjonshemmede Fritz Moen dømt til 21 års fengsel for voldtekt og drap på 2 unge jenter i Trondheim. Takket være samme Tore Sandbergs utrettelige innsats ble Moen frikjent for begge drapene 15 år senere.

Etter at juryen hadde felt Moen uttalte forsvareren, den ikke ukjente høyesterettsadvokat Hestenes: «for før-

ste gang i skranken tillater jeg meg å si at det er begått et justismord». Lagmannen reagerte øyeblikkelig: «Jeg vil ha meg frabedt slike uttalelser i retten».

Rødseth-saken på Møre i 1981 er et annet eksempel på det en rettstragedie. Her gjaldt det å fastslå dødsårsaken til et noen måneder gammelt og sykelig barn. Den tilkalte medisinske ekspertise var igjen helt sikre, dødsårsaken var mishandling og ikke sykdom.

Faren til barnet Rødseth ble dermed, i 1982, dømt til 2,5 års fengsel.

Han gav seg i midlertid ikke. Og fikk stor støtte fra mange hold. Takket være, ikke minst frivilliges iherdige innsats, (en av dem var for øvrig den nå avdøde skuespilleren Wenche Foss), ble Rødseth frikjent i 1997, og tilkjent en stor erstatning.

## Tannbittbeviset

Torgersen-saken har i alle år hatt folk som arbeider utrettelig for å få gjenopptatt saken. Nye fagfolk har også her, kommet til at det er skjellig grunn til tvil. Mildt sagt.

I forbindelse med Torgersens 80-årsdag sist høst ble det utgitt et festskrift som oppsummerer saken så langt.

Torgersen ble felt først og fremst av tre bevis:

- Det ble funnet barnåler i hans dress som påtalemyndigheten mente stammet fra et juletre som lå i kjelleren der den drepte ble funnet. Med støtte fra sakkyndige eksperter på botanikk.

- Det ble funnet avføring på hans klær som stammet fra åstedet; hevdet påtalemakten, igjen ble denne konklusjonen trukket etter de teknisk sakkyndiges uttalelse.

Senere er det reist sterk tvil om begge disse bevisene.

Vi skal knytte noen kommentarer til det tredje beviset, det såkalte tannbittbeviset.

Det ble nemlig funnet merker etter et bitt i den dreptes bryst. Odontologiske

vitenskapsmenn kom, etter å ha undersøkt Torgersens tenner, til at det var overveiende sannsynlig at det var han som hadde avsatt disse merkene.

Det kan være interessant å prøve å sette seg i situasjonen til en vitenskapsmann når det gjelder slike bittmerker. Hvordan angripes oppgaven å prøve å slå fast om et bittmønster avsatt i et kvinnebryst på et drapsoffer stemmer med tannsettet til en bestemt person? Dersom en skulle bruke metoder som er vanlig i naturvitenskapen kunne en tenke seg å gå fram omlag slik:

A) Få tak i en kvinnelig forsøksperson (og aller helst flere for å eliminere individuelle forskjeller når det gjelder vevstype).

B) La en gruppe på 8–10 (helst mange flere) menn med vanlig forekommende tannstillinger sette den type kraftige bitemønster i forsøkspersonenes bryst.

C) Analyseoppgaven ville så gå ut på å la en ekspert som ikke kjente til hvem som hadde bitt, prøve å identifisere hvem som hadde satt de forskjellige merkene. Dersom vedkommende lyktes i samtlige tilfeller står en overfor en 100 % sikker metode. Dersom treffprosenten var mindre er metoden mer tvilsom, sannsynligvis helt ubrukelig. I tillegg ville en her stå overfor den tilleggsvarske at det her dreide seg om en forsøksperson som var død, med de endringer i vevet som den prosessen medfører.

## Vitenskapelige krav

Enhver kan ved å møte opp på en av de offentlig annonserte doktordisputaser i medisin og medisinrelaterte fag, forvise seg om at det er slike krav som stilles for at en konklusjon skal være holdbar.

Enhver skjønner og at det ville være svært vanskelig for ikke å si umulig å sette opp et slikt forsøk i for eksempel

Torgersen-saken. Antallet avsatte bitt-mønstre i kvinnebryst som kommer helsevesenet for øret er sannsynligvis meget lite. I alle fall når det brystet som i etterhånd skal undersøkes består av dødt vev. Dermed vil også erfaringsmateriale som en ekspert eventuelt skulle kunne støtte seg på, bli meget mangelfullt. Kanskje vil det mangle helt?

### Bjugn

I den kjente Bjugnsaken er det for eksempel på sin plass å spørre på hvilken bakgrunn de eksperter uttalte seg, som mente å kunne fastslå at de hadde observert forandring i kjønnsorganene hos barn i 2-3-4 års alderen. Til hvilket referansemateriale viste de?

### En hver er uskyldig inntil.....

I alt vitenskapelig arbeid fins det etiske retningslinjer som sier at en ikke kan

trekke sikre konklusjoner i slike situasjoner. Spesiell aktsomhet må vises når konklusjonen skal brukes i en rettsak. Her kommer en inn på hjemmebanen til en annen type profesjonister; profesjonister som arbeider etter den hovedregelen at enhver er uskyldig inntil det motsatte er bevist og at enhver tvil skal komme tiltalte til gode.

### Overdreven respekt paret med kjepphøyhet

Konklusjonen er etter min mening at ikke bare folk flest, men i særdeleshet jurister merkelig nok, har overdreven respekt for spesielt naturvitenskapelige resultater, i alle fall de som tjener deres egen sak. Med en gang et resultat fra et laboratorium ankommer aktoratet har de mektige statsadvokater og deres håndgagne en tendens til å oppfatte dem som ugjendrivelige fakta. Til nå

har også sjelens forståelsepære hatt fritt spillerom i rettslokalene. Er det noen grunn til det?

Det er i det hele tatt et spørsmål om ikke de lærde *doctores medicinae*, med og uten sjel, burde være mindre kjepphøye i sine konklusjoner. Også her dreier det seg om å være med å, om ikke å redde liv, så i alle fall å vise respekt for liv. Livene til slike som Liland, Rødseth og Fredrik Fasting Torgersen. Og sikkert mange andre.

I USA antar eksempelvis Amnesty at mellom 70 og 80 av de ca. 1 400 som er henrettet etter at dødsstraffen ble gjenopptatt i 1976 er blitt feilaktig dømt. Det har ikke minst DNA-analyser bevist.

*Sigmund Hov Moen*  
siv.ing., høyskolelektor  
sigmoe@westerdals.no

## Kompetansesenteret i Bygdøy Allé

### Ny operasjons- og narkoseavdeling i Tannestetisk Senter AS



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

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

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

### OPERASJONS AVDELING

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

#### Implantater:

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

#### Bentransplantasjon:

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

### Kosmetiske inngrep i ansikt/kjeve:

- Øvre øyelokk plastikk
- Hake implantat
- Annet

#### Andre inngrep:

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

### ENDODONTI AVDELING

- Rotfyllinger
- Kirurgi i forbindelse med endodontisk behandling
- Smerteutredning

### PERIODONTI AVDELING

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

### NARKOSE AVDELING

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

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



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



# SIMPLY THE BEST

## IMPLANTMED

Når det ikke finnes rom for kompromisser.



implantmed

Komplett med motor, fotpedal og kjøleslanger. En multifunksjonell og pålitelig kirurgienhet som enkelt kan flyttes mellom de ulike behandlingsrommene. Takket være den kraftfulle motoren, klarer Implantmed de vanskeligste operasjonene uten problemer.

## PIEZOMED

Piezokirurgi med høyeste presisjon og kontroll.



piezomed

Innovativ ultralydsteknikk som etterlater bløtvevet uskadd. Minimalt invasiv, men med maksimal kraft. Leveres med instrumenssettet Bone. Følgende spissett finnes: Endo, Ex, Perio, Special og Bone. [se [www.wh.com](http://www.wh.com)].

Fremtidig behov for tannleger:

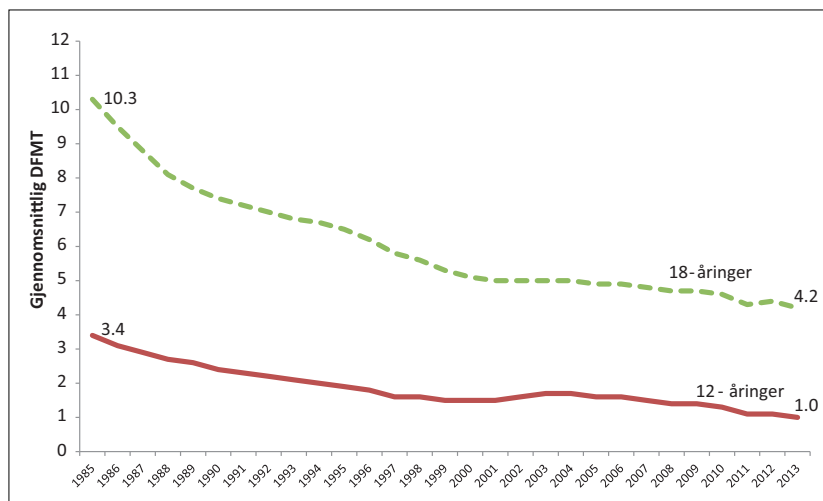
## Trengs det 1 500 flere om 20 år?

Innlegget er også publisert i Tidende nr. 3, 2015. Da kom dessverre ikke figurer og tabeller med

En rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) foreslås det å øke nettotilgangen av tannleger med 1500 årsverk frem mot 2035 i forhold til dagens antall (1). Dette betyr at utdanningskapasiteten ved de odontologiske fakultetene må økes kraftig og/eller at flere norske studenter må studere odontologi i utlandet for så å vende tilbake til et yrkesaktivt liv som tannlege i Norge. Alternativt kan et eventuelt underskudd dekkes opp med import av tannleger fra andre land.

Det utdannes i dag litt under 150 tannleger fra de tre fakultetene i Norge hvert år. Antallet utenlandsstudenter er ca. 40. Til sammen kommer det i underkant av 200 nyutdannede tannleger inn på markedet årlig, noe som om lag tilsvarende antallet tannleger som av naturlige årsaker forlater profesjonen (pensjoneres). Tannlegebestanden vil således være uendret om utdanningskapasiteten i Norge og tilsigete av ferdigutdannede norske studenter fra utlandet holdes på dagens nivå (2).

Det er særlig etterspørselssiden i Statistisk sentralbyrås modell som trekker behovet for flere tannleger opp. De to viktigste komponentene her er befolkningsvekst og økonomisk vekst. I tillegg forventes det at behovet for flere tannleger vil øke som en konsekvens av at det er mer tannsykdom blant en stadig økende innvandrerbefolkning og en økning i andelen eldre. Oppgaveglidning, der tannpleierne overtar mer av tannlegenes oppgaver bidrar isolert sett til å trekke behovet for flere tannleger ned. Statistisk sentralbyrå påpeker selv at det er usikkerhet knyttet til modell-estimatene, og de tar da også forbehold om at framskrivningene må tolkes med varsomhet. Carl Christian Blich har i flere innlegg både her i tidsskriftet og i dagspressen stilt spørsmålsteget ved om modellens forutsetninger er realistiske, og om man derfor kan komme i skade for å utdanne for mange tann-



Figur 1. Gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring blant 12- og 18-åringer 1985–2013.

leger om modellens prediksjoner tas til følge (3–6). Vi vil i denne kommentaren trekke frem noen momenter som kan bidra til ytterligere å belyse problemstillingen.

### Bedre tannhelse – færre tannlegeårsverk?

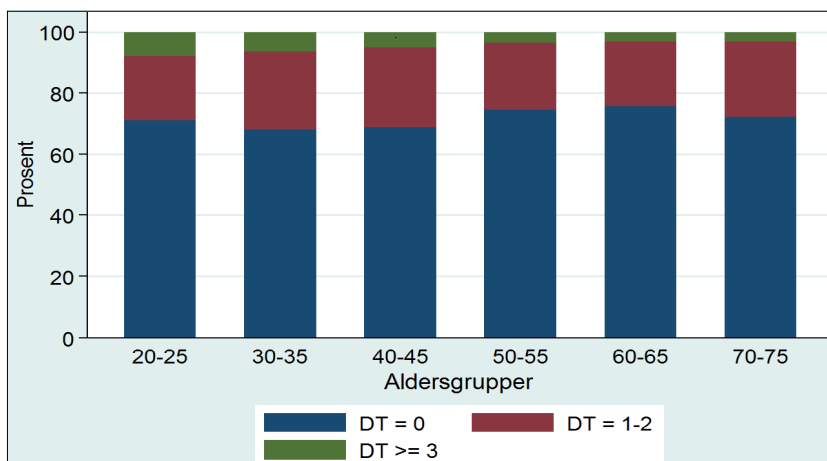
Det har vært en markant forbedring i tannhelsen blant barn og unge de siste årtier. For eksempel viser tall fra Statistisk sentralbyrå at gjennomsnittlig antall tenner med karieserfaring (DMFT) blant 18-åringer falt fra 10,3 til 4,2 fra 1985 til 2013 (figur 1) (7). Tilsvarende nedgang er også observert blant 12-åringene. Bedre tannhelse har derfor medført mindre behandlingsbehov, og dermed også et potensielt behov for færre tannlegeårsverk for å ta seg av barn/ungdom i aldersgruppen 0–18 år. Denne aldersgruppen utgjør 23 % av befolkningen (8).

Et relevant spørsmål er hvordan tannhelsen og behandlingsbehovet blant de som i dag er barn/ungdom blir når de blir voksne/eldre, og hvordan det vil kunne påvirke behovet for tann-

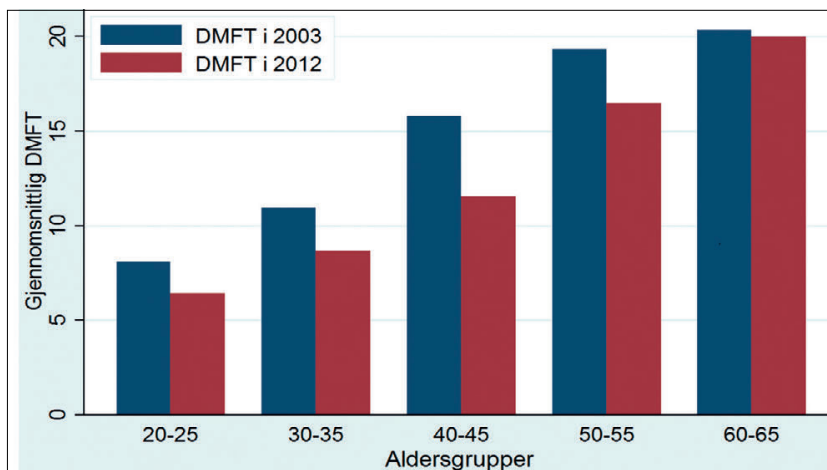
leger. Vi vil fremheve tre forhold som har betydning.

For det første, det finnes så å si ikke noe udekket behandlingsbehov i dagens voksenbefolkning. Personer i alle aldersgrupper har regelmessige kontroller hos sin tannlege – nesten 90 % av voksenbefolkningen har årlig ettersyn (9). Regelmessig tilsyn gjør at tannsykdom oppdages på et tidlig stadium og at behandling kan iverksettes før skaden er blitt for omfattende. Ventetiden for behandling er kort, en høy andel av befolkningen er svært tilfredse med sin tannhelse og de får all den tannbehandling de måtte ønske. Tannhelsetjenester er i dag derfor ikke rasjonert, og man trenger ikke i beregninger av fremtidig behov for tannleger ta hensyn til en mulig overskuddsetter-spørsmål i dagens marked.

For det andre, dagens hjemmeboende eldre har ikke høyere kariesaktivitet enn yngre (figur 2). For eksempel, nesten 70 % av personer i aldersgruppen 70 år og over har ikke ny behandlingskrevende karies fra et år til et annet<sup>1</sup>. Dette er ikke forskjellig fra de yngre



Figur 2. Årlig behandlingkrevende kariestilvekst utfra aldersgrupper. Voksne behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark 2012.



Figur 3. Karieserfaring utfra aldersgrupper. Voksne behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark 2003 og 2012.

aldersgruppene (figur 2). Datagrunnlaget for fremstillingene kommer fra Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark. Utvalget omfatter alle voksne som har vært hos offentlig tannlege minst én gang i året, og hvor samme person er fulgt over en 10-års periode fra 2003–2012 (n= 7 519). På bakgrunn av fremstillingen i figur 2 synes det urimelig å planlegge fremtidig behov for tannleger utfra en potensiell karieseksplosjon blant fremtidens eldre. I dag er om lag 94% av befolkningen 67 år og eldre hjemmeboende, og over 90% av disse har årlige kontroller hos sin tannlege minst én gang i året (8–10).

For det tredje, blant unge voksne har det vært en markant nedgang i antallet

1. Ny karies inkluderer lesjoner som har penetrert dentinet eller dypere, og sekundærkaries.

fylte tenner i alle aldersgrupper fra 2002 til 2012 (figur 3). For eksempel var det i 2003 i gjennomsnitt litt over 15 tenner med karieserfaring (DMFT) per person i aldersgruppen 40–45 år. Dette tallet hadde, for samme aldersgruppe, sunket til litt over 10 i 2012, det vil si en reduksjon på en tredjedel. Tilsvarende nedgang observeres også i de andre aldersgrupper for unge voksne. Fremtidens eldre vil derfor ha mindre reparasjonsbehov enn dagens eldre. Det er færre restaureringer som blir utslitte, og som kan gå i stykker og må erstattes.

Isolert sett ser det ut som om den tannhelseforbedringen som har vært blant barn og ungdom de siste 20 årene forplanter seg over i voksenbefolkningen. Dette tilsier mindre etterspørsel etter tannleger. Dette må selvsagt veies opp mot at andelen pleietrengende

eldre som kan ha vansker med å ta vare på sine tenner øker. Det er i dag om lag 6% eldre over 67 år som bor på institusjon (8, 10). Fordeler man disse på om lag 4 010 allmenntannlegeårsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste (11), blir dette ca. 10 såkalte «tunge pasienter» per årsverk. Selv om andelen av slike pasienter skulle fordobles de neste 20 årene, vil ikke arbeidsbelastningen per tannlege bli avskrekkende. Det hører også med til helhetsvurderingen at det i dag allerede er omlag 860 tannpleierårsverk som vil bidra med kontroller og tilsyn av eldre på institusjon og eldre som mottar hjemmebaserte tjenester (11).

### Flere innvandrere – flere tannlegeårsvek?

Det er i dag om lag 760 000 personer med innvandrerbakgrunn i Norge (12). Disse fordeler seg på henholdsvis 332 000 vestlige, og 428 000 ikke-vestlige personer. Enkeltstående undersøkelser kan tyde på noe høyere kariesforekomst hos barn av innvandrerforeldre sammenlignet med barn av norske foreldre (13–15). Dette brukes som argument for at det trengs flere tannleger for å dekke det økte behovet for forebygging og behandling spesielt i disse befolkningsgruppene.

Nasjonale tall gir ikke grunnlag for å hevde at arbeidsbelastningen per tannpleier- og tannlegeårsverk i dag er særlig høy på grunn av den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen. Tabell 1 gir en oversikt over ny karies i løpet av ett år (DT) blant 12- og 18-åringene utfra mors fødeland<sup>1</sup>. 16% av alle undersøkte i aldersgruppen 3–18 år har en mor som kommer fra et fødeland utenfor Norge.

Barn av mødre med vesteuropeisk og nordamerikansk bakgrunn har bedre tannhelse enn norske barn. Disse utgjør 4% av alle barn og unge som ble undersøkt/behandlet i 2011. Innvandringen fra disse landene vil, isolert sett, redusere de offentlige tannlegenenes arbeidsbelastning. Det er hovedsakelig barn av mødre fra Øst-Europa og Midtøsten som har dårligere tannhelse enn

1. Dataene er hentet fra OPUS journaler fra de offentlige tannklinikene i 2011 og omfatter personer i alderen 3–18 år som har vært undersøkt/behandlet. Alle fylker er inkludert. Disse dataene er på individnivå koblet med opplysninger om mødrenes fødeland fra Statistisk Sentralbyrå.

**Tabell 1. Behandlingsomfang for barn i alderen 6-18 år ut fra mors fødeland. 2011.**

Mors fødeland	Prosentandel barn 3-18 år undersøkt/ behandlet*	Beregnet antall barn 3-18 år undersøkt/ behandlet**	Gjennomsnittlig DT 12-åringer* (nykaries)	Gjennomsnittlig DT 18-åringer* (nykaries)	Beregnet antall barn 3-18 år per avtalt tannlege- og tannpleier årsverk i DOT**
Norge	83	574 436	0.40	1.12	366
Vest-Europa og Nord-Amerika	4	29 478	0.35	0.98	19
Øst-Europa	3	23 866	0.94	1.53	15
Afrika	2	14 751	0.61	1.37	9
Midt-Østen	2	13 715	0.84	1.48	9
Asia	4	29 540	0.47	0.91	19
Sør-Amerika og Oceania	1	3 710	0.42	1.21	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>689 496</b>	<b>0.43</b>	<b>1.12</b>	<b>439</b>

\* Tall fra DOT, OPUS, 2011 koblet med demografidata fra Statistisk sentralbyrå

\*\* Tall beregnet ut fra samlet antall barn 3-18 år undersøkt/behandlet i DOT 2011 og antall avtalte årsverk offentlig tannhelstjeneste 2011 (Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken)

**Tabell 2. Reservekapasitet blant privatpraktiserende allmenntannleger og spesialister. 2007.**

Type spesialitet	Prosent av klinisk arbeidstid brukt til ikke-spesialist pasienter	Prosent spesialister som ønsker flere spesialist pasienter	Prosent allmenntannleger i privat praksis som ønsker flere pasienter
Protetikk	27	52	
Periodonti	25	19	
Endodonti	20	23	
Ikke spesialist			19

**Tabell 3. Antall pasienter undersøkt/behandlet per avtalt tannlege/tannpleierårsverk i Den offentlige tannhelstjenesten. 2013.**

	Antall pasienter undersøkt/behandlet	Antall pasienter undersøkt/behandlet per tannlege-/tannpleierårsverk DOT
Gruppe A	698 562	423.7
Gruppe B	14 040	8.5
Gruppe C	67 993	41.2
Gruppe D	62 595	38.0
Gruppe E	9 730	5.9
Voksne betalende pasienter	196 084	118.9
<b>I alt</b>	<b>1 049 004</b>	<b>636.3</b>

norske barn. Det må imidlertid påpekes at disse barna utgjør en svært liten andel av populasjonen av 3-18 åringer undersøkt/behandlet i Den offentlige tannhelstjenesten – til sammen bare 5%.

I kolonnen lengst til høyre i tabell 1 har vi beregnet gjennomsnittlig antall barn i alderen 3-18 år per tannlege- og tannpleierårsverk, fordelt på innvandringsgruppe. I 2011 var det 15 barn av foreldre med østeuropeisk bakgrunn

per årsverk. Tilsvarende tall for barn med foreldre fra Midt-Østen var 9. Selv med økt innvandring, vil ikke dette gi noen merkbar økt arbeidsbelastning blant tannleger og tannpleiere i forhold til dagens nivå.

### Konsumeres det mer tannpleie etterhvert som vi blir rikere?

Statistisk sentralbyrå har beregnet effekten av befolkningens fremtidige inntekt på fremtidig konsum av tannhelstjenester ut fra en inntektselastisitet tilnærmet lik 1. Vi har tidligere påpekt at en såpass høy elastisitet synes å være et for optimistisk anslag (for utdypning se referanse 16). Flere empiriske studier på norske data tyder på en elastisitet på under 0,50, og trolig helt ned mot 0,10 i de yngste aldersgruppene (17-20). Dette gir også mening utfra en klinisk virkelighetsforståelse.

Det er allerede en meget høy andel av befolkningen som har regelmessig tilsyn hos sin tannlege – denne andelen kan bare økes marginalt uansett hvor høy inntekten blir (9). Det er også begrenset hvor mye behandling som kan utføres på friske tenner selv om inntekten skulle øke. Selv i dag, hvor inntekten per innbygger er høy, utføres det lite kosmetisk tannbehandling, som for eksempel tannbleking (9). Om vi forutsetter en lavere inntektselastisitet enn det SSB legger til grunn, vil også prognosene for hvor mange tannleger vi trenger de neste årene bli vesentlig lavere.

**Tabell 4. Antall fyllinger per tannlege per år i Den offentlige tannhelsetjenesten. Barn 3–18 år. 2011.\***

Prosentandel tannleger som utfører:	
< 100 fyllinger	25
100-199 fyllinger	25
200-299 fyllinger	23
300 fyllinger	27
<b>Antall tannleger</b>	<b>1 157</b>

\* Data hentet fra OPUS. Omfatter tannleger i alle fylker unntatt Møre og Romsdal. Tannleger som har sluttet i løpet av året er utelatt.

### Fins det reservekapasitet blant dagens tannleger?

Det er i dag i underkant av 1 300 innbyggere per allmenntannlegeårsverk og ca. 11 500 innbyggere per spesialistårsverk (21). Det er mye som tyder på at det allerede i dag fins ledig kapasitet i markedet. Det er to begrunnelser:

For det første, en relativt høy andel av både spesialister og privatpraktiserende allmenntannleger ønsker seg flere pasienter i sin praksis (22–25) (tabell 2). Andelen er spesielt høy for protetikere – her ønsker mer enn halvparten seg flere pasienter. Andelen er litt lavere for de andre spesialitetene og for allmenntannlegene. Fremstillingen i tabell 2 er basert på svar fra et representativt utvalg av spesialister og allmenntannleger i 2007. Det er ikke grunn til å tro at svarfordelingen vil være annerledes i dag. Det er også verdt å merke seg at både protetikere, periodontistene og endodontistene bruker om lag 25 % av sin arbeidstid på ikke-spesialist pasienter. Dette er en uønsket situasjon siden de da ikke får utnyttet sin spesialistkompetanse fullt ut.

For det andre, arbeidsbelastningen i Den offentlige tannhelsetjenesten, målt i antall pasienter undersøkt/ behandlet, synes heller ikke å være avskrekkende høy (tabell 3). I 2013 ble det undersøkt/behandlet i overkant av 600 pasienter per tannlege- og tannpleierårsverk (21)<sup>1</sup>. Antar man at det er 220 arbeidsdager i året, tilsvarer dette

1. Bak disse nasjonale tallene så skjuler det seg fylkesvise forskjeller. Disse finner man i Statistikkdatabanken, Statistisk Sentralbyrå.

i underkant av 3 pasienter per dag som ble undersøkt/behandlet<sup>2</sup>. De såkalt tunge pasientgruppene, gruppe b og c, utgjør en liten del av pasientmengden. En fjerdedel av tannlegene legger under 100 fyllinger per år på pasienter i aldersgruppen 3–18 år (tabell 4). Dette er om lag en fylling hver annen eller hver tredje arbeidsdag. Dette indikerer at det også i Den offentlige tannhelsetjenesten finnes en reservekapasitet som, om nødvendig, må kunne frigjøres. For eksempel viser beregninger at en moderat effektivisering av den offentlige tannhelsetjenesten kan frigjøre godt over 300 årsverk (26, 27). En måte å effektivisere på er å ta i bruk incentivbaserte avlønningsformer.

### Tannpleiere kan erstatte tannlegene?

Statistisk sentralbyrå påpeker at tannpleieren i fremtiden på mange områder kan erstatte tannlegene, noe som isolert sett, reduserer behovet for tannleger. Det er mye som tyder på at dette ikke vil skje. Om lag 75 % av tannlegeårsverkene utføres i dag i privat sektor (28, 29). I privat praksis er det allerede i dag for lite pasientvolum til at det der er plass til flere tannpleiere (22). Dette underbygges også av at allerede tidlig på 2000-tallet hadde en tredjedel av de ferdigutdannede tannpleierne forlatt profesjonen (30). Tannpleierne har nå en treårig utdanning, og en femårig master er under planlegging. Lang utdanningslengde betyr også at tannpleierne forventer et lønnsnivå som ligger på nivå med tannlegene. Dette tilsier at det ikke fremover vil bli lønnsomt for en privat tannlegepraksis å erstatte en tannlege med tannpleier. I tillegg vil arbeidsområdet til en tannpleier uansett være snevert i forhold til en tannlege – tannpleierne kan ikke utføre alle de arbeidsoppgaver tannlegene har. Derfor, mangel på pasienter i dagens marked, og et fremtidig forventet høyt lønnsnivå blant tannpleierne, gjør at oppgaveglidning fra tannlege til tann-

2. Nesten samtlige i aldersgruppen 3–18 år har bare et besøk per år – våre beregninger viser et gjennomsnitt på 1,15, dvs. bare noen få har et eller flere gjenbesøk. Dette er som forventet gitt den lave kariestilveksten fra ett år til et annet. For eksempel, gjennomsnittlig DMFT blant 12 åringene er 1.0 (Figur 1); dvs. i gjennomsnitt har de bare hatt en behandlingsskrevende karieslesjon i løpet av seks år.

pleier er mer en hypotetisk enn en reell problemstilling.

### Konklusjon

Vi synes ikke det er faglig belegg for å øke nettotilgangen av tannleger med 1 500 årsverk frem mot 2035 slik Statistisk sentralbyrå foreslår. En hensiktsmessig strategi vil være å beholde utdanningskapasiteten på dagens nivå. Befolkningsveksten er anslått å øke med 23 % frem mot 2040, dvs. en økning på litt under 1 % per år (31). Over tid vil dette gi et noe høyere pasientgrunnlag per tannlege. På den måten kompenseres det for den forventede bedringen i tannhelsen som vil redusere behandlingsbehovet per pasient. Denne bedringen forventes primært å forårsakes av mindre reparasjonsbehov hos de fremtidige eldre. En økende innvandrerbefolkning bidrar lite til behov for flere tannleger. Det fins også ledig kapasitet i dagens marked som kan frigjøres om nødvendig. På kort sikt er det heller ikke noe som tyder på at det private markedet åpner opp for tannpleierne.

### Takk

Forfatterne ønsker å takke Henrik N. Jacobsen for å ha gitt oss tilgang til tannhelsesdata for voksenbefolkningen som er undersøkt/behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten i Hedmark. Vi takker også fylkestannlegene som har gitt oss tilgang til OPUS journaler for barn og ungdom.

*Jostein Grytten, professor, dr. philos.,  
Seksjon for samfunnsodontologi,  
Universitetet i Oslo*

*Irene Skau, forsker, cand. polit., Seksjon for  
samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo*

*Andreas Dobloug, stipendiat, Seksjon for  
samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo*

*Pål Barkvoll, professor, dr. odont., dekan  
ved Det odontologiske fakultet,  
Universitetet i Oslo*

*Kontakt:  
Jostein Grytten  
josteing@odont.uio.no*

### Referanser

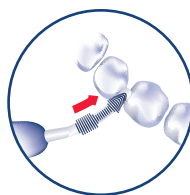
1. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. Rapport 14/2012. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå;

2012. [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp\\_201214/rapp\\_201214.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf) (lest 21.01.2015).
2. Stølen NM. SSBs framskrivninger: Arbeidsmarkedet for tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 846.
  3. Blich CC. Er produksjon av tannleger til lager en god idé SSB? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 845.
  4. Blich CC. Debatten bør ikke være over. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 968.
  5. Blich CC. For mange tannleger. *Dagens Næringsliv*, 18. juli 2014.
  6. Blich CC. Er SSB på ville veier? *Dagbladet*, 16. september 2014.
  7. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 04163: Tannstatus etter alder (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=tannhelse&CMSSubjectArea=helse&checked=true> (lest 21.01.2015).
  8. Tema: Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Folkemengde. Tabell 07459: Folkemengde, etter kjønn og ettårig alder. 1. Januar(K). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=folkemengde&CMSSubjectArea=befolkning&checked=true> (lest 21.01.2015).
  9. Grytten J, Skau I, Holst D. Tannhelse-tilbudet blant voksenbefolkningen i Norge – behandlingsprofiler og tilgjengelighet til tannlegen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2014; 124: 276–83.
  10. Statistisk sentralbyrå. Pleie- og omsorgstenester, 2013, førebels tal. Tabell 3: Bebuarar i institusjoner for eldre og funksjonshemma, etter alder. [https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aarforeloepige/2014-07\\_08?fane=tabell&sort=nummer&tabell=186130](https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aarforeloepige/2014-07_08?fane=tabell&sort=nummer&tabell=186130) (lest 21.01.2015).
  11. Statistisk sentralbyrå. Tannhelsetenesta, 2013. Tannhelsetenesta, nøkkeltal. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse> (lest 21.01.2015).
  12. Statistisk sentralbyrå. Nøkkeltall for innvandring og innvandrere. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrer/nokkeltall/innvandring-og-innvandrer> (lest 21.01.2015).
  13. Sosial- og helsedirektoratet. Tenner for livet. Baselineundersøkelse nr 1. Tannhelsesdata fra 2003 for 3- og 5-åring. Tiltaksversikt. Rapport IS-1333. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006.
  14. Gimmedstad AL, Holst D, Grytten J. tannhelse og etnisk bakgrunn. Barn og ungdom I Oslo fra 1999–2004. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2006; 116: 836–41.
  15. Strand T, Wingdahl H, Holst D. Barns tannhelse i Oslo. Et kombinert etnisk og øst-vest perspektiv. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2012; 122: 872–7.
  16. Grytten J, Holst D. Fremtidig utdanningskapasitet for tannleger. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2003; 113: 243–7.
  17. Grytten J, Holst D, Laake P. Accessibility of dental services according to family income in a non-insured population. *Soc Sci Med.* 1993; 37: 1501–8.
  18. Grytten J. Accessibility of Norwegian dental services according to family income from 1977 to 1989. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1992; 20: 1–5.
  19. Grytten J, Holst D, Skau I. Demand for and utilization of dental services according to household income in the adult population of Norway. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40: 297–305.
  20. Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental services as their income increases? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 40: 297–305.
  21. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 04920: G. Tannhelsetjenesten – nivå 2 (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=tannhelse&CMSSubjectArea=helse&checked=true> (lest 21.01.2015).
  22. Grytten J, Skau I, Holst D. Behandlingskapasitet for voksne i privat og offentlig tannhelsetjeneste i Norge. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2006; 116: 212–6.
  23. Grytten J, Skau I. Spesialistpraksisen i protetikk 2007. Rapport. Oslo: Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 2007.
  24. Grytten J, Skau I. Spesialistpraksisen i protetikk 2007. Rapport. Oslo: Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 2007.
  25. Grytten J, Skau I. Spesialistpraksisen i protetikk 2007. Rapport. Oslo: Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo; 2007.
  26. Grytten J, Holst D, Berge K. Innsatsbasert avlønning i Den offentlige tannhelsetjenesten i Østfold. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2001; 111: 226–31.
  27. Grytten J, Holst D, Skau I. Incentives and remuneration systems in dental services. *Int J. Health Care Finance Econ.* 2009; 9: 259–278.
  28. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 05829: Avtalte årsverk i den private tannhelsetjenesten etter utdanning (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=tannhelse&CMSSubjectArea=helse&checked=true> (lest 21.01.2015).
  29. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. Tabell 05828: Avtalte årsverk i offentlig tannhelsetjeneste etter utdanning (F). <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=tannhelse&CMSSubjectArea=helse&checked=true> (lest 21.01.2015).
  30. Wang NJ, Toven HV. Tannpleiere I Norge. Yrkesaktivitet og arbeidsforhold. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2006; 116: 984–9.
  31. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger, 2014–2100. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram> (lest 21.01.2015).

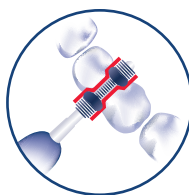
# NYHET FRA JORDAN



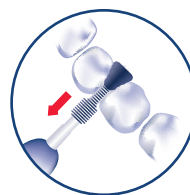
## Jordan Brush Between mellombørster med WaveCut™ for bedre rengjøring



Myk tupp for enkel innføring mellom tennene



Kortere bust gir perfekt form for rengjøring mellom tennene



Bust spretter ut på tunge-/ ganesiden av tennene for bedre rengjøring

For mer info og bestilling av vareprøver se [www.jordan.no](http://www.jordan.no)

**Jordan\***  
\*vet hvordan

# Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

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

Astrid Tredal,  
tlf. 37 03 80 77

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

Sturle Tvedt,  
tlf. 55 23 24 00

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

Erik Mønter Strand,  
tlf. 32 13 26 06

**Finnmark Tannlegeforening**  
Bente Henriksen,  
tlf. 78 96 57 00

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

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

Bjørge Figenschou,  
tlf. 72 41 22 60

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

Harald O. Pedersen,  
tlf. 76 07 10 96

Olav Kvitnes,  
tlf. 75 15 21 12

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

Lars Brubæk,  
tlf. 71 29 38 54

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

Hans Haugum,  
tlf. 74 27 21 90

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

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

Harald Skaanes,  
tlf. 67 54 05 11

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

Elisabeth Langberg,  
tlf. 51 55 09 31

**Romerike Tannlegeforening**  
Trygve Næsheim,  
tlf. 63 81 50 38

Sven Grov,  
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,  
tlf. 22 56 59 00

**Sogn og Fjordane  
Tannlegeforening**  
Arvid Fleten,  
tlf. 57 82 29 17

Inge Fridell,  
tlf. 57 69 56 95

Jon-Reidar Eikås,  
tlf. 57 86 06 71

**Sunnmøre Tannlegeforening**  
Siv Svanes,  
tlf. 70 13 21 56

Hege Leikanger,  
tlf. 70 12 78 02

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

**Telemark Tannlegeforening**  
Ståle Bentsen,  
tlf. 35 58 39 20

Øystein Grønvold,  
tlf. 35 93 45 30

**Troms  
Tannlegeforening**  
Elsa Sundsvold,  
tlf. 77 68 74 28

Ninni Haug  
tlf. 97 09 11 67

**Vest-Agder  
Tannlegeforening**  
John Øydna,  
tlf. 38 12 06 66

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

Svein Tveter,  
tlf. 90 82 57 89

**Østfold  
Tannlegeforening**  
Marit Johnsrud Tonholm,  
tlf. 69 14 28 04

Tore-Cato Karlsen,  
tlf. 45 22 20 44

**Kontaktperson i NTFs  
sekretariat**  
Lin Muus Bendiksen  
Tlf. 22 54 74 15  
E-post: lin.bendiksen@  
tannlegeforeningen.no





## Rett til utvidet stilling for deltidsansatte

Deltidsansatte kan i noen situasjoner kreve utvidelse av sin stilling. Deltidsansatte har for det første en fortrinnsrett til utvidet stilling fremfor at arbeidsgiver foretar ny ansettelse i virksomheten. Deltidsansatte kan nå også kreve stillingen utvidet lik faktisk arbeidstid. Denne muligheten ble innført i arbeidsmiljøloven med virkning fra 1.1.2014 og faktisk arbeidstid skal vurderes for de siste 12 måneder. Dette er aktuelt nå da de første sakene med krav om slik utvidelse til faktisk arbeidstid kunne fremsettes fra og med januar 2015.

### Fortrinnsrett for deltidsansatte til utvidet stilling

Før arbeidsgiver foretar nyansettelse må det vurderes om det er deltidsansatte

som skal ha utvidet stillingen sin etter arbeidsmiljølovens § 14-3. Fortrinnsretten er betinget av at arbeidstaker er kvalifisert for stillingen og at utøvelse av fortrinnsretten ikke vil innebære vesentlige ulemper for virksomheten.

Arbeidstakeren må være fast ansatt for å kunne påberope seg slik fortrinnsrett. En lovlig midlertidig ansettelse gir ikke fortrinnsrett etter denne bestemmelsen. Arbeidstakeren må også være kvalifisert for stillingen. Arbeidstakeren må videre oppfylle de faglige og personlige forutsetninger som kreves for stillingen det hevdes fortrinnsrett til. Det er tilstrekkelig at kvalifikasjonene ligger på et nivå som må anses som gjennomsnittlig for stillingen. Arbeidstakeren må ha de ferdigheter som normalt forutsettes for det aktuelle arbeid. En arbeidsgiver

kan altså ikke forbigå en deltidsansatt med fortrinnsrett fordi det er mulig å ansette en med bedre kvalifikasjoner. En deltidsansatt skal ikke måtte søke i åpen konkurranse med eksterne søkere. Er man kvalifisert så har man rett til utvidelse. Er det imidlertid flere deltidsansatte som krever utvidelse av sin stilling, så vil det være den som er best kvalifisert som får utvidelse først.

Arbeidstaker må ta hele den ledige stillingen med mindre partene avtaler noe annet. Bestemmelsen innebærer altså ikke at en deltidsansatt kan velge å utvide sin stilling i henhold til egne preferanser, f.eks. fra 50 prosent til 70 prosent stilling.

## Oralkirurgisk klinikk AS

### Spes.kirurgi

Dagfinn Nilsen  
Erik Bie  
Johanna Berstad

### Spes.protetikk

Sonni Mette Våler

### Spes.radiologi

Bjørn Bamse Mork-Knutson

### Spes.anestesi

Odd Wathne



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

Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo | [www.orkirurgisk.no](http://www.orkirurgisk.no)

### Vesentlig ulempe for virksomheten

Selv om arbeidstaker oppfyller vilkårene ovenfor, kan arbeidsgiver avslå et krav om fortrinnsrett dersom innvilgelse av kravet vil medføre «vesentlig ulempe» for virksomheten. Eksempelvis kan det i enkelte tilfeller gi urimelige utslag for virksomheten om arbeidstaker kun søker på en brøk av den utlyste stillingen, slik at arbeidsgiver blir sittende med en liten restandel. Hvorvidt utøvelse av fortrinnsretten vil innebære vesentlig ulempe vil bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfelle.

### Twisteløsning

Hvis arbeidsgiver og arbeidstaker er uenige om hvorvidt arbeidstaker kan hevde fortrinnsrett etter arbeidsmiljøloven, kan tvisten bringes inn for Tvisteløsningsnemnda\* senest fire uker etter at arbeidsgiver har avslått kravet om utvidelse fra arbeidstaker.

### Rett til stilling for deltidsansatte tilsvarende faktisk arbeidstid

Deltidsansatte som de siste 12 måneder jevnlig har arbeidet utover avtalt arbeidstid, har nå i henhold til arbeidsmiljølovens § 14-4 a) rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i denne perioden. Tolvmånedersperioden skal beregnes med utgangspunkt i det tidspunkt arbeidstaker fremmet sitt krav. Denne endringen ble gjort med virkning fra 1.1.2014 og man kan nå vente de første sakene som skal vurderes i henhold til nevnte 12 måneders periode.

Arbeid utover den avtalte arbeidstiden må ha en viss hyppighet, omfang og stabilitet. Et typisk tilfelle som regelen vil kunne omfatte, er jevnlig ekstraarbeid/ekstravakter ut over den stillingsandelen den ansatte har. Bestemmelsen gjelder uavhengig av om det er økt arbeidsmengde, sykefravær eller andre forhold som begrunner behovet for ekstraarbeid.

### Twisteløsningsnemnda

Arbeidsgiver og arbeidstaker kan bringe visse tvister etter arbeidsmiljøloven for en tvisteløsningsnemnd for avgjørelse, jf. arbeidsmiljøloven § 17-2. Tvisteløsningsnemnda er en tvungen tvisteløsningsform. Det vil si at tvister på de aktuelle områdene ikke kan bringes inn for en alminnelig domstol før de har vært behandlet i tvisteløsningsnemnda.

Twisteløsningsnemnda behandler tvister om rett til:

- \* Utvidet stilling/fortrinnsrett for deltidsansatte'
- \* Redusert arbeidstid
- \* Fleksibel arbeidstid
- \* Fritak for nattarbeid
- \* Fritak for overtidarbeid og merarbeid
- \* Utdanningspermisjon
- \* Permisjon i tilknytning til fødsel
- \* Andre permisjoner etter arbeidsmiljøloven kapittel 12

Hvis det er avtalt midlertidig utvidelse av en deltidsansatts stilling for eksempel at vedkommende også har et vikariat vil bestemmelsen ikke gjelde. Dette kan f.eks. skje ved at arbeidstaker for en periode øker sin stilling med 50 % grunnet en foreldrepermisjon og i avtaleperioden har 100 % stilling, dette vil ikke gi grunnlag for rett til utvidet stilling lik faktisk arbeidstid.

Det følger av lovteksten at arbeidstaker jevnlig i de siste 12 måneder har arbeidet utover avtalt arbeidstid. Dette er en skjønsmessig vurdering og må avgjøres konkret i den enkelte sak. Det antas at det ikke er nok at merarbeidet skjer bare av og til, det må dreie seg om mer jevnlig bruk av merarbeid. F.eks. vil det ikke være tilstrekkelig at arbeidet er utført i forbindelse med ferieavvikling, ved sesongtopper e.l. Det må være merarbeid i den løpende driften i virksomheten. Eksempel på jevnlig arbeid kan være en deltidsansatt som har avtale om å arbeide 4 dager i uken, men som i tillegg har jobbet fast en dag ekstra i uken og derved i realiteten har hatt full stilling. Merarbeidet skal utgjøre et visst omfang og ha en viss hyppighet.

Også i disse tilfellene er utgangspunktet at arbeidstaker må ta hele stillingsutvidelsen som tilsvarer faktisk merarbeid og kan ikke selv velge hvor stor stillingsbrøk vedkommende ønsker. Det skal fastsettes en fast stillingsbrøk og man kan ikke ansettes som fast tilkallingshjelp uten nærmere definert og forutsigbar samlet arbeidstid. Det er naturlig å se på et gjennomsnitt av merarbeidet for å finne reell arbeidstid i beregningsperioden.

Dersom arbeidsgiver kan dokumentere at behovet for merarbeid ikke lenger foreligger kan stillingsutvidelse nektes.

### Twisteløsning

Ved uenighet om hvorvidt den deltidsansatte har rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid så kan Tvisteløsningsnemnda ta stilling til saken (se faktaboks).

*Dag Kielland Nilsen  
Advokat i NTF*

## Spør advokaten

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

### Feriefastsettelse

Klinikken der jeg er ansatt skal i år være åpen hele sommeren og jeg har fått beskjed om at jeg kan avvikle tre uker sammenhengende ferie i juni. Det passer meg mildt sagt dårlig, jeg er vant til å ha ferie i juli og ønsker å fortsette med det. Jeg lurer også på hvordan man regner hvor mye man får utbetalt i feriepenger.

*Svar:* Mange tannklinikker, både offentlig og privat, holder helt stengt en viss periode om sommeren. Da avvikler samtlige ansatte sin hovedferie og dette faller forhåpentlig sammen med den tiden på året da det er mindre etterspørsel etter tannhelsetjenester fra både barn, ungdom og voksne.

Andre beslutter at klinikken skal være åpen hele sommeren, for eksempel når klinikken har en viss størrelse eller fordi ingen andre klinikker i området har sommeråpent. Som et resultat av dette vil de ansattes ferie måtte fordele seg utover sommeren. Det er arbeidsgiver som bestemmer når de ansatte kan ta ut ferie, men arbeidsgiver er pliktig til å drøfte fastsettelsen av ferie, og

oppsetting av ferielister, med sine ansatte i *god tid før ferien*. De ansatte skal ha beskjed om tidspunktet for ferie senest to måneder før feriestart. Ansatte som krever det har imidlertid alltid krav på å få tre ukers sammenhengende ferie i hovedferieperioden som er mellom *1. juni – 30. september* dersom de ønsker det.

Tidende har tidligere år trykket flere artikler om feriefritid, feriefastsettelse og feriepenger og disse vil kunne gi deg mer utfyllende svar på dine spørsmål. Ved å skrive *feriefritid* eller *feriepenger* i søkefeltet på [tannlegetidende.no](http://tannlegetidende.no) finner du disse, det dreier seg eksempelvis om artikler i Tidende 2013/5, 2008/15 og 2006/6.



Vi tilbyr kunder over hele landet en gunstig og forutsigbar fastpris på alle regnskapstjenester en praksis trenger. Løpende spørsmål og behov for råd og oppfølging er inkludert.

Vår jobb er å hjelpe våre kunder til å drive bedre, gi varsel om restskatt så tidlig som mulig og sikre god orden i papirene, slik at kunden kan ha fullt fokus på den daglige driften.



Ta kontakt for et uforpliktende tilbud på tlf 959 78 288, eller e-post: [post@korsvoldregnskap.no](mailto:post@korsvoldregnskap.no)

# FLUX - ENDELIG I BUTIKKEN



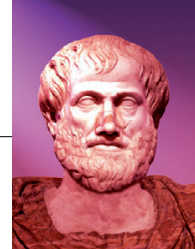
Alle Fluxprodukter er uten alkohol og parabener.

Nyheter fra Flux! Etter etterspørsel fra dere og forbruker lanseres Flux nå også i matbutikken. Med nye gode smaker. Fluortabletter i ny, praktisk boks og fluorskyll med samme høye fluorinnhold og den praktiske doseringspumpen dere kjenner.

Flux Soft Mint fluorskyll for voksen og barn over 12 år inneholder 0,2% NaF. Flux Junior Bringebær inneholder 0,05% NaF. Flux Fluortabletter (fra 3 år) med to gode smaker; mint (0,50 mg F) og jordbær (0,25mg F). Øvrige Fluxprodukter er tilgjengelig i apotek.

# FLUX®

Har du fluxet i dag?



## Hva når jeg blir bedt om å gi en ny vurdering, en «second opinion»?

**E**n kvinne midt i livet har vært uheldig og knekt en tann. Tannen er blitt midlertidig behandlet, og hun har fått behandlingforslag med kostnadsoverslag hos egen tannlege. Du blir kontaktet fordi hun ønsker din vurdering av tilfellet, og behandlingsplan. Din kollega har foreslått at tannen ekstraheres og erstattes med et implantat.

Ut fra foreliggende informasjon (papirkopi av peri-apikalt røngtenopp- tak og kopi av behandlingsplan) finner du det naturlig å spørre hvorfor tannen ikke kan behandles mer konservativt.

Hvordan håndterer du dette? Du kan umiddelbart gi uttrykk for din skepsis og foreslå en mer konservativ behandling, med rotfylling og komposittoppbygging eller krone. Du kan i verste fall ytre deg om din kollegas vurdering og kritisere valg av kostbart behandlingsalternativ. Hvorfor er det en dårlig løsning?

Etiske regler, paragraf 10 omhandler kollegialitet. «Kommentarer vedrørende en kollegas arbeid og vurderinger bør ikke meddeles pasienten på en slik måte at det unødig virker som kritikk». Videre står det «Utover kommunikasjon med pasienten, må en tannlege bare uttale seg om en kollegas arbeid eller vurderinger på oppfordring fra NTFs organer eller offentlige tilsynsmyndigheter. Tilgang til kollegas journal bør foreligge. Tannlegen bør forsikre seg om at kollegaen først har hatt mulighet til å uttale seg i sakens anledning.»

I denne sammenheng skal men ikke gi uttalelse om annen tannleges vurde-

ring. Å gi en «second opinion» innebærer altså å IKKE vurdere en kollegas arbeid eller vurdering.

Du har to alternativer. Du kan meddele at på det grunnlaget du har er det grunn til å etterspørre alternative behandlingsforslag. Du kan foreslå for pasient å innhente det hos egen tannlege, eller at en annen tannlege undersøker pasienten. Basert på funn og diagnoser ved ny undersøkelse legges fram behandlingsoverensstemmelser.

Pasienten ønsker at du undersøker henne, som du gjør. Du finner at tann 15 har en buccal cuspefraktur. Midlertidig fylling dekker sannsynlig perforasjon til pulpa, med

såvidt subgingival fyllingsavslutning. Tann har intakt periodontalt feste. Tannkrone og rot har dimensjon og form som etter din mening muliggjør endobehandling med god prognose samt adekvat retensjonsform og kantskjæring ved fremstilling av krone. Alternativt kan tannkronen bygges opp med kompositt.

Etter undersøkelse med nødvendige røntgenbilder mener du at dine funn og din diagnose ikke tilsier ekstraksjon av tannen og erstatning med implantat. Dette meddeles pasienten. Du foreslår en behandlingsplan der tannen rotbehandles og at det legges en større komposittfylling eller lages en krone på tannen. Du lager kostnadsoverslag for begge alternativer. Prognose angis som god. Ved eventuelt feilslag og framtidig tap av tannen angis mulighet for erstatning med tannretinert fast bro eller implantatstøttet krone.

Det du gjør er altså å kommunisere til pasient hva du finner, din diagnose og anbefalte behandling basert på din undersøkelse. Du har gitt pasient en ny vurdering, en «second opinion».

Dette setter pasienten i bedre stand til å beslutte hva som skal velges. Det er her naturlig å minne om innholdet i paragraf 8: «Overflødig eller unødig kostbar behandling må ikke finne sted. Behandlingen bør baseres på gjensidig tillit og skal bygge på informert samtykke.» I tillegg ligger innholdet i paragraf 1 i bånd: En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn.

Til slutt, paragraf 11 omhandler faglig uenighet. Det er naturlig at ulike tannleger vurderer samme kasus ulikt, i så fall bør uenigheten «holdes på et saklig plan og så langt som mulig behandles kolleger i mellom».

**Konklusjon:** Når du blir bedt om å komme med en ny vurdering, skal du beskrive dine funn, informere om din diagnose og komme med dine anbefalinger og behandlingsoverensstemmelser bygget på disse.

Unngå å gi uttalelse om kollegas arbeid eller vurdering på sviktende grunnlag.

Morten Klepp  
Lise Kiil  
NTFs råd for tannlegeetik



## Retningslinjer for smittevern ved odontologiske læresteder

**T**o år har det pågått et arbeid med å lage felles retningslinjer for smittevern og hygiene ved de tre odontologiske lærestedene i Norge. Arbeidet er nå avsluttet, og det foreligger en endelig versjon som vil danne grunnlaget

for faginnholdet for smittevern i studieplanene for tannpleier- og tannlegeutdanningene. Leder av arbeidsgruppen, professor emeritus Arne Hensten, har oversendt dokumentet til programstyrene ved fakultetene. Dokumentet er

også tenkt gjort allment kjent ved at det lenkes fra lærestedene i odontologi til Helsedirektoratets nettsider.

Alle vitenskapelige artikler i Tidende er indeksert i Swemed + <http://svemedplus.kib.ki.se>

## TILBAKEBLIKK

### 1915

#### Felttandlægen

**E**n for vor stand og for vort land overordentlig viktig sak er i disse dage under bearbeidelse av N.T.F.s bestyrelse. Det er spørsmålet om tandlægenes stilling og virke i felten.

Som bekjent stod der i dagspressen omkring 20de september 1914 en notis om en «frivillig komité», som under ledelse av tandlæge Olav Døvle vilde utarbeide en plan om tandlægenes spesielle virksomhet i sanitetsvæsenet o.s.v. Tanken var god fra hr. Døvles side, men da den var grepet forkjert an, privat og uten samraad med tandlægestandens ledende organ, N.T.F.s styre, fandt den selvfølgelig ingen støtte.

Nu har imidlertid den nye formand i Den Norske Tandlægeforening, tandlæge E. G. Christiansen, tat energisk fat paa at faa indført en ny ordning.

*Februar 1915, 3dje hefte*

### 1965

#### Offentlig tannrøkt

**H**ovedstyret behandlet og sluttet seg til et utkast til mandat for den påtenkte felleskomité med Norges Trygdekasselag som sekretariatet etter oppdrag hadde utarbeidet.

Som svar på en anmodning fra Sosialdepartementet om NTFs uttalelse om retningslinjene for kjeveortopedisk behandling i folketannrøkta, vedtok hovedstyret å uttale overfor departementet at man sluttet seg til en uttalelse som man var kjent med at Norsk Kjeveortopedisk Forening ville komme med.

For hovedstyret forelå Sosialdepartementets svar av 5. februar 1965 på NTFs henvendelse av 30. juni 1964 med anmodning om en ny analyse av folketannrøkta som økonomisk bedrift. I svaret ble opplyst at takstene ville bli justert i 1965, men at departementet ikke anså det som noen presserende oppgave å foreta en analyse for folketannrøkta var utbygd i flere fylker. Hovedstyret besluttet å ta svaret til etterretning og eventuelt komme tilbake til saken overfor departementet på senere tidspunkt.

Referat fra hovedstyremøte 6. februar 1965

*Mars 1965, hefte 3*

### 2005

#### Snusvaner undersøker snusvaner

**H**elene Læknes og Linh Bui er odontologistudenter ved Bergensfakultetet. De har tatt seg et år forskningsfri før fjerdeåret, for å kartlegge studentenes snusvaner.

De har stilt spørsmål om snusvaner og andre tobakksvaner og om holdninger til bruk av snus. De har også spurt om hvor mye de vet om snus og om hvor skadelig de tror det er å bruke snus i forhold til annen tobakk. De har møtt opp personlig på forelesninger og delt ut skjemaene der, og ventet til de var ferdige med å fylle dem ut. På den måten har de fått tilbake de fleste av skjemaene – til sammen rundt 850.

Så skal de i gang med en klinisk undersøkelse der de skal se om det er noen forandringer i slimhinnen hos dem som snuser.

*Mars 2005, nr. 4*



## KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

### NORGE

23.–24. april.	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.–30. mai	Oslo	ED2015. 6th International Conference on Ectodermal Dysplasia. Se <a href="http://www.ed2015.axacovent.com/en">www.ed2015.axacovent.com/en</a>
29.–30. mai	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. <a href="http://www.loenmotet.no">www.loenmotet.no</a> . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: <a href="mailto:kjell.thue@enivest.net">kjell.thue@enivest.net</a>
31. mai		Verdens tobakksfrie dag
8.–9. juni	Kristiansand	Kristiansand Lederforum. Informasjon blir sendt medlemmene
9.–11. juni	Clarion hotel Ernst, Kristiansand	Samfunnsodontologisk Forum. <a href="http://www.vaf.no/forum2015">www.vaf.no/forum2015</a>
18.–19. juni	Tromsø	Midnattsolsymposiet. Se <a href="http://www.tannlegeforeningen.no">www.tannlegeforeningen.no</a>
28.–30. aug.	Solstrand hotel	SAED's møte. Se <a href="http://www.saed.nu">www.saed.nu</a>
11.–12. sept.	Oslo	Årsmøte i Praksiseierforeningen SPA. Sted: Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo. Henv. Kari Odland, e-post: <a href="mailto:kodland@asatann.com">kodland@asatann.com</a>
29.–31. okt.	Lillestrøm	NTFs landsmøte. Lillestrøm – Norges Varemesse. Se <a href="http://www.tannlegeforeningen.no">www.tannlegeforeningen.no</a>
1. des.		Verdens aidsdag
7.–9. jan. '16	Bergen	Vestlandsmøtet. Henv. Trine Lise Lundekvam Berge, <a href="mailto:tlberge@online.no">tlberge@online.no</a>
21.–22. april. '16	Trondheim	Midt-Norgemøtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
27.–28. mai '16	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. <a href="http://www.loenmotet.no">www.loenmotet.no</a> . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: <a href="mailto:kjell.thue@enivest.net">kjell.thue@enivest.net</a>
3.–5. nov. '16	Stavanger	NTFs landsmøte. Se <a href="http://www.tannlegeforeningen.no">www.tannlegeforeningen.no</a>
9.–10. juni '17	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. <a href="http://www.loenmotet.no">www.loenmotet.no</a> . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: <a href="mailto:kjell.thue@enivest.net">kjell.thue@enivest.net</a>
25.–26. mai '18	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. <a href="http://www.loenmotet.no">www.loenmotet.no</a> . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: <a href="mailto:kjell.thue@enivest.net">kjell.thue@enivest.net</a>
24.–25. mai '19	Hotel Alexandra, Loen	Loenmøtet. <a href="http://www.loenmotet.no">www.loenmotet.no</a> . Henv. Kjell Thue, tlf. 57 86 84 60 (a) E-post: <a href="mailto:kjell.thue@enivest.net">kjell.thue@enivest.net</a>

### UTLANDET

15.–17. april	København	Årskursus. Se <a href="http://www.tandlaegeforeningen.dk">www.tandlaegeforeningen.dk</a>
29. april–3. mai	Sicilia	Norsk Endodontiforenings Italiakurs. Henv. <a href="mailto:nina.wiencke.gerner@gmail.com">nina.wiencke.gerner@gmail.com</a>
21.–25. mai	Sestri Levante, Italia	NTFs utenlandskurs. Se <a href="http://www.tannlegeforeningen.no">www.tannlegeforeningen.no</a>
3.–6. juni	London, UK	Europerio8. <a href="http://www.efp.org">www.efp.org</a>
4.–6. juni	Riga, Latvia	BSCOSO. The 2nd Baltic Sea Conference on Orthognathic Surgery and Orthodontics. <a href="http://www.BSCOSO.com">www.BSCOSO.com</a>
22.–25. sept.	Bankok, Thailand	FDI. Se <a href="http://www.fdiworlddental.org">www.fdiworlddental.org</a>
12.–14. nov	Göteborg	Riksstämman och SveDental. Se <a href="http://www.tandlakarforbundet.se">www.tandlakarforbundet.se</a>
27. nov.–2. des.	New York	GNYDM. Greater New York Dental Meeting. <a href="http://www.gnydm.com">www.gnydm.com</a>
7.–10. sept. '16	Poznan, Polen	FDI. Se <a href="http://www.fdiworlddental.org">www.fdiworlddental.org</a>

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

## Kurs i kognitiv terapi og hypnotiske metoder

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose inviterer til spennende kursdag med to kjente autoriteter på ulike områder som nå møtes.

### Kursholdere

Ingvard Wilhelmsen Gunnar Rosén

### Tid

7. mai

### Sted

Mariboegate 13, Oslo

### Arrangør

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose

### Påmelding og nærmere informasjon

[www.hypnoseforeningen.no](http://www.hypnoseforeningen.no)

## Ny juridisk medlemsrådgiver i NTF



FOTO: KRISTIN AKSNES

Elin Kværnø (45) begynte som advokatfullmektig i NTF 23. mars i år. Hun er utdannet jurist og har tidligere blant annet arbeidet i Direktoratet for arbeidstilsynet og i Helsetilsynet.

Kværnø skal jobbe med juridisk medlemsrådgivning i NTFs avdeling for Jus og arbeidsliv.

Elin Kværnø er samboer og har to barn, og bor i Ski.

Er du på nett med Norsk Tannvern?

## Problemer med pasientkommunikasjon?

Brosjyren «Tannkjøttssykdommer» er oversatt til urdu og sorani – og snart kommer den på ytterligere 30 språk! Besøk vår nettside og last ned gratis.

(Den norske versjonen kjøper du i nettbutikken)



## Vi älskar bra kurser!

I vår nya kurskatalog finner du många kurser inom olika odontologiska ämnesområden.

Anmäl dig 24 april, därefter i mån av plats.

Välkommen till höstens kurser.

[www.tandlakarforbundet.se](http://www.tandlakarforbundet.se)



Sveriges Tandläkarförbund

# FDI 2015 BANGKOK

Annual World Dental Congress

22 - 25 September 2015 - Bangkok Thailand

Dentistry in the 21<sup>st</sup> Century

A large advertisement for the FDI 2015 Bangkok Annual World Dental Congress. The background features a wide shot of the Wat Phnom in Bangkok, Thailand, with its golden stupas and traditional Thai architecture under a clear blue sky. In the foreground, a woman with a traditional Thai hairstyle adorned with pink and white flowers and gold ornaments is smiling. The text is overlaid on the left side of the image. At the bottom left is the FDI Bangkok 2015 logo, and at the bottom right are the event's website URLs.



[www.fdi2015bangkok.org](http://www.fdi2015bangkok.org)  
[www.fdiworldental.org](http://www.fdiworldental.org)





## Fødselsdager

### 90 år

Erling Aksdal, Molde, 16. mai

### 85 år

Ragnar S. Sørensen, Billingstad, 29. april

Jan Strømmen, Tertnes, 10. mai

### 80 år

Tore Ramstad, Østerås, 26. april

Clement M. Luhanga, Gabarone, Botswana, 13. mai

Per Thronæs, Trondheim, 20. mai

Jostein Vagle, Sandnes, 23. mai

### 75 år

Halvor Samuelsen, Stavanger, 27. april

Arild Abrahamsen, Slemmestad, 3. mai

Helge Årøen, Lørenskog, 5. mai

Bjørn Th. Johansen, Hokksund, 22. mai

### 70 år

Tore Hartz, Elverum, 28. april

Bengt Olav Pedersen, Moss, 8. mai

Johs Eide, Kristiansand s, 9. mai

Jan Rognhaug, Vollen, 13. mai

Per Erling Alhaug, Sauda, 15. mai

Brit Brøndbo Nilsen, Bergen, 22. mai

### 60 år

Kai B Hannestad, Fredrikstad, 29. april

Trond Rustad, Helgeroa, 1. mai

Eli Vigdis Lerheim, Vinterbro, 4. mai

Bjørn Bauge, Fyllingsdalen, 5. mai

Arne Eckerdal, Årslev, Danmark, 7. mai

Olaf Arne Larsen, Skånøvik, 7. mai

Per Kvinlaug, Mosby, 12. mai

Trond Anderssen, Drammen, 13. mai

Anders Fossum, Le Havre, Frankrike, 17. mai

Ingvar Daae, Nesbyen, 20. mai

### 50 år

Monica B.M. Landsjø, Haukeland, 30. april

Kristian Aandahl, Tønsberg, 30. april

Jørgen J Berg, Halden, 7. mai

Morten Aanonsen, Moss, 10. mai

Lars Lystad, Oslo, 11. mai

Finn Henrik Skjerven, Oslo, 19. mai

### 40 år

Sissel Storli, Oslo, 8. mai

Tone Ringset Lande, Haugesund, 11. mai

Eva Sørlien, Oppdal, 13. mai

Maria Vladimirovna Bessonova, Mat-hopen, 14. mai

Jon Myrebøe, Larvik, 15. mai

Kholod Dawood, Gjøvik, 21. mai

Haydith Teran Fossheim, Nodeland, 23. mai

Ann-Kristin Hjørungdal, Ålesund, 23. mai

Jostein Tafjord, Halden, 23. mai

### 30 år

Stine Cecilie Dahle, Fredrikstad, 27. april

Caroline Getz, Oslo, 28. april

Evie Valio, Kautokeino, 29. april

Silje Thorvaldsen, Trondheim, 3. mai

Jørgen Alne Johansen, Tromsø, 4. mai  
Ida Elise Kristine Sundby, Hammerfest, 7. mai

Emal Mangal, Bergen, 9. mai

Lars O. Fremgaard Fiksen, Odda, 14. mai

Trond Havstad, Trondheim, 15. mai

Ann Trude Mohus, Oslo, 18. mai

Tage Andre Olsen, Alta, 20. mai

## 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](mailto: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.

## 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](mailto:post@tannlegeforeningen.no).

Kl. 0000 på utgivelsesdato  
[www.tannlegetidende.no](http://www.tannlegetidende.no)

# FÅ MEST IGJEN FOR DITT DENTAL- / GULLSKRAP

VI KJØPER ELLER RAFFINERER



- Dentalskrap / -filing
- Gamle smykker
- Barrer, granulat, mynter, m.m.
- Skrapsølv / Sølvtoy



Send inn ditt gullskrap  
eller ta kontakt for info!

OPPGJØR ETTER EGET ØNSKE



NOOR Smykker!  
Reduserte priser  
til raffineringsskunder.



Nytt dentalgull

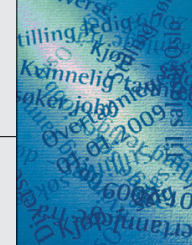


Utbetaling til konto



NORSK EDELMETALL a/s  
Boks 184 1401 SKI

64 91 44 00  
info@norskedelmetall.no



## ■ STILLING LEDIG

### ASSISTENTTANNLEGE, MOSS

Tannlege søkes til veletablert praksis sentralt i Moss. 3 behandlingsrom.

Foreløpig deltidsstilling, med mulighet for fulltid.

Kontakt  
sentrumtannlegekontor@gmail.com

### Tannpleier søkes i Buskerud

Tannklinikk med 2 tannleger i Kongsberg søker tannpleier for 1–2 dager i uken fra 1 august.

Kontakt epost:  
post@berjasentertannklinikk.no

### Tannlegevikariat Stavanger

Grunnet svangerskapsperm søkes tannlege til ca. 80 % stilling fra 15/8–2015 (kan justeres). Erfaring ønskelig. God pasienttilgang. Praksisen består av tre tannleger og tre tannhelsesekretærer. Ta kontakt på fortrinnsvis mail: tannklinikk.omholt@gmail.com eller på tlf. 906 63 138 etter kl. 16.

### TANNLEGE I MOSS?

Tannverket Moss AS søker assistenttannlege.

Moderne praksis i sentrum med Opus, OPG, digital røntgen og TRIOS Scanner.

Ta kontakt på: tannlegemoss@live.no

### Oslo sentrum

Omgjengelig, fleksibelt, kvalitetsbevisst og faglig oppdatert tannlege i 100 % stilling søkes til moderne klinikk i Oslo sentrum. Meget god pasienttilgang og faglige utfordringer.

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

Gode inntjeningsmuligheter. Rask tilfredelse. Erfaring ønskelig.

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

### ASSISTENTTANNLEGE søkes til praksis i Drammen.

To dager i uken med mulighet for utvidelse.

Kontakt: 4kvadranter@gmail.com


STILLING LEDIG

---

TANNHELSETJENESTEN I BUSKERUD FKF

---

# LEDIGE STILLINGER

---

Alle våre ledige stillinger i Tannhelsetjenesten i Buskerud KFK annonseres på [www.bfk.no/ledigestillinger](http://www.bfk.no/ledigestillinger)

---

[www.bfk.no](http://www.bfk.no)
Skaper resultater gjennom samhandling

Ny stilling for tannpleier og/eller tannlege i etterutdannelse ledig hos privat tannklinikk i Oslo. Vi holder til rett ved Holbergsplass med kun 5 minutters gange fra Nationaltheatret stasjon.

Klinikken er liten og lys med et ungt og dynamisk miljø. 5 år etter overdragelse av en veletablert solo-praksis har vi nå behov for å utvide vår kapasitet og våre åpningstider. I dag jobber det en tannlege, en sekretær og en daglig leder ved kontoret. På kontoret er det investert i nye uniter, Fotona Lightwalker laser, OPG og Zeiss mikroskop. Vi er tilknyttet helsenett og Nextsys journalsystem.



Odontologiske interesser inkluderer endodonti, spesialistgodkjenning for implantatprotetikk, invisalign og laserstøttet tannbehandling.

Du må være selvstendig og lydhør for både kollegaer og pasienter.

Vi søker deg som ønsker en deltidsstilling på ettermiddager og kveld. Du kan gjerne ha mulighet for snarlig tiltredelse.

Søknad og CV sendes til [post@oslo-tannlege.no](mailto:post@oslo-tannlege.no). Et bilde er også ønskelig. Spm vedr stillingen kan rettes til telefon 22 11 08 54 eller til vår e-postadresse. Vår hjemmeside er [www.oslo-tannlege.no](http://www.oslo-tannlege.no).





Østfold fylkeskommune

## Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på [www.ostfoldfk.no](http://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



## Lillehammer Tannhelse søker tannlege

Tannlege søkes til deltidstilling i nyetablert moderne klinikk midt i Lillehammer sentrum. Klinikken består av 3 allmenntannleger, kirurg, tannpleier og tanntekniker. Mulighet for å opparbeide seg til full stilling

Søknad sendes til:  
[post@lillehammertannhelse.no](mailto:post@lillehammertannhelse.no)

Kontaktperson: Lars Sæthre

Vilje gir vekst

## Tannhelse Rogaland

Ledige tannlege- og tannpleierstillinger er annonsert på [www.tannhelserogaland.no](http://www.tannhelserogaland.no)  
Kontaktperson: Helene Haver  
tlf. 51 51 69 07 eller [helene.haver@throg.no](mailto:helene.haver@throg.no)



Østfold fylkeskommune

## Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten i Østfold har ledige lederstillinger

Se Østfold fylkeskommunes hjemmeside:  
[www.ostfoldfk.no](http://www.ostfoldfk.no).

## Erfaren tannlege med etablert pasientportefølje ønskes velkommen til tannklinikk Oslo Vest

Går du med planer om å trappe ned, eller ønsker du deg en ny sentralt beliggende klinikk med hyggelige kollegær hvor du kan behandle dine pasienter? Da vil vi gjerne gi deg et interessant tilbud. Det viktigste for oss er at du har en god pasientportefølje som kan passe vårt konsept og beliggenhet midt på Solli Plass. At du er positiv og en trygg og god tannlege, er meget viktig for oss.

Fjærvik Klinikken er innovativ og moderne, og samtlig behandlere holder seg oppdatert innen faget gjennom kurs – og etterutdanning både i inn – og utland.

Tannlegene ved klinikken har spesialkompetanse i Odontofobi, og behandler pasienter i narkose, lystgass og med sedasjon. Vi har et eget anestesiteam og kirurg.

Fjærvik Klinikken består i dag av 8 kompetansepersoner, fordelt på tannleger, tannlegeassistenter, kirurg, anestesiteam og administrasjon.

Klinikken er en god arbeidsplass, og vi ønsker oss en hyggelig kollega som har lidenskap for faget og pasientene, med trygghet, god kommunikasjon, service og trivsel i fokus.

Tannlege og daglig leder Ingrid Fjærvik hører gjerne fra deg på tlf. 2163 1600 for en uforpliktende samtale.

Fjærvik Klinikken AS – Sommerrogata 13/15 – 0255 OSLO  
Tlf. 2163 1600 – [post@fjærvikklinikken.no](mailto:post@fjærvikklinikken.no) – [www.fjærvikklinikken.no](http://www.fjærvikklinikken.no)



FJÆRVIK  
KLINIKKEN

UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

## Stilling ledig

### Det Helsevitenskapelige fakultet:

Institutt for klinisk odontologi:

## Instituttleder, åremål (fire år)

Mulighet for fast tilsetning som professor/førsteamanuensis etter endt åremålsperiode(r)

Søknadsfrist 6.5.2015

For fullstendig kunngjøring se: [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no)

UiT Norges arktiske universitet

[uit.no/ledigestillinger](http://uit.no/ledigestillinger)



**Kjeveortopeders**  
søkes til Oslo og  
omegn i hel eller  
deltidsstillinger

For ytterligere informasjon og søknad med CV sendes til e-post: [ortodontist@oslo-tannregulering.no](mailto:ortodontist@oslo-tannregulering.no)

## ■ STILLING SØKES

### Blid, humorfylt og effektiv

7 års erfaring fra off. søker 80-100 % stilling i Oslo og omegn (pendleavstand). Kontakt [al\\_ekstann@yahoo.no](mailto:al_ekstann@yahoo.no). Tel: 97631362

### Kvinnelig tannlege

med 8 års erfaring i offentlig og privat-praksis søker jobb i Bergen og omegn fra høst 2015. Gode referanser. Kontakt via mail: [eva.tannlege@gmail.com](mailto:eva.tannlege@gmail.com)

### Mannlig allmenntannlege, 37 år

Ferdig spesialist innen kjeveortopedi i juli 2015.

Ser etter jobb i Oslo-området.  
Kontakt: [luisma12@hotmail.com](mailto:luisma12@hotmail.com)

## Tannpleier ønsker jobb fra august 2015

Jeg er en jente på 26 år som går siste året på tannpleierstudiet på UiB, er på utkikk etter jobb i privat praksis fra august 2015 (har sommerjobb i Bergen ut juli). Er utdannet tannhelsesekretær fra 2007, og har jobbet i privat praksis før og under tannpleierutdanningen. Ta gjerne kontakt for CV, attest og referanser. Mail: [tinahansen\\_88@hotmail.com](mailto:tinahansen_88@hotmail.com)

## ■ KJØP – SALG – LEIE

### ØSTFOLD/ OSLO

Vi er et etablert tannlegepar som ønsker å starte opp egen praksis på sikt. Vi er begge i full jobb som vi trives i, men ser nå etter nye utfordringer. Alt av interesse. Åpne for en overgangsperiode, eventuelt direkte overtakelse. Ta kontakt på mail: [tannlegerifarta@gmail.com](mailto:tannlegerifarta@gmail.com)

### Tannlege MNTF

ønsker kjøp/partner-deleierskap evt. assistent i klinikk Oslo Nord-, Øst, Romerike eller langs strekningen Lillestrøm – Lillehammer. Bred erfaring, bred etterutdannelse og godkjent for implantatprotektikk.

Mob.tlf 48089778  
[hajano61@gmail.com](mailto:hajano61@gmail.com)

## KJEVEORTOPEDIPRAKSIS – NESBYEN

m /allmenndel, vurderes solgt.

2 store behandlingsrom  
felles resepsjon og steril

Laboratorium

Lagerrom

3 nye uniter m/dig.rtg

Panoramartg og skallertg.

Opussystem journaler og arkiv.

Gunnar Barstad

Henv.hege.barstad@gmail.com /

+4791585368

## TANNLEGEPRAKSIS TIL LEIE/ SALG I MYSEN

Selges grunnet sykdom. Gunstig pris ved rask overtagelse. Lyse og trivelige lokaler sentralt i Mysen med god pasienttilgang. Kort vei til tog. Egen parkeringsplass. Offentlig tannlegekontor i samme bygg. Nyere Fimet-unit. Alle leasing kontrakter betalt. Digitalrøntgen. Opus datasystem. Laser. Lett tilgjengelighet. Gode parkeringsmuligheter for pasienter. Heis i bygget. Takst utarbeidet av Tonne Dental. Ta kontakt på tlf. 92 43 26 06 el mail: [tannlegemysen@gmail.com](mailto:tannlegemysen@gmail.com)

## Tannlegekontor i Trondheim

7 km fra sentrum på Heimdal, ledig fra 1.januar 2016.

1.etg. 130 kv.m 4 kontorer, venterom, resepsjon, rtg.rom, spiserom. 8 parkeringsplasser.

I drift siden 1954. Mobil 913 816 42.  
[Gudmgra@online.no](mailto:Gudmgra@online.no).

## Tannlegepraksis til salgs i Bergen sentrum

God beliggenhet. To behandlingsrom.  
Kontakt: [salgavpraksis@gmail.com](mailto:salgavpraksis@gmail.com)

## Kopervik

Moderne tannlegepraksis til salgs grunnet planlagt pensjonering. Fleksibel samarbeidsform ved overtakelse. Stort recallantall og god pasienttilgang.

Kontakt for videre informasjon:  
[jikristo@hotmail.com](mailto:jikristo@hotmail.com)

## ■ DIVERSE

### Utstyr ønskes kjøpt

Jeg har akkurat tatt over en gammel praksis og er interessert i å kjøpe pent brukt utstyr og instrumenter. Alt er av interesse, spesielt interessert i odontosurge/elektrotom.

Vennligst ta kontakt på e post: post-annlege-aalesund.no, og på tlf 48 33 75 57.

### **TRENGER DINE TURBINER SERVICE?**

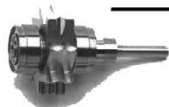
**Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.**

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](mailto:tannkjel@online.no)

NB! Husk navn og adresse!





# Fluorlakken med omfattende dokumentasjon mot karies\*:

37% reduksjon i dmfs og 43% reduksjon i DMFS<sup>1</sup>

\*basert på det siste Cochrane Review, 2013

## Duraphat® Dentalvæske

Colgate

YOUR PARTNER IN ORAL HEALTH

[www.colgateprofessional.no](http://www.colgateprofessional.no)

**Legemidlets navn:** Duraphat 22,6 mg/ml dentalvæske, suspensjon. Fluorid 22,6 mg/ml som natriumfluorid. **Indikasjoner:** Kariesprofylakse. Reduksjon av sensitivitet ved overfølsomme tenner. **Dosering:** For systematisk kariesprofylakse bør behandlingen gjentas med 3-6 måneders intervall. **Barn (melketenner):** Opp til 0,25-0,3 ml påføres. **Barn/ungdom (blanding av melketenner og permanente tenner):** Opp til 0,4 ml påføres. **Ungdom/voksne (permanente tenner):** Opp til 0,75-1,0 ml påføres. **Overfølsomme tenner:** 2-3 påføringer med få dagers mellomrom. **Administrering:** Skal påføres av tannlege. Påføres etter fjerning av større plakkansamlinger. Pasienten bør ikke pusse tennene eller spise før 4 timer etter avsluttet behandling. Større plakkansamlinger fjernes. 1 eller 2 kvadranter tørrlegges, og et tynt lag appliseres. Duraphat fra tube påføres enkeltst med bomullspinne eller engangspensel i tynne lag. Approksimalt kan sonde eller tanntråd anvendes. Duraphat i sylinderrampulle er spesielt utformet for nøyaktig og lav dosering. En butt kanyle brukes med endestykket bøyd i en vinkel som letter påføringen på approssimal- og distalflater. Approksimalt blir kanylen skjøvet inn i kontakt-

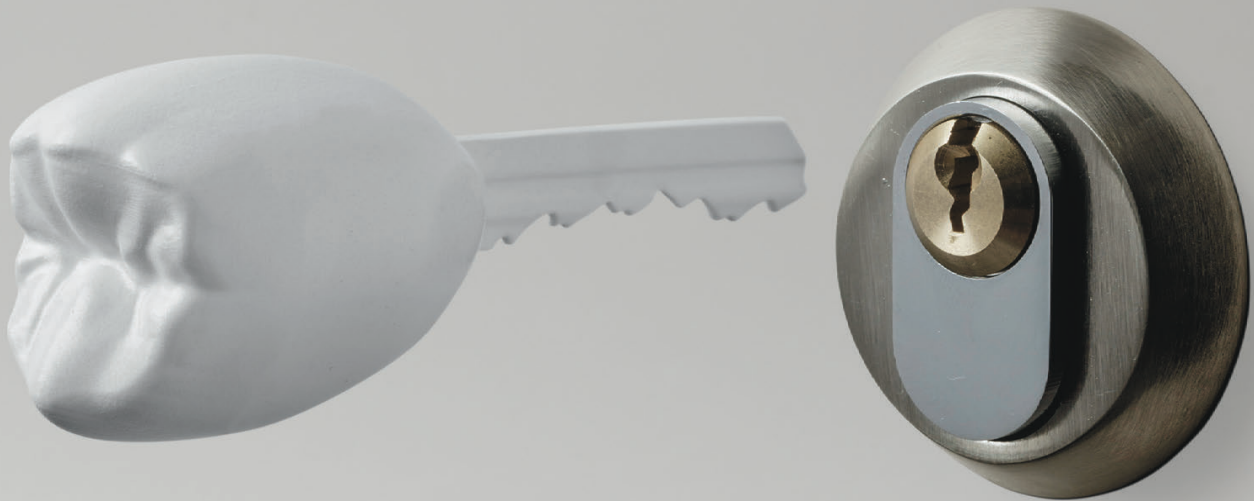
punktet mellom tennene og en liten mengde lakk trykkes inn. Dentalvæsken bør påføres fra begge sider av interproximalrommet og okklusalt. Etter applikasjon fjernes kanylen og ampullen oppbevares til neste behandling. Tennene behøver ikke å holdes tørre etter påsmøring da lakken fester seg til tennene og herder også i saliva. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Ulcerøs gingivitt og stomatitt. **Forsiktighetsregler:** Påsmøring av hele tannsettet bør ikke foretas på tom mage. Dersom bivirkninger oppstår lar suspensjonen seg lett fjerne ved tannpuss og munnskylling. Tuben inneholder lateksgummi som kan forårsake alvorlige allergiske reaksjoner. **Interaksjoner:** Andre høydoserte fluoridpreparater, slik som fluoridgel, bør ikke benyttes samme dag Duraphat påføres. Administrering av fluoridtilskudd bør utsettes i flere dager etter påføring av Duraphat. **Graviditet/Amning:** Som et forsiktighetstiltak bør bruk under graviditet og amning unngås. **Bivirkninger:** Svært sjeldne (<1/10 000): Gastrointestinale: Stomatitt, ulcerativ gingivitt, brekninger, kvalme og munnødem. Hud: Hudirritasjon, angioødem. Luftveier: Astmaanfall. **Overdosering/ Forgiftning:** Ved fluoriddoser på flere

mg per kg kroppsvekt kan en akutt, toksisk reaksjon forekomme. Første tegn er kvalme, oppkast og diaré. Senere kan hypokalsemi, enzymhemming, tetani, kramper og kardiovaskulære forstyrrelser oppstå. Ved kronisk inntak av høye doser av fluorid oppstår forstyrrelser i emaljedannelsen (dentalfluorose), skeletal fluorose (stivhet i ledd og misdannelser i skjelett) og risiko for beinfraktur øker. **Pakning og pris** (sept. 2014): 5 x 1,6 ml (sylinderramp.) kr. 213,00. 10 ml (tube) kr. 189,20. Dagens aktuelle priser finnes på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no). **Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Colgate-Palmolive A/S. Produktinformasjonen er forkortet og basert på SPC datert 17.02.2014. Ytterligere informasjon finnes på [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no).

Reference: 1. Marinho VCC et al.: Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents (Review). The Cochrane Library 2013, Issue 7



FRANKHUBERT



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

*Som bonuskunde får du opptil hver 9. MK kostnadsfritt (ekskl.au).*

Nedre Storgate 65, 3015 Drammen | [dentrade@online.no](mailto:dentrade@online.no) | [www.dentrade.org](http://www.dentrade.org) | Agent for DWWW, Modern Dental Lab

**DENTR<sup>W</sup>DE**  
We put a smile on your face

