

Marit S. Skeie, Jørgen Ueland Johannesen, Kristian Bjørnar Trydal Solheim, Ann Katrin Johansson, Marianne Lillehagen, Marit Midtbø

## Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen

Målet med undersøkelsen var å gjennomgå henvisninger til Seksjon for pedodonti ved Universitetet i Bergen for aldersgruppen 0–18 år. Undersøkellesperioden var fra januar 2006 til og med juni 2013. Totalt ble det mottatt 333 henvisninger, men 76 utgikk grunnet ulike eksklusjonskriterier. En rekke bakgrunnsfaktorer for henvisningene ble registrert. Åtti prosent av henvisningene var fra Hordaland fylke som i 2012 kun henviste 0,03 % av barn og unge til spesialist i pedodonti. Åttifire prosent av henvisningene kom fra offentlige tannleger. Antallet henvisninger avtok jo mer avstanden til IKO, UIB økte. Mineraliseringsforstyrrelser og traumer ble hyppigst henvist. Selv om henvisningsantallet økte mot slutten av perioden, ble det mottatt langt færre henvisninger enn det som litteraturen angir (omtrent 1 %) som det årlige behovet for spesialisttjeneste i pedodonti blant barn og unge.

**P**edodonti ble godkjent som spesialitet i 1979, mens fagområdet har vært en odontologisk disiplin lenge før det. Allerede i 1932 ble den første professor i fagområdet pedodonti i Europa utnevnt ved Universitetet i Oslo (1).

### Forfattere

Marit S. Skeie, førsteamanuensis, spesialist i pedodonti. Institutt for klinisk odontologi – pedodonti, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Jørgen Ueland Johannesen, mastergradsstudent i odontologi 2009–2014. Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Kristian Bjørnar Trydal Solheim, mastergradsstudent i odontologi 2009–2014. Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Ann Katrin Johansson, professor, spesialist i pedodonti. Institutt for klinisk odontologi – kariologi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Marianne Lillehagen, spesialist i pedodonti. TkVest – avdeling Hordaland /Institutt for klinisk odontologi – pedodonti

Marit Midtbø, førsteamanuensis, spesialist i kjeveortopedi. Institutt for klinisk odontologi – kjeveortopedi, Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Det er Fylkeskommunen som har ansvaret for Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og dermed skal sørge for at tannhelsetilbud, også tilbud om spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket (2). Barn og ungdom 0–18 år (gruppe a) tilhører en av de gruppene som er høyest prioritert og som DOT skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til. Pasientgruppen har videre rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommunen de bor eller midlertidig oppholder seg. Den andelen barn og unge som har spesielle tannhelseproblemer pga medfødte eller ervervede sykdommer, lidelser eller skader, skal etter gjeldende ordninger få ivaretatt sitt behov for hjelp (3). Kommunehelsetjenesteloven (4), tannhelsetjenesteloven (2) og spesialisthelsetjenesteloven (5) pålegger henholdsvis kommune, fylkeskommune og regionalt helseforetak et «sørge for-ansvar» for innbyggerne (3). I FNs barnekonvensjon, artikkel 24, står det at partene som tar del i konvensjonen, anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal også bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras rett til adgang av helsetjenester. I artikkel 23 presiseres det at barn med funksjonshemming har rett til særlig omsorg og skal, innenfor rammen av de midler som er til rådighet, ha den hjelp de søker om og som er rimelig i forhold til barnets tilstand. Ved ratifisering av Barnekonvensjonen i 1991 forpliktet Norge seg til å respektere og sikre rettighetene som er fastsatt i konvensjonen (6).

### Hovedbudskap

- At så få pasienter henvises til spesialist i pedodonti, kan bety at enkelte barn og ungdommer på Vestlandet ikke får ivaretatt behovet de har for spesialisttannhelsetjenester.
- Det er viktig at pedodontien på Vestlandet får et løft.
- For å gi alle barn og unge det best mulige tannhelsetilbudet, er god kommunikasjon og samarbeid mellom spesialisttjeneste i pedodonti og offentlige tilsatte tannleger/tannpleiere vesentlig.

Spesialister i pedodonti er utdannet til å ta hånd om barn og ungdom som har behov for spesiell kompetanse. Pedodontisten har også kunnskaper og ferdigheter innfor tilgrensende fagområder, som pediatri, barnepsykologi, helsepedagogikk og farmakologi (7). Pedodontistene er derfor godt skikket til å bistå som rådgivere og veiledere for allmenntannleger i forbindelse med kompliserte og sjeldne kasus. Det kan være å håndtere komplekse orale tilstander, takle vanskelig adferd i forbindelse med tannbehandling, ivareta munnhelse hos alvorlig syke og funksjonshemmede, samt planlegge og koordinere tverrfaglig behandling hos krevende pasientgrupper. Selv om de fleste barne- og ungdomspasientene blir ivaretatt av DOT og mottar adekvat behandling der, så bør pedodontisten inneha en nøkkelrolle i det eksisterende tannhelsetilbudet for barn og unge i Norge.

Ved Institutt for klinisk odontologi (IKO), Universitetet i Bergen (UiB), har det i svært mange år vært et spesialisttilbud som tar i mot henvisninger i pedodonti. Fram til høsten 2013 var tilbudet knyttet til Seksjon for pedodonti alene, men nå finnes tilbudet i samarbeid med Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest – avdeling Hordaland (TkVest – H). Begge institusjonene er lokalisert i Universitetets nye odontologibygget i Bergen.

Målet med denne undersøkelsen var å gjennomgå henvisningene til Seksjon for pedodonti for aldersgruppen 0–18 år i perioden januar 2006 til og med juni 2013 med tanke på

- å kartlegge henvisningsfrekvensen til spesialist i pedodonti ved IKO, UIB
- å identifisere henvisningsårsak, alder og kjønn
- å undersøke hvilken type helsepersonell som henviste og eventuell geografisk variasjon
- å identifisere om henviser ønsket utredning eller både utredning og behandling av pasienten

## Materiale og metode

Denne studien er en prosjektoppgave for to studenter for det integrerte masterstudiet i odontologi. Alle henvisninger til spesialisttjenesten ved Seksjon for pedodonti fra og med januar 2006 til og med juni 2013 for aldersgruppen 0–18 år inngikk i studien. Det ble ikke registrert navn eller fødselsnummer og ikke foretatt tilkøpling til datanettverk. Undersøkelsen ble derfor ikke vurdert som meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Bare fullstendige henvisninger ble inkludert. Eksklusjonskriteriene var: mangelfull henvisning (eksempelvis mangel på informasjon om hva det var henvist for), henvisning fra studentklinikken ved IKO, henvisninger under flytteperioden til nytt odontologibygget (juni – september 2012), henvisninger av pasienter som ville blitt 19 år samme år, og henvisninger datert før 2006. Av totalt 333 henvisninger, ble 76 ikke inkludert.

Følgende opplysninger ble registrert fra henvisningene: Pasientens alder, kjønn, hjemfylke og kommune, om henviser (helsepersonell generelt) var tilknyttet offentlig eller privat praksis, henvisende helsepersonells yrke, henvisningsårsak, og om pasienten var henvist bare for utredning eller både utredning og behandling. De som ønsket utredning og behandlingsplan ble

plassert i kategorien «utredning». I løpet av perioden kunne ingen pasient ha mer enn en henvisning.

## Statistikk

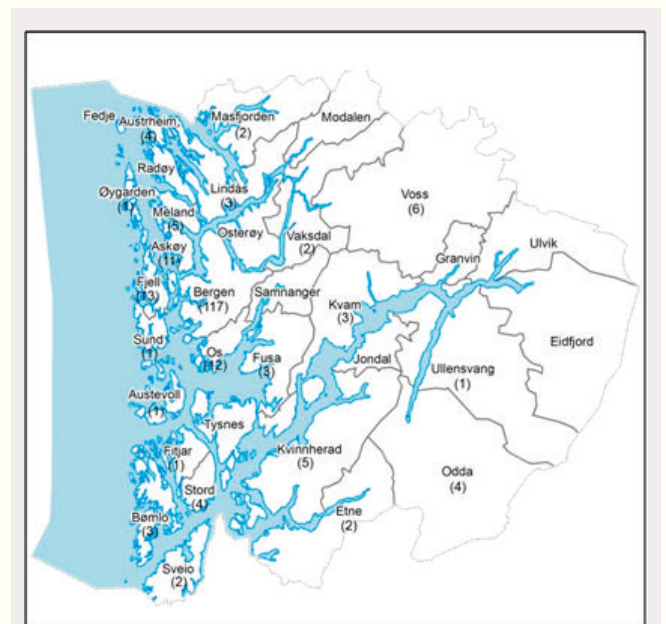
Data ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS for Windows (SPSS versjon 20, Inc Chicago, IL, USA). Resultatene er beskrevet og presentert ved bruk av frekvensfordeling og prosent. Det ble videre innhentet tall fra Statistisk sentralbyrås beregninger fra 2013 for det totale antallet barn og ungdom 0–18 år hjemmehørende i Hordaland fylke (8).

## Resultater

I tidsrommet fra januar 2006 til og med juni 2013 (7,5 år) mottok Seksjon for pedodonti 257 henvisninger som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Som det fremgår av Tabell 1, økte henvisningsantallet mot slutten av perioden slik at antallet henvisninger var høyere første halvår 2013 enn hele 2011. Ved hjelp av opplysninger fra Statistisk Sentralbyrå om folkemengde, ble henvisningsprosenten i 2012 fra Hordaland fylke ( $n=40$  henvisninger) beregnet til å være 0,03% av populasjonen (0–18 år) (8).

Åtti prosent av alle henvisningene kom fra Hordaland fylke, mens nabofylkene Sogn og Fjordane samt Rogaland fulgte som nummer to og tre (10,1% og 6,6%). Figur 1 viser at antallet henvisninger ble færre jo mer avstanden til henvisningsinstansen økte. Antallet henvisninger i 2013 i forhold til kommunepopulasjonen for gruppe 0–18 år varierte imidlertid fra kommune til kommune i fylket, fra 0,6% (4/648) i den kommunen som henviste flest, til ingen henvisninger (8).

Jevnt over var det flere jenter enn gutter som ble henvist (53,6% vs. 46,4%), men i aldersgruppen 5–7 år, var det flest gutter. Som Figur 2 viser, var antallet henvisninger høyest blant 7–9 åringer. De fleste henvisningene (84,0%) kom fra tannleger



Figur 1. En geografisk fremstilling av antall henvisninger fordelt på kommuner innad i Hordaland fylke, basert på illustrasjon hentet fra Landbruks- og matdepartementet, regjeringens dokumentarkiv.

Tabell 1. Fordeling av henvisninger per år etter fylkesbakgrunn. Tallene for det totale antallet barn og ungdom 0–18 år er hentet fra Statistisk sentralbyrås beregninger fra 2013

	Antall barn og ungdom 0–18 år (2013)	Henvisningsår									Total
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (Jan.–Juni)		
Henvist fra fylke	Aust-Agder	27 421	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Hordaland	120 659	17	21	14	22	24	31	*40	37	206
	Møre og Romsdal	61 672	1	1	0	1	0	1	0	0	4
	Rogaland	117 515	1	1	4	5	4	1	1	0	17
	Sogn og Fjordane	26 753	1	4	0	5	8	4	3	1	26
	Vest-Agder	44 469	0	0	0	1	1	0	1	0	3
	Total	398 489	21	27	18	34	37	37	45	38	257

\*Tilleggsopplysning om folkemengde i Hordaland 0–18 år i 2012: n = 120088.

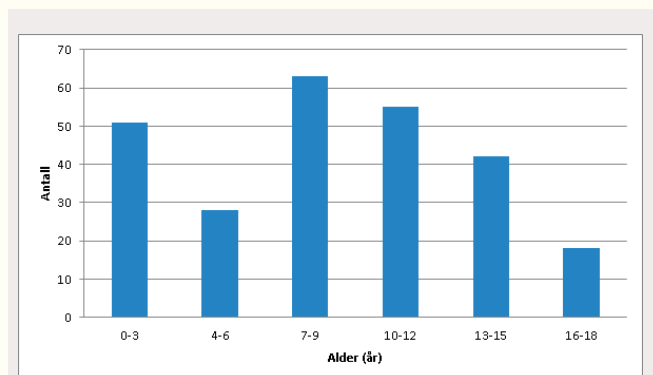
ansatt i det offentlige, kun noen få fra private tannleger. Omtrent hver syvende henvisning kom fra lege (13,2%). Legene henviste flere pasienter enn tannpleierne (n=34 vs. n=25). Når det gjelder henvisende leger og logoped samlet, så ba 81 % kun om utredning av pasienten (80,5 %, 29/36).

Førti pasienter ble henvist av flere årsaker, og to henvisninger hadde fire henvisningsgrunner. Figur 3 viser de henvisningene med én henvisningsårsak (n=217). I figuren fremgår det at den hyppigste årsaken til henvisning var mineraliseringsforstyrrelse (30,9%), med en topp i aldersgruppen 7–9 år. Traumer utgjorde 12,4% med flest henvisninger i aldersgruppen 10–12 år. Karies som henvisningsgrunn var hyppigst i aldersgruppen 0–4 år. Henvisninger fra leger gjaldt oftest pasienter med generelle sykdommer eller syndromer. To henvisninger fra logoped angikk pasienter som hadde Downs syndrom og oralmotorisk problem.

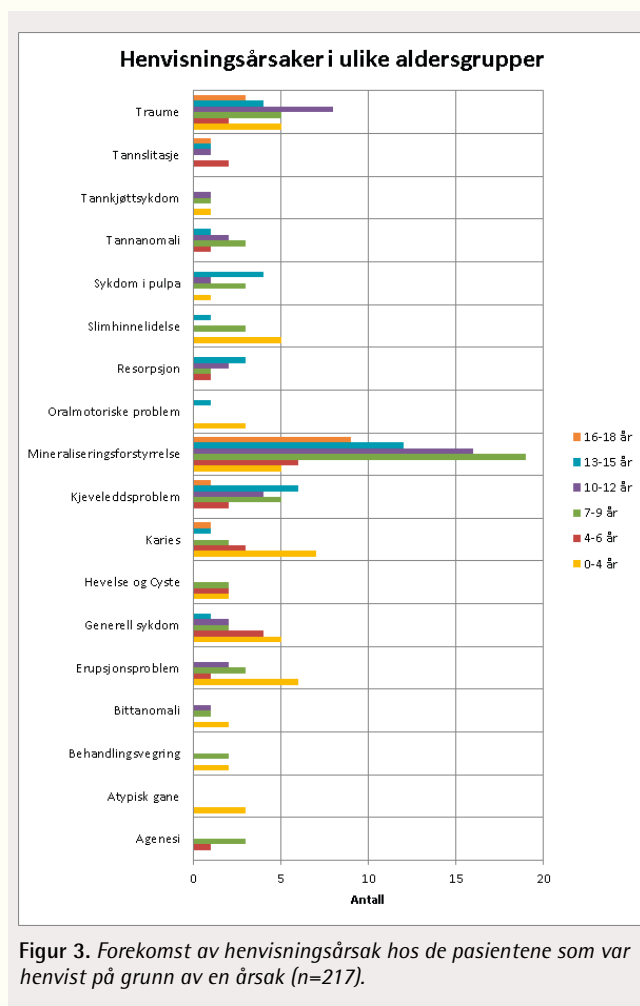
## Diskusjon

Denne undersøkelsen som oppsummerer henvisninger til pedodonti i et gitt tidsrom, er den første undersøkelse med søkelys på bruk av spesialisttjenesten i pedodonti på Vestlandet. En lignende undersøkelse har blitt foretatt ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord – Norge (TkNN) (9). Hovedfunnet fra studien foretatt i Bergen er det lave henvisningsantallet til Seksjon

for pedodonti. Fra Hordaland fylke ble bare 0,03 % av barn og unge i 2012 henvist. Basert på innhentede henvisningstall til pedodonti fra Tromsø og Sverige (9, 10), kunne man forvente rundt 1%. Det kan derfor spekuleres om barn med behov for særlig omfattende og komplisert terapi, får et fullverdig og optimalt behandlingstilbud og om behandlende allmenntannlege har instanser å henvende seg til for råd og veiledning. Studien dokumen-



Figur 2. Fordelingen av antall henvisninger fordelt på ulike aldersgrupper.



Figur 3. Forekomst av henvisningsårsak hos de pasientene som var henvist på grunn av en årsak (n=217).

terer dermed klart at pedodontiens stilling i landsdelen trenger et løft.

Foruten Hordaland bidro de andre Vestlandsfylkene nesten ikke med henvisninger. Det syntes altså å være en større terskel for å henvise når den geografiske avstanden øker. Den samme tendensen ble også påpekt av Edblad og Crossner i studien fra TkNN (9). Antall henvisninger varierte med alder, men i forhold til tallene fra Tromsø, lå hovedvekten av henvisningene i litt yngre aldersgrupper enn henvisningene derfra (7–12 år vs. 10–15 år). Også som studien fra Tromsø viste (9), var det flest henvisninger forbundet med tannutviklingsforstyrrelser. Mineraliseringsforstyrrelser i 7–9-årsalder var den henvisningsårsaken som dominerte, noe som kan forklares ved at dette er erupsjonstid for det unge permanente tannsettet. Henvisningene kan skyldes usikkerhet rundt selve diagnostikken og eventuelt om mineraliseringsforstyrrelsen er stønadsberettiget eller ikke (11). En svensk spørreundersøkelse i regi av Svenska Pedodontiforeningen (10) fant derimot at den mest vanlige henvisningsårsak var behandlingsproblemer på grunn av vegring og angst (37 %) og høy kariaktivitet (14 %). Disse henvisningsårsakene bidro i liten grad til antallet henvisninger, verken i Vestlandsundersøkelsen eller i undersøkelsen foretatt i Tromsø. Dette kan være en indikasjon på at offentlige tannleger selv har utviklet kompetanse på disse områdene. For eksempel, har Tannhelsetenesta i Hordaland etablert tannhelseteam rettet mot behandling av angst/fobi for tannbehandling, og etaten har åtte klinikker som kan tilby lystgassbehandling (12).

I dag utgjør andelen barn og unge med kroniske sykdommer, medisinske tilstander og funksjonsbesvær ca. 10 % av barne- og ungdomspopulasjonen (13). At bare 15 barn med syndromer ble henvist kan delvis skyldes at Tannhelsetenesta i Hordaland har et team som tar seg av pasienter med sjeldne medisinske tilstander (12). Det kan også være at barn og ungdommer har blitt henvist til andre institusjoner, som f.eks. TAKO – senteret (Kompetansesenter for oral helse ved sjeldne medisinske tilstander). Likevel er det grunn til å tro at ikke alle barn som tilhører denne gruppen, har en spesialist i pedodonti i behandlingsteamet rundt seg. I Sverige derimot, har man egne «vårdprogram» (for eksempel for barn Down syndrom) der odontologi er inkludert slik at munnhelsen skal sikres som ledd i et helhetlig behandlingssløp. Det er enighet i litteraturen om at pasienter med komplekse behandlingsbehov bør ha en spesialist i pedodonti som inngår i det øvrige behandlingsteamet rundt pasienten (14).

Som denne undersøkelsen klart får fram, så er det på Vestlandet ingen tradisjon for å henvise til spesialisttjenesten i pedodonti ved IKO. Med hensyn til kompetanseutvikling innen spesialisttjenesten, er få henvisninger ugunstig. Det kan være mange grunner til at situasjonen er slik, som få godkjente pedodontister på Seksjon for pedodonti i det tidsrommet studien fant sted. I den gitte perioden ble heller ikke tilbud om spesialisttjeneste i pedodonti markedsført, verken på distriktsmøter for offentlige tannleger eller i form av utsendte rundskriv eller informasjonsskriv. Det kan ha medført at spesialisttilbudet ikke har vært tilstrekkelig kjent og til en oppfatning at det ikke nyttet å henvise til pedo-

odontist fordi det ikke var noen å henvise til. I følge en utredning fra Helsedirektoratet i 2011, «Desentralisert spesialistutdanning av tannleger (15), har ingen annen spesialitet i Norge så få yrkesaktive spesialister. En kartlegging utført av Den norske tannlegeforening i 2007, viste at av 24 yrkesaktive, var kun én var født etter 1955. Selv om bildet har endret seg noe etter den tid, er fortsatt gjennomsnittsalderen blant pedodontistene høy og profesjonen geografisk skjevfordelt.

En annen årsak til få henvisninger kan være at i offentlig virksomhet eksisterer egne tannhelseteam med erfaring som mener at de innehar tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av alle barn og unge med munnhelseutfordringer. Store avstander for pasienten eller manglende henvisningsrutiner kan være andre årsaker. Det kan også være økonomiske grunner til at henvisningsprosenten til spesialisttjenesten var så lav, eller det kan skyldes at barns munnhelse ikke blir prioritert som viktig nok. I Hordaland fylke var ordningen i denne perioden som studien omfattet, at den henvisende klinikk skulle dekke kostnadene i forbindelse med spesialistbehandlingen. Bonusordninger for ansatte har heller ikke alltid fungert som incitament for pedodontien, heller tvert imot.

De kartlegginger tidligere nevnt som er blitt gjort i Tromsø og Sverige, har vist at henvisningsantallet i perioder undersøkt, økte underveis. I Sverige under perioden 1983–2003, økte henvisningsantallet med 28 %, og studien viste at mange barn og unge trengte en kontinuerlig behandling. Også andelen barn og unge henviste med allmennt medisinske sykdommer og/eller funksjonshindringer økte. Konklusjonen var at selv om det i 2001 fantes 170 godkjente spesialister i pedodonti i Sverige (16) og 34 spesialistklinikker, var det et fortsatt behov for flere pedodontister (10). Selv om befolkningsantallet er høyere i Sverige enn i Norge, gir denne undersøkelsen en forståelse av at spesialiteten pedodonti har en mye sterkere posisjon i Sverige enn i Norge. Det er på sin plass å minne om at for omtrent hundre år siden hadde pedodontien i Norge en ledende posisjon i Europa (17).

## Konklusjon

Pedodontien på Vestlandet trenger et løft.

### *Veien videre*

Samhandlingsreformen med mottoet «Rett behandling – på rett sted – til rett tid», ble lansert som en tilråding fra Helse og omsorgsdepartementet i 2009 (18) og senere vedtatt som lov gjennom Stortingsmelding 13 (19). I følge den står etablering av individuelle behandlingsplaner sentralt i det medisinske behandlingssopplegget. Det bør arbeides for at individuelle behandlingsplaner for munnhelse integreres i disse og at pedodontisten inntar en nøkkelrolle i behandlingen av barn og unge med spesielle behov. I Norge mangler retningslinjer for hvilke odontologiske tilstander og pasientkategorier som krever henvisninger til spesialisttjeneste i pedodonti. Langsiktig planlegging med fokus på å forhindre ugunstig utvikling og sykdomsforverring, kan også resultere i økonomisk gevinst for tannhelsetjenesten.

ten. Hensynet til pasienten er allikevel det overordnede argumentet for at den odontologiske disiplinen pedodonti er opprettet.

Høsten 2013 (august 2013) ble inngått en samarbeidsavtale mellom Seksjon for pedodonti, IKO og TkVest – H. Tilsetting av egen spesialist i TkVest – H (bistilling IKO) og samarbeidsavtalen som sikrer spesialistutdanningen i pedodonti pasienter, gjør nå at tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten kan henvise pasienter uten at det innebærer utgifter for det distriktet barnet henvises fra. TkVest – H har også drevet informasjonsarbeid om pedodonti som fag og om henvisningsrutiner (20). Kandidatene i spesialistutdanningen har dessuten hospiteringsprogram ved Barnekliviken, Haukeland Universitetssykehus og ved Barne- og ungdomspsykiatri. Dermed har sykehuspersonell fått et innblikk i pedodonti som fag. Samlet sett har dette gitt resultater siden antallet henvisninger fra 2014 var 288 (da er også henvisninger fra studentklinikken medregnet). Både økt informasjon, gratis spesialisttilbud og samarbeid mellom Seksjon for pedodonti og TkVest – H har vært viktige faktorer til oppsving i henvisningsantallet. Dette mener vi vil løfte og målrette tannhelsetilbudet for barn og ungdommer på Vestlandet.

### English summary

*Skeie MS, Ueland Johannesen J, Trydal Solheim KB, Johansson AK, Lillehagen M, Midtbø M.*

### Referrals to Department of Clinical Dentistry, Pediatric Dentistry, University in Bergen

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 254–8.

The aim of this article was to examine the received referrals to the Department of Clinical Dentistry – Pediatric Dentistry for the age group 0–18-year olds. The study period was from January 2006 to June 2013. Totally 333 referrals were received, but 76 were not included due to various exclusion criteria. Many background factors for referrals were registered. Eighty percent originated from the county Hordaland which during 2012, only referred 0.03 % of the child and adolescent population to specialists in pediatric dentistry. Eighty-four percent of the referrals were from dentists working in public dental service. The number of referrals declined as the distance to the Department of Clinical Dentistry – Pediatric Dentistry, UiB, increased. Mineralization disturbances and traumatic dental injuries were most frequently referred. Although the number of referrals increased at the end of the period, a much lower number of referrals were received than the literature refers to (about 1 %) as the annual dental treatment need for pediatric service in the child and adolescent population.

### Referanser

1. Norsk biografisk leksikon; 1975. nr. 17. s. 47. <http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=844044725&tkid=biblio>
2. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): LOV 1983–06–03 nr 54: Lov om tannhelsetjenesten; 1983. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>.
3. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): St.meld. nr. 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. 2006–2007. <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemedlinger/pressemedlinger/2007/framtidas-tannhelsetjenester.html?id=475613>. (lest 3.11.2014).

4. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Prop. 91 L. LOV om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (2010–2011).

5. Helse og omsorgsdepartementet (HOD): Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven. 2001.)

6. FNs Sambandet. United nations association of Norway. FNs konvensjon om barnets rettigheter. <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>. 1989. (lest 3.11.2014).

7. Espelid I. Spesialistens plass i fremtidens barnetannpleie. Nor Tannlegeforen Tid. 2003, 113: 552–4.

8. Statistisk sentralbyrå, Norge. Folkemengde etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgerskap.

9. Edblad E, Crossner C. Pedodonti som klinisk spesialitet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2012, 122: 354–9.

10. Klingberg G, Dahllof G, Erlandsson AL, Grindefjord M, Hallstrom-Stalin U, Koch G, Lundin SA: A survey of specialist paediatric dental services in Sweden: results from 2003, and trends since 1983. Int J Paediatr Dent. 2006, 16: 89–94.

11. Helse og omsorgsdepartementet: Rundskriv I-3/2012 Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2013: 2012.

12. Hordaland fylkeskommune: Tannhelsetjenester i Hordaland 2010–2013. Fylkesdelplan. 2013. <https://www.google.no/#q=Tannhelsetjenester+i+Hordaland+2010-2013.+Fylkesdelplan>. (lest 3.11.2014).

13. Msall ME, Avery RC, Tremont MR, Lima JC, Rogers ML, Hogan DP: Functional disability and school activity limitations in 41, 300 school-age children: relationship to medical impairments. Pediatrics. 2003, 111: 548–53.

14. Dahllof G, Martens L. Children with chronic health conditions – implications for oral health. In: Koch G, Poulsen A, editors. Pediatric dentistry A clinical approach. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 2009: 315–30.

15. Helse- og omsorgsdepartementet. Desentralisert spesialistutdanning av tannleger – organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Rapport. IS-1991. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.

16. Sosialstyrelsen S: Sosialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsstatistisk årbok 2002; 2002.

17. Stenvik R, Jacobsen S: Reisen til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Merkur Trykk AS; 2011.

18. Helse og omsorgsdepartementet: Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle. 2010–2011. <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>. (lest 3.11.2014).

19. Kunnskapsdepartementet: St.meld. nr. 13. (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. 2012.

20. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest. <https://www.hordaland.no/Pedodonti>. (lest 3.11.2014).

*Adresse: Marit Slättelid Skeie, Institutt for klinisk odontologi – pedodonti, Det medisinske-odontologiske fakultet, Årstadveien 19, 5009 Bergen. E-post adresse: marit.skeie@iko.uib.no*

*Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.*

*Skeie MS, Ueland Johannesen J, Trydal Solheim KB, Johansson AK, Lillehagen M, Midtbø M. Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 254–8.*