

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS

TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL • 128. ÅRGANG • NR. 7 AUGUST 2018



Sjekk ut våre Nye rabatter!

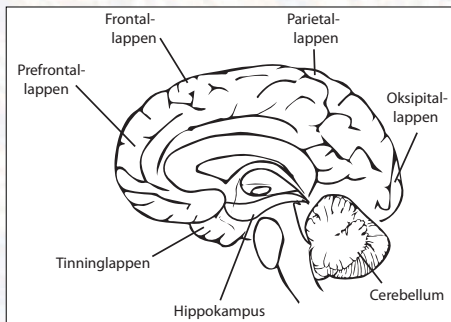
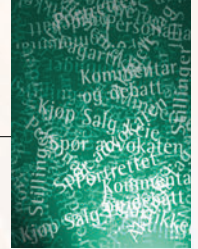
Nyhet

- **Lojalitetsrabatt** på våre mest solgte produkter
- **Din omsetning** siste 365 dager **avgjør din rabatt**
- Resten av prislisen har kun **faste lave priser**
- **Enkelt og rettferdig**



www.licscadenta.no/tannteknikk
import@licscadenta.no
22 47 72 00





514



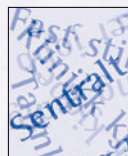
534



544

Rubrik-
annonser

563



502 **Siste nytt først**

■ **Leder**

505 En ny høst

■ **Presidenten har ordet**

507 Nå skal vi revidere vedtektene – og ruste organisasjonen for fremtidens utfordringer

■ **Vitenskapelige artikler**

508 Ingvild J. Brusevold, Thea Martine Granvoll Bie, Christine Sophie Baumgartner, Runa Das og Ivar Espelid†: Molar-incisiv misdannelse – beskrivelse og diagnostisk protokoll

514 Nils Jacobsen: Er tannleger beskyttet mot demens?

521 **Bivirkningsskjema**

■ **Doktorgrader**

524 Sunita Sharma: Overføring av gener for vekstfaktorer for beinregenerasjon

526 Ahmad Rashad Elsebahy: Cellulose, stamceller og 3D-printing danner nytt kroppsvev

■ **Kronikk**

528 Pengegaloppen: Prioritering av tannhelse i statsbudsjettene

■ **Aktuelt**

532 Helselovgivningen går foran GDPR

534 Terapihund for redde pasienter

538 Samfunnsodontologisk forum, Loen i Sogn og fjordane, 5.-6. juni 2018: Mest og best om de eldste og de yngste

542 Holmenkollsymposiet 2018: Estetikk, kvalitet og etikk

544 Oslo setter agendaen for Europas tannhelseutdanninger

■ **Kommentar og debatt**

546 Tannløs og lovløs (Gunhild Vesterhus Strand)

547 Kommentar til «Tannløs og lovløs» (Henrik Schmidt)

■ **Arbeidsliv og praksisdrift**

549 Om Sykehjelpsordningen for tannleger

553 Spør advokaten: Tannlegenes spørsmål om GDPR

■ **Snakk om etikk**

554 Pasientens økonomiske rettigheter

■ **Notabene**

558 Tilbakeblikk

559 Kurs- og aktivitetskalender

561 Personalia

Helse i mat på farten



FOTO: YAY IMAGES

Over en halv million nordmenn handler pølser, hamburger og lignende på farten minst en gang i måneden. Nå blir serveringsbransjen med i samarbeidet for sunn mat mellom næringslivet og myndighetene, skriver Helsedirektoratet.

Over en halv million nordmenn kjøper pølser, hamburger og liknende på farten minst en gang i måneden. En av fem – eller ca. 820 000 personer kjøper bagetter, sandwich og matpakker minst en gang i måneden i bensinstasjon og kiosk.

– Alle bør kunne ta sunne mat- og drikkevalg på farten, men de som ofte benytter slike tilbud har et spesielt behov for lett tilgang til sunne, fristende måltider og vann. Dette er også noe vi vet mange forbrukere ønsker seg, sier Linda Granlund, divisjonsdirektør i Helsedirektoratet.

God og sunn hverdagskost kan forebygge sykdom, og måltider spist utenfor hjemmet er en del av kostholdet vårt. Bensinstasjon og kiosk er blitt en viktig del av måltidsmarkedet, og for mange med mobile arbeidsplasser, som blant annet yrkessjåfører og håndverkere er disse stedene i praksis jobbkan-tine. Ferdig tilberedte måltider kan inneholde mye fett, salt, sukker og energi selv om tilbudet av sunnere varianter er økende.

– Det er flott at mange salgssteder tilbyr gode alternativer som grov bagett og sandwich, salater, fisk og sjømat og frukt og grønt. Det betaler seg i forhold til trivsel, helse og innsats. Vi håper flere markedsfører tilbudene godt, og gjerne tilbyr både vanlige og små porsjoner, sier Granlund.

Myndigheter, matvarebransje og bransjeorganisasjoner jobber sammen

for å øke forbruket av grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter og fisk og sjømat og redusere befolkningens inntak av sukker, salt og mettet fett. Fra før er helsemyndighetene, næringsorganisasjoner, mat- og drikkeprodusenter og dagligvarehandelen tilsluttet avtalen.

– Det er utrolig positivt at også serveringsbransjen slutter seg formelt til dette samarbeidet, sier Linda Granlund.

Bra mat, rikelig med vann, aktive pauser og hvile når du trenger det, er små grep for å ha det bedre på veien.

Lite mikroplast i drikkevann



Norsk drikkevann har svært lave nivåer av mikroplast, skriver Folkehelseinstituttet på fhi.no/nyheter. Dette kommer fram etter en kartlegging av vannet fra norske vannverk. Folkehelseinstituttet har vurdert effekten på helsen.

Resultatene viser at mengden mikroplast var null eller nær null. Folkehelseinstituttet har fulgt prosjektet fra start og foretatt en helsemessig vurdering av resultatene fra kartleggingen. Folkehelseinstituttet vurderer at mikroplast fra drikkevann vil bidra svært lite til den samlede mengden av mikroplast som vi utsettes for.

– Med utgangspunkt i foreliggende kunnskap, utgjør disse lave nivåene av mikroplast i drikkevann ingen helsemessig risiko, sier seniorrådgiver Susanne Hyllestad ved Folkehelseinstituttet.

Drikkevann fra 24 vannverk er blitt analysert for mikroplast. Analysen omfatter prøver både fra vannkilden, i behandlet vann og vann ute fra ledningsnettet.

I studien er det lagt vekt på å få kartlagt drikkevannet til en stor andel av befolkningen, og vannverkene ble også valgt ut fra en vurdering av risiko og

representativitet. Følgelig er de vannverkene hvor det var forventet å finne de høyeste nivåene av mikroplast i vannkildene, også med i undersøkelsen.

Kartleggingen er utført av bransjeorganisasjonen Norsk vann i samarbeid med Norsk institutt for vannforskning (NIVA). Folkehelseinstituttet (FHI), Miljødirektoratet og Mattilsynet har deltatt i styringsgruppen i prosjektet.

Norsk vann har publisert en nyhets-sak i forbindelse med resultatene. Der framgår det også hvilke vannverk som har deltatt i undersøkelsen: <https://norskvann.no/index.php/70-vann/kvalitet-og-sikkerhet/1821-lite-mikroplast-i-norsk-drikkevann>

En fullstendig prosjektrapport på engelsk er publisert på www.norskvann.no.

Antibiotikaresepter varer i ti dager

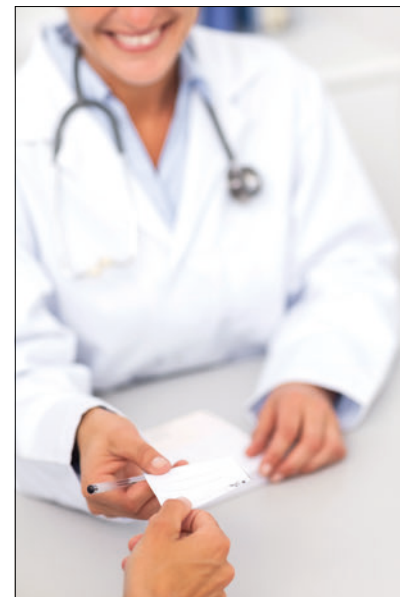


FOTO: YINGQI VOGT

Vi bruker for mye antibiotika, og det skaper resistente bakterier. Forskrivere som bruker papirresepter må informere om at antibiotikaresepter bare varer i ti dager, skriver Helsedirektoratet.no.

– Helsepersonell i Norge er allerede flinke til å bidra i arbeidet mot antibiotikaresistens. Ti dagers varighet er ett av mange tiltak som skal bidra til å redusere antibiotikabruken i Norge enda mer, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.



På nett

Hvor utsatt er du for ID-tyveri?



Muligheten for ID-tyveri er en ubehagelig del av virkeligheten, men nødvendig å vite noe om.

Datatilsynet har lansert en ny selvtest hvor du kan finne ut hvor god du er til å beskytte deg mot ID-tyveri.

Testen består av 11 tema:

- lommeboken
- postkassen
- søppelkassen
- PC-en
- internetthandel
- mobiltelefon
- passord og koder
- fødselsnummer
- bank- og kredittkort
- spredning av personlig informasjon
- kredittverdighet og -vurdering

For hvert tema får du forskjellige påstander som du skal svare på, og til slutt får du en poengsum sammen med en vurdering av svarene. Tar du hele testen, får du til slutt en samlet vurdering av hvor utsatt du er for ID-tyveri.

Kanskje greit å ta testen?

Du finner den her: [https://](https://www.datatilsynet.no/samfunnsomrader/overordnet-om-rettigheter-og-plikter/id-tyveri/id-tyveri-test/)

www.datatilsynet.no/samfunnsomrader/overordnet-om-rettigheter-og-plikter/id-tyveri/id-tyveri-test/

Kilde: Datatilsynet

Leger, tannleger og veterinærer som bruker papirsepter må påføre utløpsdato. Det er også viktig å gi pasienten informasjon om reseptens varighet.

Det jobbes videre med en løsning for e-resept der ti dagers gyldighet settes automatisk. Når det gjelder antibiotika på blå resept, vil reseptgyldighet fortsatt være ett år.

Målet er å redusere unødig bruk av antibiotika. Med kortere gyldighet kan det bli færre tilfeller der antibiotika hentes ut uten at lege, tannlege eller veterinær har vurdert at det er et medisinsk behov.

Nedgang i bruk av antibiotika

Bruken av bredspektrert antibiotika går ned, i tråd med nasjonale målsettinger. Dette er noen av de nye funnene blant nasjonale kvalitetsindikatorer (helsenorge.no) som ble publisert 21. juni.

Det er et helsepolitisk mål at Norge skal redusere bruken av antibiotika, bruke legemidlene riktigere, øke kunnskapen om antibiotikaresistens og være en pådriver internasjonalt i utviklingen

av nye antibiotika og vaksiner. Antallet resepter som skrives ut skal reduseres kraftig, og målet er å nå 250 resepter per 1 000 innbygger innen 2020.

Kvalitetsindikatoren som måler antall resepter på antibiotika viser at utviklingen går i riktig retning. I 2017 ble det skrevet ut 339 resepter per 1000 innbygger på landsbasis. Dette er positive trender i antibiotikabruken.

- Bruken av bredspektrert antibiotika er fortsatt for høy i Norge, og den skal ned. Vi ser det går i riktig retning. Dermed overforbruk leder til antibiotikaresistente bakterier, så kan det bety store helseutfordringer for samfunnet og den enkelte. Vi må derfor fortsette å jobbe målrettet for å få ned forbruket, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

- Med økt resistens kan vi risikere økt dødelighet hos for eksempel kreftpasienter, nyfødte, intensivpasienter, og de som har gjennomgått transplantasjon eller større kirurgiske inngrep. Redusert bruk av utvalgte antibiotika reduserer risikoen for utbrudd og spredning av antibiotikaresistente bakterier, sier Guldvog.

Du kan følge oss på Facebook
Navnet er Tannlegetidende

OSSTEM[®] startpakke

inkluderer

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

kr 23.900,-

veil. 45.600,-

Konkurrentenes pris fra 80.000,-

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

 **maxfac**
DENTAL
Vi gjør implantat-Norge billigere!

www.osstem.no



Våg å velge en
ny virkelighet...

Null omgjøringer

Null misfarginger

Null postoperativ sensibilitet

Null feil

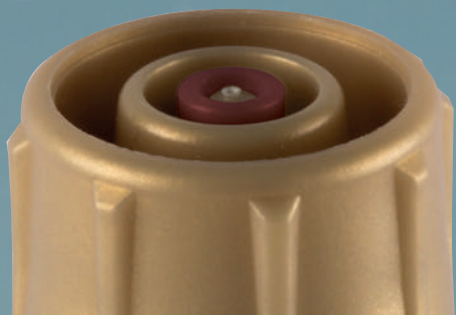
Null problem

Null sløsing

G-Premio
BOND
fra **GC**

Lysherdende
énkomponentbonding
til universalbruk

Vi inngår ingen
kompromisser.



GC

GC NORDIC AB

Tel: +46 734 195 873

info@nordic.gceurope.com

<http://www.gceurope.com/local/nordic>

www.facebook.com/gcnordic

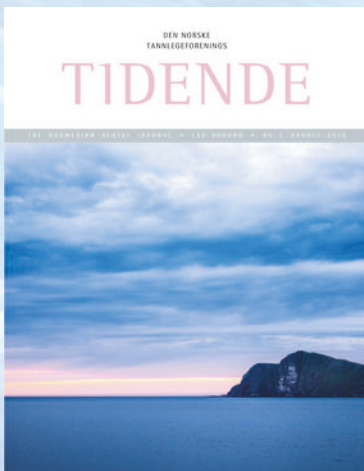


Foto og design: Mike Mills.

Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi

Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Aas

Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes

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

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

ABONNEMENT

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

ANNONSER

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

E-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

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

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

UTGIVER

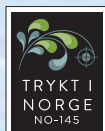
Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 7 100. 11 nummer per år

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

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



LEDER



FOTO: KRISTIN WITBERG

En ny høst

Etter en lang sommerferie er det alltid uvant å skulle jobbe igjen. For meg i hvert fall. Og så kommer jeg inn i det igjen. Noen ganger går det i sakte fart, før alt er i gjenge. Andre ganger raskere, og kanskje med mer lyst.

Høsten oppleves uansett, og som regel, som en slags ny vår. Noe med blanke ark, tror jeg. Og det handler ikke bare om at jeg har glemt alt jeg drev med før ferien. Det er høsten i seg selv, med den kalde klare luften, som gir meg en følelse av en ny start. Jeg liker høsten.

Denne høsten gleder jeg meg litt ekstra til å ta fatt, fordi vi skal i gang med noe som jeg har hatt lyst til å få gjennomført ganske lenge. Rett før ferien fremmet vi i Tidende-redaksjonen en sak overfor eier og utgiver, og fikk klarsignal fra NTFs hovedstyre til å gå i gang med å utvikle ny layout, det vil si grafisk formgivning eller rett og slett utseende, for Tidendes papirutgave.

Papirutgaven er fortsatt Tidendes flaggskip. Det er den leserne oppsøker når tidsskriftet skal leses grundig, og det er den plattformen annonsørene foretrekker. Så det er helt naturlig at utgiver vil satse på papirutgaven, også fremover.

Samtidig skjer det noe viktig innenfor medielovgivningen i Norge nå. Kulturministeren har sendt på høring et forslag til ny medieansvarslov, som følger opp Medieansvarsutvalgets utredning.

Slik lovverket er i dag omfatter det objektive redaktøransvaret bare publisering i trykt skrift og kringkastingssending. Det kan trygt kalles utdatert. Den nye medieansvarsloven vil derfor gjøre det objektive redaktøransvaret teknologinøytralt, og samtidig styrke de redaktørstyrte, journalistiske mediene. Dette er viktig, fordi de redaktørstyrte mediene og deres betydning trenger å fremheves og tyde-

liggjøres. Samtidig er det fint å få samlet og strukturert ansvarsbestemmelsene, og gjøre ansvarsforholdene synlige og tydelige.

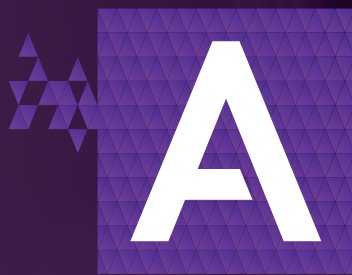
Vi snakker om ytringsfrihet og ansvar i en ny mediehverdag.

Når alle kan være publisister, vil tilgang til informasjon eller meningsytringer som utgangspunkt ikke være en mangelvare, skriver Kulturdepartementet. Knapphetsgodet vil snarere være innhold med den troverdigheten, tilliten og kvaliteten som er nødvendig for at det skal gi grunnlag for fri meningsdannelse og en åpen og opplyst demokratisk samtale. Dette gjør det særlig viktig å støtte opp under redaktørfunksjonen og de redigerte massemedienes rolle i offentligheten. Departementet mener en ny lov om medieansvar vil bidra til dette. I innledningen til Kulturdepartementets høringsnotat heter det videre at departementets utredning tar utgangspunkt i at det går et prinsipielt skille mellom redaktørstyrte journalistiske massemedier og andre medier eller tjenester.

Dette slutter jeg meg umiddelbart til. Og overordnet ser Kulturdepartementets forslag ut som et godt forslag til en samlende lov, som medieorganisasjonene har etterspurt lenge. Jeg ser frem til å se hva høringsrunden bringer. Den skal i utgangspunktet avsluttes 10. september. Tidende gir ikke eget hørings svar, men er i kontakt med Fagpressen, som selvsagt vil avgi svar, på vegne av sine medlemmer.

Det kan være fine ting i vente for oss som lager tidsskrift, ser det ut som. Jeg ønsker alle Tidendes lesere en god høst også.

Ellen Beate Dyvi



FRA FIL TIL SMIL

Sammen løser vi dine utfordringer

VI TAR IMOT DINE
DIGITALE FILER

PRØV OSS I DAG!



Har du spørsmål? Ta kontakt med:

Michael Matzinger

Autorisert tanntekniker - Faglig leder

Telefon: +47 95 02 50 52

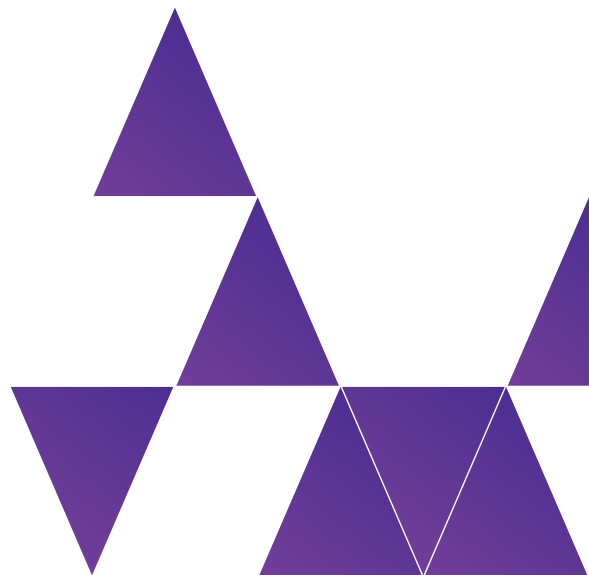
E-post: michael@artinorway.no

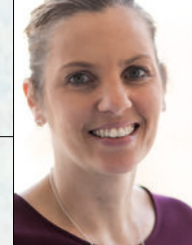


**ARTINORWAY
GRUPPEN**

Formidling og norsk produksjon av tannteknikk

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





Nå skal vi revidere vedtektene – og ruste organisasjonen for fremtidens utfordringer

Arbeidet med revisjon av NTFs vedtekter er i gang. Gjennom en årrekke har ulike enkeltbestemmelser i vedtektene blitt endret, fjernet eller tilføyd, og det har lenge vært behov for å foreta en mer overordnet gjennomgang av vedtektene. Representantskapet 2017 støttet derfor hovedstyrets anbefaling om at det skal gjennomføres en helhetlig vedtektrevisjon i inneværende periode. Målet er å kunne fremlegge et forslag til reviderte, mer moderne og bedre tilpassede vedtekter for representantskapet 2019.

Jeg har tidligere skrevet om arbeid med vedtekter og målet for dette. Slikt arbeid kan virke uspenning og lite vesentlig for de fleste, men faktum er at det er svært viktig å ha relevante og oppdaterte vedtekter som gjør at foreningen kan utøve sin virksomhet på en god måte. Vedtektene henger også tett sammen med NTFs struktur og organisering, og sier noe om hvordan vi best skal innrette oss for nettopp å være en demokratisk og dynamisk organisasjon. Tidligere ordfører i NTFs representantskap, Harald Jøstensen, skrev et innlegg i Tidende for en tid tilbake at vedtektene burde være overordnede og prinsipielle – slik at de sentrale møteplassene, som representantskapet, i fremtiden kan brukes til viktige politiske og strategiske diskusjoner. Jeg deler Jøstensen syn – og det er et mål for det pågående arbeidet å komme dit.

Selve vedtektsarbeidet er godt forankret i arbeidsprogrammet som representantskapet vedtok i 2017. Der står det blant annet at vi skal arbeide for høy organisasjonsopplutning og at vi ønsker å være en fleksibel, rasjonell og demokratisk organisasjon som er i stand til å møte stadig nye utfordringer og endringer i samfunnet og tann-

helsetjenesten. Følgende konkrete punkter underbygger dette:

- * Ha en struktur og styringsdokumenter som sikrer et effektivt beslutningsapparat og ivaretar alle interessegrupper innenfor en samlet organisasjon.

- * Legge til rette for demokratiske beslutningsprosesser som sikrer involvering og eierskap for både lokale og sentrale organisasjonsledd.

Hovedstyret har derfor nedsatt en prosjektgruppe som har ansvar for arbeidet.

I arbeidet med vedtektrevisjonen er det naturlig at prosjektgruppen foretar en gjennomgang, ikke bare av selve vedtektene, men også av alle øvrige dokumenter som regulerer NTFs virksomhet, slik som retningslinjer, instruksjer og reglementer. Det må blant annet vurderes om innholdet i noen av disse dokumentene bør endres eller om enkelte bestemmelser bør innarbeides i vedtektene, eventuelt motsatt, det vil si at innhold i vedtektene overføres til underliggende regelverk. I tillegg bør man se av hvem det er hensiktsmessig at de ulike dokumentene skal vedtas.

For å få best mulig beslutningsgrunnlag og forankring for arbeidet i hele organisasjonen har prosjektgruppen invitert alle NTFs organer som omtales i vedtektene, til å komme med innspill. De enkelte organene forventes å ha synspunkter på hva som eventuelt bør endres i den del av regelverket som omhandler dem. Alle innspill vil bli nøye gjennomgått av prosjektgruppen før et forslag til reviderte vedtekter forelegges hovedstyret til vurdering til høsten. Når hovedstyret har ferdigbehandlet forslaget, skal det sendes på høring til de organene som har stemmerett på representantskapet, det vil si

NTFs lokal- og spesialistforeninger og til NTF Student. Vi håper å få sendt forslaget på høring før jul.

Innspillsrundene og selve høringen er viktige prosesser. Selv om det kan virke tungt og lite inspirerende å jobbe med vedtekter, er det altså dette arbeidet som vil legge grunnlaget for at NTF fortsatt skal være en demokratisk og velfungerende forening – som evner å tilpasse seg både samfunnets og medlemmenes behov – i fremtiden. Jeg håper derfor at alle tar dette arbeidet på alvor og bidrar slik at denne store gjennomgangen til slutt vil føre til at vi har et sett med vedtekter og andre styringsdokumenter som vil være relevante og gode for hele foreningens arbeid i lang tid fremover.

Etter høringsrunden skal prosjektgruppen gå nøye gjennom også disse innspillene. Hovedstyret skal så få fremlagt innholdet i høringsuttalelsene og utkast til oppdaterte vedtekter og andre dokumenter i løpet av våren 2019. Så, i god tid før representantskapet i 2019, skal hovedstyret behandle et endelig forslag til reviderte vedtekter og andre dokumenter, som deretter skal fremlegges for representantskapet til behandling – og forhåpentligvis beslutning – i månedsskiftet november/desember neste år.

Høsten 2019 er langt unna nå, men vi har et stort og viktig arbeid foran oss – og vi er i rute!

Vi gleder oss til å motta alle innspillene, og vi lover å gjøre et grundig arbeid. Og da holder det kanskje med vedtektrevisjoner – i alle fall for en stund!?

Camilla Hanser Steinum

Ingvild J. Brusevold, Thea Martine Granvoll Bie, Christine Sophie Baumgartner, Runa Das og Ivar Espelid[†]

Molar–incisiv misdannelse – beskrivelse og diagnostisk protokoll

En tilstand som kalles Molar–incisiv misdannelse er nylig beskrevet i odontologisk litteratur. Engelsk betegnelse er Molar Incisor Malformation (MIM), og tilstanden innebærer misdannelse av røtter og cervikalområde på molarer og incisiver. I denne artikkelen vises seks tilfeller som er blitt henvist til våre avdelinger. Det presenteres også to skjema til hjelp i registrering og diagnostikk.

Seks henviste pasienter med rotmisdannelse ble rekruttert til denne studien etter henvisning og ble undersøkt klinisk og radiologisk. To ekstraherte tenner ble undersøkt nærmere med mikro-CT eller histologi.

Tilstanden rammet seksårs molarer og permanente incisiver. De afiserte molarene hadde hypoplastiske misdannede røtter, smale pulparom og en tett forkalket skive i cervikalområdet som delvis hindret forbindelsen mellom pulpacavum og rotkanalene. To av pasientene hadde cervikale innsnevring på incisivene. Pasientene var friske barn mellom 8 og 12 år, men alle hadde vært gjennom alvorlig sykdom i første leveår, hos fem av de seks var sykdommen lokalisert til hodet. Noen var henvist på grunn av akutt smerte eller infeksjon.

Pasienter med MIM må følges tett slik at ekstraksjoner kan planlegges i rett tid for å unngå infeksjoner og ortodontiske problemer.

Dannelsen av første permanente molar og incisiv starter rundt fødselen, og sykdom i de 2–3 første leveår kan forstyrre tannbildningen. Molar–incisiv hypomineralisering (MIH) er en velkjent tilstand med usikker etiologi som rammer mineraliseringen av disse tennene. Prevalensen varierer i forskjellige studier fra 2,4 % til 40 % av befolkningen (2). Nylig ble det beskrevet en ny tilstand som rammer røttene av de samme tanngruppene. Tilstandene oppstår ikke nødvendigvis samtidig hos de samme pasientene. Kun få studier finnes, og i disse studiene karakteriseres tilstanden av forstyrret rotutvikling i alle permanente førstemolarer (3, 4). Røttene er smale, korte eller mangler helt. Hos noen pasienter ses i tillegg innsnevring i den cervikale delen av kronene på overkjeveincisivene, og det er også rapportert skader på hjørnetenner og andre primære molar.

Tannutvikling er en genetisk styrt prosess som starter med fortykkelse av epitel som danner tannlisten. Epitelcellene prolifererer til plakoder som mottar signaler fra mesenkymet. Plakodene differensieres videre gjennom knopp-, kappe- og klokkestadiet hvor cellene differensierer til odontoblaste og ameloblaste. Deretter skilles det ut matrix, og kronemineraliseringen starter (5). I overgangen mellom ytre og indre emaljepitel dannes Hertwigs epiteliale rotskjede (HERS). Etter at kronen er ferdig mineralisert starter rotdannelsen ved at HERS-cellene setter i gang differensiering av odontoblaste fra mesenkymet (6). Dette er en finregulert prosess, og forstyr-

Forfattere

Ingvild J. Brusevold, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Thea Martine Granvoll Bie, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Christine Sophie Baumgartner, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør

Runa Das, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge

Ivar Espelid[†], Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo. Forfatteren døde i desember 2017.

Dette er en forkortet versjon av en artikkel i Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2017; 124(1): 52–61 av samme forfattere (1).

Hovedbudskap

- En ny tilstand kalt Molar–incisiv Misdannelse (MIM) er registrert i Norge
- Rammer første permanente molar og overkjeveincisiver
- Pasientene hadde hatt alvorlig sykdom i hodet i første leveår
- Tidlig diagnostikk kan hindre infeksjon og smerter som mange av pasientene var plaget med

relser i denne prosessen kan skade rotutviklingen og gi rotmisdannelser.

I denne artikkelen beskrives seks pasientkasus med rotmisdannelser som er blitt henvist til Avdeling for pedodonti og atferdsfag på Universitetet i Oslo (Barneavdelingen) og til Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TKMN). Tilstanden var til da ukjent for oss, og differensialdiagnosene som ble vurdert var progressiv resorpsjonsprosess og utviklingsdefekt. Etter å ha observert pasientene over tid og utført histologiske og mikrocomputertomografiske (CT) undersøkelser, er det nå klart at alle disse er eksempler på rotutviklingsforstyrrelse. Det er ingen tegn som tyder på en resorpsjonsprosess i noen av tilfellene. Det gis her en skjematisk guide for lettere å identifisere tilstanden hos barn som har gjennomgått en alvorlig medisinsk tilstand i første leveår, samt en sjekklister til bruk for å beskrive og rapportere tilstanden når den oppdages.

Metoder

Pasienter

Alle pasientene var henvist til Barneavdelingen eller TKMN fra Den offentlige tannhelsetjenesten eller private allmenntannleger. Pasientenes tenner og munnhule ble undersøkt klinisk og radiologisk. Kliniske foto ble tatt ved første besøk. Skriftlig informert samtykke til å bruke anonymiserte kliniske foto, røntgenbilder og øvrige journalopplysninger i en vitenskapelig publikasjon ble gitt fra pasientenes foreldre. Tann 36 og 46 fra pasient 1 ble undersøkt med hhv. mikro-CT og histologi.

Resultater

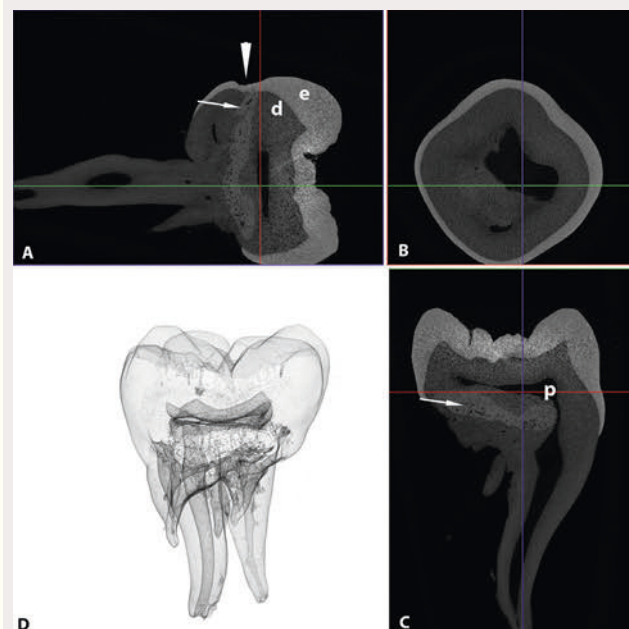
Seks henviste barn med rotmisdannelser ble undersøkt. Pasient 1 og 2 vises nærmere i figur 1–4. For røntgen og kliniske foto av de øvrige pasientene henvises det til originalartikkelen (1).

Pasient 1

En åtte år gammel jente henvist på grunn av tilbakevendende smerter som ble gradvis forverret i flere uker fra første permanente molar i underkjeven bilateralt. Klinisk og radiologisk un-



Figur 1. Panoramarøntgen av pasient 1 tatt ved første besøk. Alle fire første permanente molarer viser misdannede røtter. Tann 36 har et radiolusent område mesialt/cervikalt og tann 46 har et radiolusent område langs hele den mesiale rota og periapikalt på den distale rota. Begge tennene har smale pulpacammer. Første primære molar på begge sider i underkjeven er taurodonter, merket med en T.

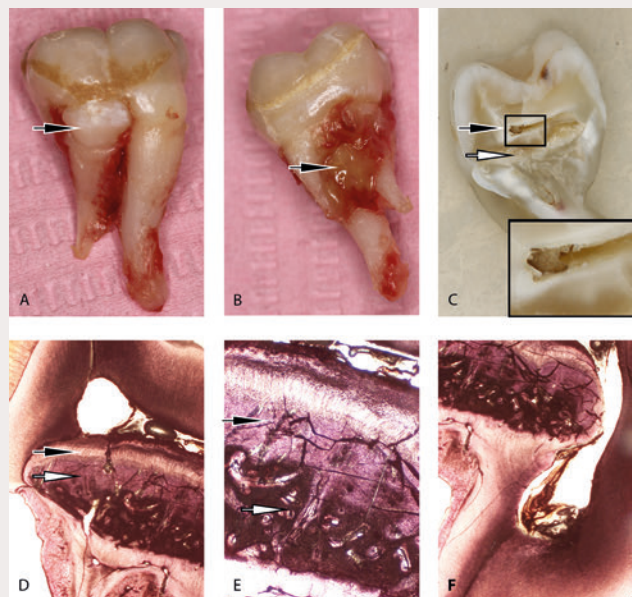


Figur 2. Mikro-CT-bilde av tann 36 fra pasient 1. Figuren viser to vertikale (A, C) og ett horisontalt (B) snitt i tillegg til en tredimensjonal rekonstruksjon (D). De fargede linjene viser snittretningen. A: Vertikalt snitt. Det ses en cervikal sammensnøring (pilspiss). Cervikalt for pulpacavumet ses et lag normal dentin (hvit d) og et tettere kalsifisert område (pil). Koronal emalje og dentin har normalt utseende. e=emalje B: Horisontalt snitt gjennom tanna ved gulvet i pulpacavum på nivå med den røde linja i A og C. C: Pulpacavum (p) er delvis tettet og det er kun åpning til en av rotkanalene. Det tettere kalsifiserte området ses cervikalt for pulpacavumet (pil). D: Tredimensjonal rekonstruksjon av hele tanna. Flere misdannede røtter og rotkanaler uten forbindelse til pulpacavum kan ses.

dersøkelse avdekket smale og underutviklede røtter, smale, delvis oblittererte pulpacavum og bendestruksjon ned til furkasjonsområdet på begge tennene (figur 1). Tann 46 hadde i tillegg et radiolusent område langs hele mesialflaten på mesiale rot og rundt apex. Ved undersøkelsen kunne det ikke sonderes lommer over 3 mm, men dypere lommer var blitt registrert av henvisende tannlege tidligere. Jenta var frisk, men hadde hatt blodpropp i hjernen ved fødsel. Dette ble behandlet med antitrombotisk medikament og antibiotika på sykehus i fire uker. Deretter hadde hun hatt tilfeller av epileptiske anfall fram til syv års alder. Disse var behandlet med midazolam. Tann 36 var mest smertefull og ble ekstrahert på undersøkelsesdagen. Tann 46 ble ekstrahert hos henvisende tannlege påfølgende uke. Pasienten ble symptomfri etter dette. De ekstraherte tennene ble undersøkt nærmere i laboratoriet (figur 2 og 3).

Pasient 2

En 11 år gammel jente henvist på grunn av hevelse og puss fra tann 46. Radiologisk undersøkelse viste manglende røtter på både tann 46 og 36. En radiolusent område på 12x13 mm fylte hele området hvor rota på tann 46 skulle vært (figur 4). Røttene på tann 16 og 26 var misdannede og korte, mens pulpacavum var oblitterert. Overkjevesentralene hadde innsnevninger i kronens cervika-



Figur 3. Fotografier av en hel og snittet første permanente molar fra pasient 1. A: Tann 36 sett fra buccalsiden rett etter ekstraksjon. Det ses en lang distal rot og korte, bøyde og irregulære mesiale røtter. På den cervikale 1/4 av buccalflaten ses en emaljeprominens (pil). B: Tann 36 sett fra mesialsiden. En hyperplastisk bløtvevsknute ses mellom de korte mesiale røttene (pil). C: Buccolingualt snitt av resininnstøpt tann 46. Et smalt pulpacavum (svart pil) og et irregulært dentinlag (hvit pil) kan ses. Det innfelte bildet er en forstørrelse av området i den svarte rammen og viser små forkalkede tapper som stikker inn i cavum. D: Hematoxylin-Eosin (HE)-farget snitt som viser et smalt pulpacavum, et lag normal dentin (svart pil) og et lag irregulært dentin (hvit pil). E: Større forstørrelse av det irregulære dentinlaget, viser at det består av to lag, ett helt vilkårlig (svart pil) og ett med globulært utseende (hvit pil). F: Snitt fra motsatt side av samme pulpacavum som vist i D. Dette bildet viser også smalt pulpacavum, samt normalt og irregulært dentin. HE-fargede snitt ble undersøkt i mikroskop med 10X (D, F) og 40X (E) forstørrelseslinser.

le del, mens røttene var normale. Det kunne ses en hvit velavgrenset opasitet på tann 16 (figur 4). Ved den rutinemessige ultralydundersøkelsen under svangerskapet hadde det blitt avdekket en abdominal tumor. Denne ble fjernet kirurgisk ved tre måneders alder.

Pasient 3

En ni år gammel gutt henvist for undersøkelse på grunn av ufullstendig rotutvikling av andre primære og første permanente molarer. Undersøkelsen avdekket tynne kileformede røtter på alle første permanente molarer samt <1 mm lange røtter på andre primære molarer. Tann 65 var allerede tapt, og tann 26 hadde vandret mesialt. I tillegg hadde han opasiteter på sentraler i overkjeven og første permanente molarer, forenlig med MIH. Molarene var hypersensitive for kulde. Gutten hadde hatt multiple hjerneabscesser 10 dager etter fødselen. Han fikk kirurgisk behandling og antibiotika for dette. På grunn av episoder med høy feber, hadde han flere sykehusopphold opp til 18 måneders alder. Gutten sin mor brukte en selektiv serotoninreopptakshemmer under graviditeten.

Pasient 4

En ni år gammel jente henvist på grunn av atypiske røtter på molarer og overkjeveincisiver. Hun var frisk og hadde ingen symptomer fra tennene. Radiologisk undersøkelse viste smale, korte røtter med delvis oblittererte pulpacavum og hyperkalsifiserte og misdannede cervikalområder på alle første permanente molarer. Sentralene i overkjeven hadde innsnevninger i cervikalområdet, mens røttene var normale. Jenta var født til termin etter akutt keisersnitt på grunn av morkakesvikt. Hun hadde et kavernøst hemangiom i venstre kinn, og var på sykehus i 11 dager etter fødselen.

Pasient 5

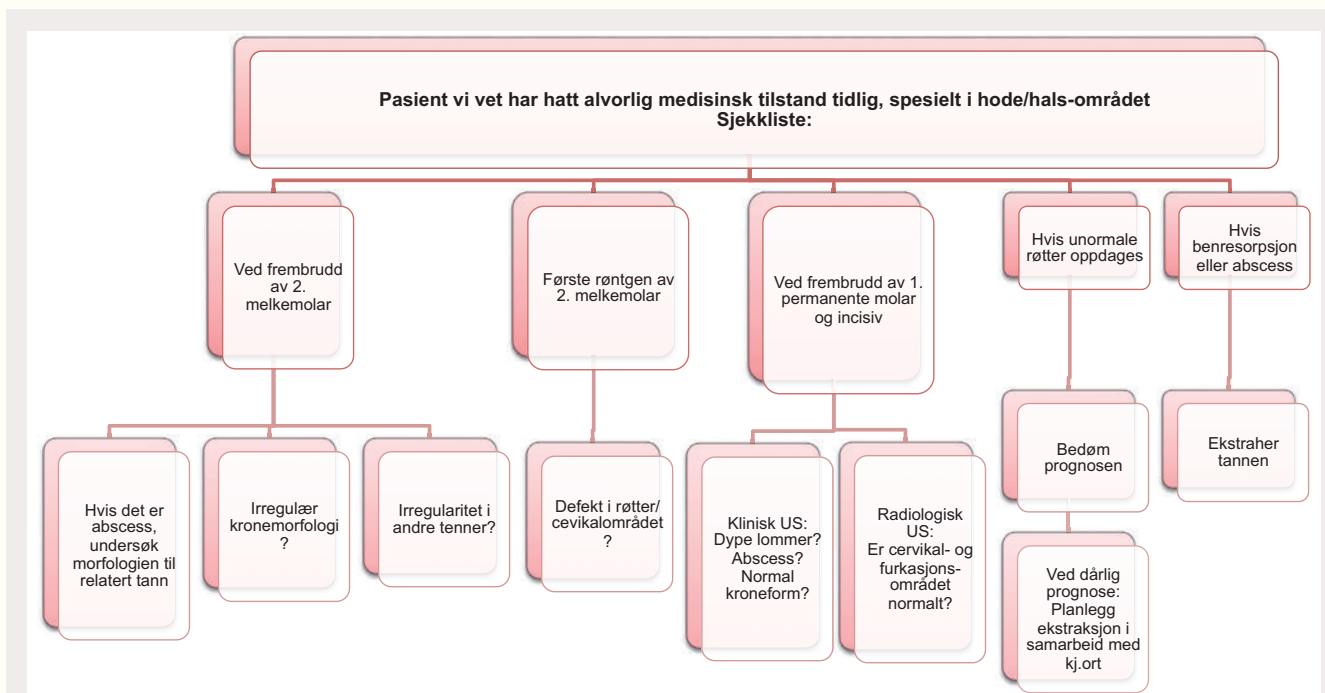
En 12 år gammel gutt henvist etter gjentatte episoder med feber, smerter og hevelser fra tann 46. Radiologisk undersøkelse viste cervikal innsnevring og oblitterert pulpacavum, men lange rette røtter på både tann 46 og 36. Begge tennene hadde apikale oppklaringer på mesiale rot. Klinisk undersøkelse viste abscess med fistel mesialt for røttene til 46. Tann 16 og 26 viste de samme cervikale misdannelsene, men røttene var smalere og kortere. Incisivene var normale. Gutten hadde en komplisert fødsel og ble forløst med vakuumpompe. En kort navlestreng ga asfyxi. Etter fødselen fikk han intrakraniell blødning og cerebral parese. Han bruker metylfenidat.

Pasient 6

En 11 år gammel jente henvist på grunn av smerte og hevelse i tann 36. Radiologisk undersøkelse viste oblittererte pulpacavum, manglende distale røtter og tynne mesiale røtter på tann 36 og 46. Tann 16 og 26 hadde delvis oblitterert pulpacavum og noe smale røtter. Incisivene var normale. Fem dager etter fødselen hadde hun hatt epileptisk anfall og venstresidig hjerneslag.



Figur 4. Panoramarøntgen og kliniske foto av pasient 2. Røntgen viser smale, kileformede røtter på første permanente molarer i overkjeven og manglende røtter på første permanente molarer i underkjeven. Cervikale innsnevninger kan ses på kronene på overkjevsesentralene. Kliniske bilder viser normalt utseende tenner i underkjeven (venstre bilde). Det ses en velavgrenset emaljeopasitet på venstre overkjevemolar (pil, midtre bilde) og cervikale innsnevninger på incisivene (høyre bilde).



Figur 5. Sjekkliste for diagnostisk bruk. Skjemaet viser momenter til hjelp for å oppdage MIM ved undersøkelse av barn med alvorlig medisinsk tilstand tidlig i livet.

Diskusjon

Prevalensen av denne nyopptagede tilstanden er ukjent, da det bare er publisert noen få kasusrapporter og ingen epidemiologiske studier (3, 4, 7–10). Det er trolig ikke noen ny tilstand, og det faktum at vi nå er klar over dette, vil hjelpe oss å oppdage slike skader og gi pasientene riktig behandling. Mange av disse tennene har sannsynligvis blitt ekstrahert ved symptomer eller påvist infeksjon. Pasienter kan også ha blitt feildiagnostisert til å ha en resorpsjonsprosess. På den annen side kan noen av de systemiske tilstandene som disse barna har hatt i første leveår ha vært så behandlingsintensive at pasientene kanskje ikke hadde overlevd bare noen få tiår tilbake. Hvis dette er tilfelle, kan det spekuleres

på om prevalensen av tilstanden kan øke med forbedret nyfødt-medisin.

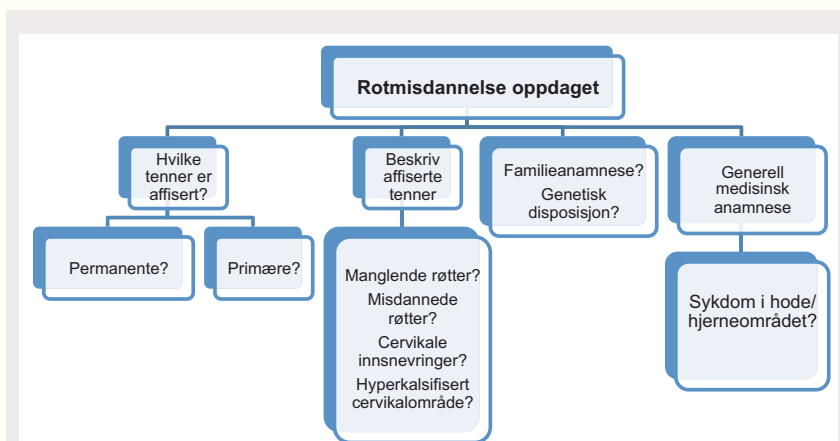
Det ser ut til å være en sammenheng mellom sykdomspåvirkningene disse barna har vært utsatt for tidlig i livet og deres rotmisdannelser og incisivinnsværinger. Dette har også blitt foreslått av andre, men etiologien er fortsatt uklar (9, 11).

Mineralisering av første permanente molarer starter rundt fødselen. Kronen er fullt mineralisert ved tre års alder, deretter dannes furkasjonen, før selve rotutviklingen starter (5). Tidspunktet for sykdom hos disse barna (første leveår) sammenfaller ikke med tidspunkt for rotdannelse (rundt tre års alder), og dette er en gåte. En forklaring kan være at HERS allerede er dannet lenge før rotutviklingen starter, og at HERS-cellen bare avventer signaler fra mesenkymale celler før de differensierer. Tidlige forstyrrelser i kommunikasjonen mellom epitel og mesenkym kan muligens påvirke disse cellenes evne til å differensiere til funksjonelle odontoblaste på et senere tidspunkt.

I tillegg til rotmisdannelser, kunne det ses MIH hos to av barna (pasient 2 og 3) og taurodontiske tenner hos ett barn (pasient 1). Gitt at sykdom i første leveår er en årsaksfaktor for MIH, er det ikke overraskende at noen av disse barna hadde MIH i tillegg til rotmisdannelser (12).

I tillegg til rotmisdannelser, kunne det ses MIH hos to av barna (pasient 2 og 3) og taurodontiske tenner hos ett barn (pasient 1). Gitt at sykdom i første leveår er en årsaksfaktor for MIH, er det ikke overraskende at noen av disse barna hadde MIH i tillegg til rotmisdannelser (12).

For å oppdage rotmisdannelser (MIM) på et tidlig stadium, foreslås her en sjekkliste som kan brukes når man undersøker barn som har gjennomgått alvorlige medisinske tilstander tidlig i livet (figur 5). Videre foreslås et skjema



Figur 6. Foreslått arbeidsgang for registreringer etter at det er oppdaget en eller flere tenner med misdannet eller manglende rot.

til kartlegging når tenner med rotmisdannelse eller cervikale innnevninger oppdages (figur 6). På denne måten håper vi å øke kunnskap og bevissthet om dette blant tannleger, slik at misdannelsene kan oppdages tidlig. Vi håper også at dette kan gi oss bedre kunnskap om etiologi og prevalens om tilstanden. Barn med MIM bør følges tett av tannhelseteamet. Ved alvorlige rotmisdannelser med dårlig langtidsprognose, kan man planlegge nødvendige ekstraksjoner og dermed minimere risikoen for smertefulle dentale infeksjoner eller kjeveortodontiske problemer på grunn av dette. Det anbefales samarbeid med kjeveortoped i behandlingsplanleggingen. Råd for planlegging av tidlig ekstraksjon finnes i kliniske retningslinjer fra Storbritannia (13).

Takk

Vi takker Jonas Wengenroth og Shab haz Yousefi på Klinisk forskningslaboratorium ved Institutt for klinisk odontologi, UiO, for teknisk hjelp med mikro-CT og laboratoriearbeid.

English summary

Brusevold IJ, Bie TMG, Baumgartner CS, Das R, Espelid I.

Molar incisor malformation in six cases: description and diagnostic protocol

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 508–12

The term molar incisor malformation (MIM) has recently been presented in scientific literature, where it is described as a condition with localized impaired root development. We here present six recently discovered cases referred to our departments.

The patients were enrolled in the study after referral and examined clinically and radiologically. Two extracted teeth were further examined with micro-CT or microscopy.

Affected teeth were first permanent molars with hypoplastic roots, narrow pulp chambers and a hypercalcified dentine layer cervical to the pulp chamber. Two of the cases also had cervical constrictions on the upper incisors. The patients were aged 8–12 years, presently healthy, but had experienced serious medical conditions located to the head and neck region in their first year of life. Some of the cases had been referred because of acute infections and pain.

In five out of six patients, severe health problems early in life located in the head and neck region may be associated with root malformation in molars and incisors. Patients with MIM need to be followed closely and extractions should be planned at the right time to avoid unnecessary infections and pain in addition to orthodontic problems.

Referanser

1. Brusevold IJ, Bie TMG, Baumgartner CS, Das R, Espelid I. Molar incisor malformation in six cases: description and diagnostic protocol. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017; 124(1): 52–61.
2. Jalevik B. Prevalence and Diagnosis of Molar-Incisor Hypomineralisation (MIH): A systematic review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010; 11(2): 59–64.
3. Witt CV, Hirt T, Rutz G, Luder HU. Root malformation associated with a cervical mineralized diaphragm--a distinct form of tooth abnormality? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014; 117(4): e311–9.
4. Lee HS, Kim SH, Kim SO, Lee JH, Choi HJ, Jung HS, et al. A new type of dental anomaly: molar-incisor malformation (MIM). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014; 118(1): 101–9.e3.
5. Koch G, Thesleff I, Kreiborg S. Tooth Development and Disturbances in Number and Shape of Teeth. *Pediatric Dentistry- A clinical Approach.* Third edition ed: Wiley Blackwell; 2017. p. 28–39.
6. Huang XF, Chai Y. Molecular regulatory mechanism of tooth root development. *Int J Oral Sci.* 2012; 4(4): 177–81.
7. McCreedy C, Robbins H, Newell A, Mallya SM. Molar-incisor Malformation: Two Cases of a Newly Described Dental Anomaly. *J Dent Child (Chic).* 2016; 83(1): 33–7.
8. Yue W, Kim E. Nonsurgical Endodontic Management of a Molar-Incisor Malformation-affected Mandibular First Molar: A Case Report. *J Endod.* 2016; 42(4): 664–8.
9. Wright JT, Curran A, Kim KJ, Yang YM, Nam SH, Shin TJ, et al. Molar root-incisor malformation: considerations of diverse developmental and etiologic factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016; 121(2): 164–72.
10. Lee HS, Kim SH, Kim SO, Choi BJ, Cho SW, Park W, et al. Microscopic analysis of molar-incisor malformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015; 119(5): 544–52.
11. Luder HU. Malformations of the tooth root in humans. *Front Physiol.* 2015; 6: 307.
12. Silva MJ, Scurreh KJ, Craig JM, Manton DJ, Kilpatrick N. Etiology of molar incisor hypomineralization – A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016(44): 342–53.
13. Cobourne MT, Williams A, Harrison M. National clinical guidelines for the extraction of first permanent molars in children. *Br Dent J.* 2014; 217(11): 643–8.

Korresponderende forfatter: Ingvild J. Brusevold, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, IKO, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: i.j.brusevold@odont.uio.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Brusevold IJ, Bie TMG, Baumgartner CS, Das R, Espelid I. Molar-incisiv misdannelse – beskrivelse og diagnostisk protokoll. Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 508–12.

SUNSTAR
G·U·M[®]
PAROEX[®]

Selgs på Boots Apotek!



**9 av 10 synes at
Paroex smaker bedre! ***

• **Klorhexidin-skyll med GOD SMAK**

- Pasienten **fullfører behandlingen**

• **Optimal konsentrasjon**

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

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

* I en undersøkelse utført på 125 spesialklinikker.



HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

SunstarGUM.no

Nils Jacobsen

Er tannleger beskyttet mot demens?

Demens er en fellesbetegnelse for somatiske hjernesykdommer som gir seg utslag i redusert mental kapasitet og egen omsorgsevne. Hyppigst er Alzheimers sykdom, dernest vaskulær demens og demens med såkalte Lewy legemer samt blandingstyper. Antall personer med demens øker både fordi det blir flere eldre og fordi risikoen for demens øker med økende alder. I tillegg til visse arvelige komponenter kan velkjente risikofaktorer for hjerte/kar-sykdom også ha betydning. På den andre siden kan utdanning og krevende arbeidsoppgaver virke beskyttende. Data fra epidemiologiske studier og intervensjonsstudier tyder på at både fysisk aktivitet og mentale utfordringer er av betydning for å bevare den kognitive evnen. For norske tannleger kan perioden etter yrkesaktiv alder være opp til 30 år med stigende risiko for demens. Det foreligger ingen data om forekomsten av demens i denne yrkesgruppen, men det er rimelig å anta at tannleger kan dra nytte av sin utdanning og sine krevende arbeidsoppgaver for å beholde mental kapasitet, særlig dersom fysisk aktivitet og mentale utfordringer fortsettes ut over i pensjonsalderen.

Andelen eldre er sterkt økende. Bare de siste 15 årene har levealderen i Norge steget fra 76 til 80 år for menn og fra 81 til 84 år for kvinner. Det totale antall demensrammede personer er anslått til 70–80 000 og stiger med levealderen. Ifølge Folkehelse rapporten 2014 varierer utbredelsen av demens fra 1,6% tidlig i sekstiårene til over 40% i gruppen over 89 år med et gjennomsnitt på 6,9% for alle over 60. Noen flere kvinner enn menn over 60 år får demens (1). Det følgende er et forsøk på å trekke frem noen hovedpunkter om utvikling og forebygging av demens og antyde hvordan slike problemstillinger kan ha profesjonell og personlig relevans for tannleger.

Forfatter

Nils Jacobsen, professor emeritus. Nordisk Institutt for odontologiske materialer (NIOM as)

Hva er demens?

Demens er fellesbetegnelsen på flere somatiske hjernesykdommer som fører til problemer med hukommelse, og etter hvert evne til planlegging og abstrakt tenkning. Demens viser seg i nedsatt kommunikasjonsevne og vanskeligheter med å opprettholde sine ferdigheter. Tilstanden fører til redusert innsikt og dømmekraft. Følelsesliv og sosial atferd svikter, og evnen til å fungere i dagliglivet går tapt. En slik utvikling skyldes konkrete patologiske prosesser i hjernevev, men den kliniske diagnosen baseres på psykologiske tester og samtaler med pårørende. Det er et krav at tilstanden må ha vedvart mer enn seks måneder (2).

Typen av demens

Den hyppigste formen for demens (ca. 60%) er Alzheimers sykdom. Det finnes en sjelden type Alzheimers som opptrer i ung alder, men den vanligste typen opptrer først etter 60-årsalderen. Tidlig utsatte områder av hjernen er tinninglappen og hippokampus, som styrer blant annet hukommelse og innlæring. Senere affiseres parietallappen og det kortikale området av hjernen (figur 1). Histologi av hjernevev fra Alzheimerpasienter viser både intracellulære fiberfloker og ekstracellulære plakk av beta amyloid protein som har mistet sin form. Rundt slike plakk oppstår inflammasjon og nevroner går tapt. Reduksjon av viktige signalsubstanser som acetylkinolin er også med i bildet (3). Sammenhengen mellom amyloide avleiringer i hjernevev og kognitiv svekkelse kan

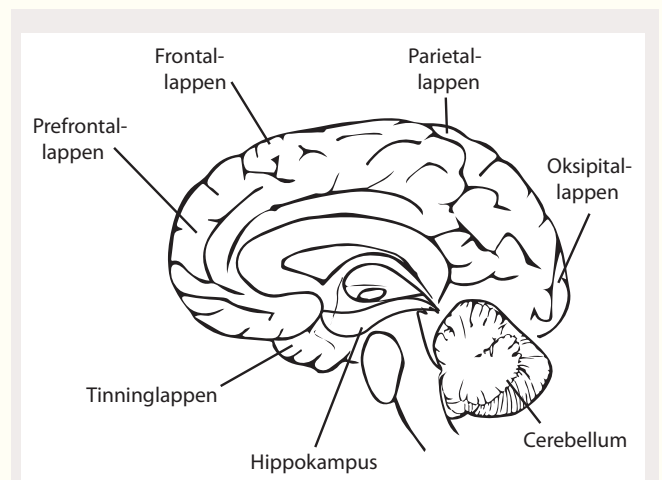
Hovedbudskap

- Demens skyldes nevrodegenerative hjernesykdommer som opptrer hyppigere ved økende alder
- Norske tannleger lever opp til 30 år etter pensjonsalderen med økende risiko for demens
- Tannlegenes utdanning og utfordrende arbeidsoppgaver utgjør en kognitiv reserve som sammen med fortsatt fysisk og mental trening etter yrkesaktiv alder til en viss grad kan forebygge eller utsette demens

påvises in vivo ved en kombinasjon av kognitive tester, ikke-invasive avbildningsteknikker av hjernevev og undersøkelse av cerebrospinalvæske (4). Det er et innslag av arvelighet ved Alzheimers koplet til svikt i epsilon 4 allélen av det genet på kromosom nr. 19 som styrer produksjon av apolipoprotein E (APOE). Siden dette proteinet hjelper med å fjerne amyloide aggregeringer i hjernevev, bidrar svikten til opphopning av ekstracellulært plakk. Nedarving av denne genvarianten representerer derfor øket risiko for Alzheimers, særlig om den nedarves fra begge foreldre (1,5). Men de primære årsakene til Alzheimers sykdom er fremdeles uklare.

Den nest hyppigste formen er vaskulær demens (ca. 20 %) som oppstår ved oksygenmangel, aterosklerose, blodpropper eller blodninger i hjernen. Det finnes en god del vitenskapelige indikasjoner for at denne formen for demens har sammenheng med hjertekarsykdom.

En tredje form for demens (ca. 15 %) er knyttet til opphopning av såkalte Lewy-legemer bl.a. i deler av hjernen som kontrollerer bevegelse og bearbeiding av synsinntrykk. Årsaken til denne formen for demens er uklar. Lewy-proteinene er forskjellig fra de man finner ved Alzheimers og den patologiske histologien annerledes, men symptomatikken kan være nokså lik. En viktig for-



Figur 1. Forenklet skisse av hjernevev antyder noen lokalisasjoner i hjernevev. Reproduksjon med tillatelse fra NTFs Tidende 2016; 126: 344-9.

skjell fra Alzheimers sykdom er at progresjonen mot alvorligere stadier og død går raskere.

I tillegg forekommer frontotemporal demens (5-10 %), som er relatert til destruksjon av hjernevev i frontallappen. Det fører ofte til personlighetsforandringer som kan opptre tidligere i forløpet enn ved de andre demenstypene. Også demens i forbindelse med Parkinsons sykdom (PD) forekommer hos ca. 25 % av dem som får PD. Denne formen for demens har mange likheter med demens ved Lewy-legemer. De forskjellige formene for demens utelukker ikke hverandre, slik at blandingsformer er vanlige (1). Det foreligger ikke data om demens fordelt på yrkesgrupper, men epidemiologisk forskning viser at utdanningsnivået er assosiert med færre demensrelaterte dødsfall (6).

Risikofaktorer for demens

Foruten nedarvete risikofaktorer for Alzheimers nevnes de samme faktorer som for hjerte- og karsykdommer, det vil si diabetes av type 2, hypertensjon, høyt kolesterol, høyt alkoholforbruk, røyking, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, overvekt (7, 8), og infeksjoner, herunder også orale infeksjoner som periodontitt (9). Det er ikke noe klart skille mellom risikofaktorer for vaskulær demens og Alzheimers. Det påpekes også at stress (10), depresjoner (11) og håpløshet (12) på tidligere stadier av livet kan ha betydning for utvikling av demens, men forskerne selv påpeker usikkerhetene i undersøkelser på dette området. Under alle omstendigheter er aldersfaktoren den sterkeste prediktoren.

Medikamentell behandling

Det synes å være enighet om at det ikke finnes noen effektiv behandling for noen av demenssykdommene, men det finnes enkelte symptomlindrende legemidler. Velkjent er såkalte kolinesterasehemmere, som hindrer nedbrytning av den viktige transmittorsubstansen acetylcholin (13). Andre legemidler er såkalte NMDA-reseptor antagonist. Dette er medikamenter som hemmer virkningen av transmittorsubstansen glutamat på N-metyl-D-aspartat-reseptorene, som kan føre til celledøds ved overstimulering.

Faktaboks

Noen psykologiske tester ved vurdering av Alzheimers, etter referanse 21

1. Klokketesten

Personen får et papir med en sirkel med verbal instruksjon om å tegne opp samtlige siffer i urskiven og deretter sette viserne riktig på et bestemt tidspunkt. Ofte brukt ved fornyelse av førerkort for eldre.

2. Verbal flyt-test

Nevne så mange ord som mulig av en bestemt kategori på 1 minutt. Testen kan være fonetisk (ord med én bestemt forbokstav) eller semantisk (ord for bestemte ting, f.eks dyr).

3. Mini Mental State Examination (MMSE)

Test med 30 oppgaver som omfatter orientering i tid og sted og evne til å gjenta navn og setninger, sette navn på ting, stave ord baklengs og utføre praktiske oppgaver. En poengsum på 28-30 bedømmes som normalt. Kognitiv svekkelse bedømmes etter størrelsen på poengsummen, der lavere poengsum indikerer sterkere grad av kognitiv svekkelse.

4. Clinical Dementia Rating (CDR)

En numerisk skala for å gradere symptomer ved demens. Baseres på strukturerte intervjuer av både pasient og komparent innen områder som hukommelse, problemløsning, samfunnsorientering, hjem/hobby og personlig omsorg. Skalaen graderes fra 0 til 3 som et uttrykk for graden av demens, og er egnet til å bedømme forandringer over tid. 0 og 0,5 = ingen demens, 1 = mild demens, 2 = moderat demens, 3 = alvorlig demens.

Disse medikamentene blir anvendt alene eller i kombinasjon hos pasienter med begynnende eller moderat alvorlig Alzheimers sykdom for å beholde funksjonen i synapsene og dermed kognitive evner lengst mulig (14). Medikamentell behandling av symptomer som sykelig uro eller demensrelatert depresjon og psykose blir hyppig anvendt. En stor ulempe ved alle disse medikamentene er risikoen for bivirkninger.

Fysisk trening og kognitiv funksjon

Det er gode holdepunkter for at fysisk aktivitet er viktig for å unngå tap av kognitiv funksjon for personer med en rekke kroniske sykdommer. En oversikt basert på studier publisert mellom 1990 og 2012 (15) og en Cochrane-oversikt oppdatert 2015 (16) summerer de positive trekkene av trening og kondisjon med hensyn til hjernestruktur og kognitiv funksjon. Hypotesen er at regelmessig fysisk trening reduserer vekten, senker kolesterol, beskytter mot høyt blodtrykk, hjertesykdom og slag, styrker immunsystemet generelt og reduserer stress. MR-studier viser også at god kardiovaskulær kondisjon forsinket det gradvise tap av hjernemasse, prefrontalt, parietalt og temporalt, noe som er et uttrykk for normal aldring. Hippokampusområdet, som styrer romlig orientering og kort- og langtidshukommelse, er særlig beskyttet mot reduksjon ved fysisk trening, men også hjernevev som er knyttet til eksekutive funksjoner og hukommelse, holder seg bedre hos eldre som trener. Eksekutive funksjoner omfatter prosesser som planlegging, arbeidshukommelse, oppmerksomhet, problemløsning, verbalt resonnement og arbeidskontroll.

Flere undersøkelser peker i retning av at fysisk aktivitet også har en gunstig effekt hos eldre personer med mild kognitiv svekkelse (17,18,19). Basert på tverrsnittstudier og randomiserte intervensjonsstudier hevder Gajewski og Falkenstein at kombinerte fysiske treningsprogrammer som inneholder aerobi, styrketrening og koordinasjonstrening, gir best resultat siden de forskjellige aspektene av slik trening stimulerer forskjellige hjerneområder (20).

Når demens foreligger er det imidlertid vanskeligere å påvise gunstige effekter av fysisk trening, eksempelvis hos Alzheimerpasienter. Resultatet på kognitive tester som klokke-testen, verbal flyt-test, Mini-Mental State Examination (MMSE) og Clinical Dementia Rating (se faktaboks) viste ingen forbedring etter treningsprogrammer hos slike pasienter på institusjon, muligens med unntak av en beskjeden og kortvarig bedring i eksekutive funksjoner ved regelmessige og guidede treningsprogrammer (21). Ifølge Aktivitetshåndboken støtter norske leger synspunktene om fysisk trening som profylaktisk tiltak mot demens, men understreker at godt tilrettelagt trening også kan ha en viss verdi for demente (22).

Mental trening og kognitiv funksjon

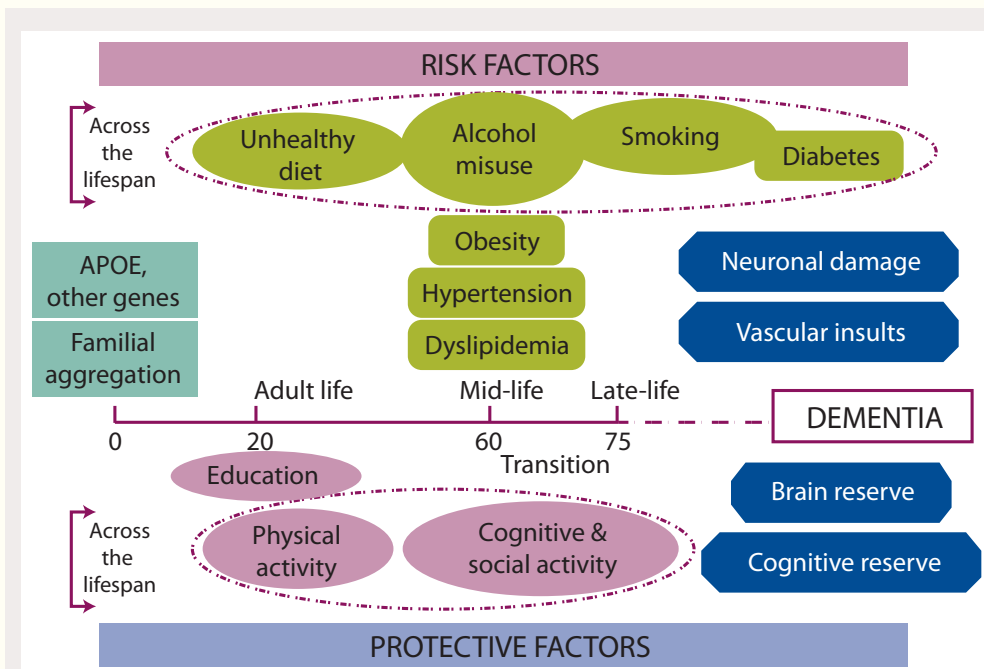
En stor metaanalyse som inneholdt over 22 studier med 29 000 enkeltpersoner viste at lang utdanning, høy yrkesstatus, høy intelligens og utfordrende mentale aktiviteter sent i livet innebærer en øket kognitiv reserve, som kan bidra til å redusere risikoen for degenerative hjerneskader og insidensen av demens (23). En ob-

servasjonsstudie på eldre tydet på at å løse kryssord utsatte begynnende hukommelsestap med to og et halvt år, men deretter skjedde den negative utviklingen raskere for dem som løste kryssord enn for dem som ikke gjorde det (24). Hva er så effekten av intervensjonsstudier i form av strukturerte treningsoppgaver med innebyggede problemer og mentale utfordringer? Det er påvist funksjonelle og strukturelle endringer som respons på slik trening. Et eksempel er et treningsprogram for friske eldre som tok sikte på å forbedre hukommelsen ved såkalt lokus-teknikk, dvs. å kunne gjenta begreper og ord som er koplet til bestemte steder. Dette programmet førte både til bedre hukommelse og tykkere korteks i visse områder, dokumentert ved MRI scanning (25). Det skal nevnes at studien bare hadde 42 deltakere. En ofte sitert studie i denne sammenheng gjelder taxisjåfører i London hvor man viste økt volum i bakre del av hippokampus, der romlig oppfatning av omgivelsene er lokalisert. Dette ble tolket som respons på de utfordringer sjåførene må takle (26). Park og Bischof mener det er belegg for at kognitive treningsprogrammer har verdi for å opprettholde kapasiteten og forsinke svikt i hjernefunksjonen på de områder som trenes, særlig dersom aktivitetene er lystbetont. Men overføringsverdien til andre og nye oppgaver er uklar. Disse forfatterne karakteriserer påstander om at eldre mennesker kan forbedre sin intellektuelle kapasitet eller forhindre Alzheimers sykdom ved hjernetrening som overdrevet. De understreker likevel at utdanning, kravfullt arbeid og en aktiv livsstil i høyere alder er verdifulle faktorer for beskyttelse mot kognitiv svekkelse og representerer et potensiale for å aktivere andre, intakte deler av hjernen (27).

Konklusjoner med hensyn til risiko og forebygging av demens

Bramidis og medarbeidere oppsummerer epidemiologiske studier med at treningsprogrammer som inneholder både fysiske og mentale elementer, ser ut til å være mest effektivt forebyggende, når dette blir målt med psykologiske tester og med hjernerøntgen (28). Andre oppsummeringer støtter dette syn når det gjelder aktiviteter av sosial, fysisk og mental art, mens livstilfaktorer som moderat alkoholforbruk, antioksidanter, middelhavkosthold og godt samliv så langt har gitt motstridende resultater (29).

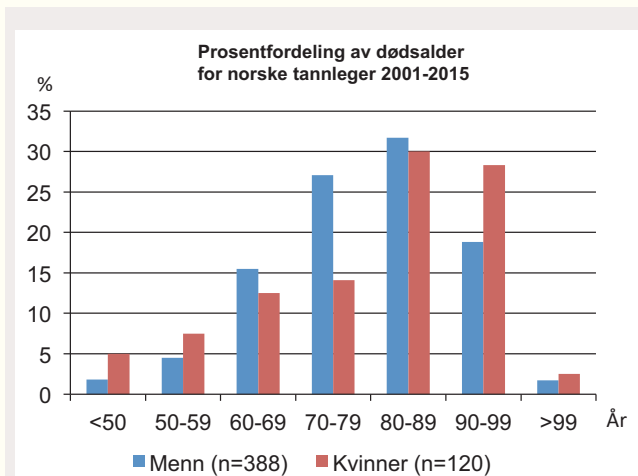
En vanskelighet ved vurderingen av slike studier er at forskningsmetodene er så forskjellige. For å sikre sammenliknbare resultater er det derfor etablert et internasjonalt metodesamarbeid gjennom WHO og G8 Dementia Summit. Finske forskerne i dette samarbeidet peker på at demens må betraktes som en multifaktoriell sykdom der patologiske forandringer starter lenge før demens opptrer, noe som krever preventiv innsats på mange felter (30). Disse forskerne gjennomførte omfattende, randomiserte kliniske forsøk for å teste faktorer som kan forhindre eller forsinke utviklingen av demens. Det ble gjennomført en omfattende to-årig intervensjon med ernæringsmessig rådgiving, fysisk og kognitiv trening, sosial aktivitet og kontroll med metabolske og vaskulære risikofaktorer i testgruppen, sammenliknet med vanlig helseservice for kontrollgruppen. Man fant at en slik samlet intervensjon kunne bedre kognitiv funksjon hos eldre med iden-



Figur 2. Risikofaktorer og beskyttende faktorer for demens. Reproduksjon av Figur 1 fra Sindi og medarbeidere (referanse 32), med tillatelse fra F1000Prime Reports.

tifisert risiko for demens, og dermed utsette debutalder for demenssykdom hos disse (31).

Sindi og medarbeidere (32) peker på følgende risikofaktorer for utviklingen av demens: Kosthold med høyt inntak av mettet fett, høyt forbruk av alkohol, røyking, diabetes og overvekt, høyt blodtrykk og kolesterol i livets midtfase, samt arvelige faktorer som APOE, epsilon 4 allélen. På den annen side vil lang utdanning, fysisk, mental og sosial aktivitet gjennom livet gi en kognitiv reserve som kan bidra til å forebygge demens i alderdommen (figur 2).



Figur 3. Prosentfordeling av dødsalder for norske tannleger 2001–2015. Tallene er omtrentlige fordi noen dødsfall kanskje ikke finnes i «Tidendes» personaliaspalte. Antall kvinner: 120. Antall menn: 388.

Relevans for tannleger

En gjennomgang av dødsfall i personaliaspalten i Tidende for tidsrommet 2001–2015 viser en gjennomsnittlig levealder på 78,5 år for menn og 79,7 år for kvinner. Sirka 12% av kvinnelige tannleger og 6% mannlige døde før fylte 60 år. På den annen side var 30% av kvinnene i live etter 90 år mot 20% av mennene (figur 3). Tallene er omtrentlige fordi personaliaspalten ikke kan ha nøyaktig oversikt over alle dødsfall, men gir likevel et bilde av levealderen for norske tannleger. Dette betyr at også tannlegene i likhet med mange andre grupper i befolkningen får oppleve en aldersperiode av økende lengde der kognitiv svekkelse kan sette inn,

kvinner i noe sterkere grad enn menn.

Demensproblematikken blir derfor relevant på to plan: For det første står tannleger i yrkesaktiv alder overfor økede krav til klinisk ferdighet og kunnskapsbasert rådgivning når det gjelder pasienter i risikozonen for demens. Teorien om at oral mikrobiologi kan spille en rolle både ved hjertekarsykdom og demens er i denne sammenhengen relevant, noe som er et viktig argument for å opprettholde oral helse uten kroniske infeksjonstilstander.

For det andre står tannleger etter yrkesaktiv alder overfor en personlig risiko for demens på grunn av økende levealder. Det foregår en overveldende forskningsaktivitet relatert til demenssykdommene som søker å klarlegge årsaksfaktorer og forebyggende tiltak. Nyten av å påvirke risikofaktorene innenfor hjerte/kar-profylakse er godt dokumentert. Forskerne synes å være enige om at vedvarende mentale og fysiske aktiviteter ut over yrkesaktiv alder er av stor profylaktisk verdi for å forebygge demens. På denne bakgrunn må man anta at tannleger trass økende levealder til en viss grad er beskyttet mot kognitiv svikt ved sin lange utdanning og sine utfordrende arbeidsoppgaver. I tillegg finnes det dokumentasjon på at eldre tannleger er fysisk aktive og deltar på mange mentalt stimulerende felter, jfr. Tidendes sommernummer.

De siterte forskningsrapporter og oversikter er valgt ut etter skjønn for å gi et bilde av et sykdomsfenomen som angår de fleste. Et fellestrekk er at opprettholdelse av fysisk og mental aktivitet er viktig for å redusere risikoen for demens. Derfor: Hogge ved eller løse kryssord? Ja takk, begge deler.

Takk

Takk til Liv Christiansen for hjelp med figurene.

English summary

Nils Jacobsen

Dementia. Are dentists protected?

Nor Tannlegeforen Tid. 2018; 128: 514–19

Dementia is a common term for diseases of the brain expressed as the loss of cognitive abilities and activities of daily living. The most frequent reason is Alzheimer's disease, followed by vascular dementia, dementia with Lewy bodies and mixed types. The number of persons with dementia is increasing due to the aging population in the developed countries, as the risk of dementia is higher in the very old age groups. In addition to genetic components, research indicates that well known risk factors for heart disease also are of significance in the development of dementia. On the other hand, educational length and demanding tasks may be protective factors. Data derived from epidemiological and interventional studies indicate that physical activity and all kinds of mental challenges are of value to preserve cognitive function at older age. Norwegian dentists may live up to 30 years after they retire, facing age-derived increased risk of dementia. No data are available concerning the occurrence of dementia in this group. However, retired dentists may profit from their education and demanding tasks during working age. Moreover, there are also reasons to claim that continued physical activity and mental challenges beyond retiring age are important factors to preserve an intact cognitive function.

Referanser

1. Demens- Folkehelse rapporten 2014 – FHI, revidert 8.10 2015. <http://www.fhi.no/artikler/?id=110544>
2. Demens-faktaark FHI 2015. <http://www.fhi.no/artikler/?id=77026>
3. Engerdal K, Haugen PK. Demens. Fakta og utfordringer. Forlaget Aldring og helse. 5. utgave 2009.
4. Clark LR, Racine AM, Kosick RL et al. Beta-amyloid and cognitive decline in late middle age: Findings from Wisconsin Registry for Alzheimer's Prevention study. *Alzheimers Dement*. 2016; 12: 805–14.
5. Schipper HM. Apolipoprotein E: implications for AD neurobiology, epidemiology and risk assessment. *Neurobiol Aging*. 2011; 32: 778–90.
6. Strand BH, Langballe EM, Rosness TA et al. Age, education and dementia related deaths. The Norwegian Counties Study and the Cohort of Norway. *J Neurol Sci*. 2014; 345(1–2): 75–82.
7. Bibul M, Schipper HM. Risk profiles of Alzheimer disease. *Can J Neurol Sci*. 2011; 38: 580–92.
8. Tolppanen AM, Solomon A, Soininen H, Kivipelto M. Midlife vascular factors and Alzheimer's disease: evidence from epidemiological studies. *J Alzheimers Dis*. 2012; 32: 531–40.
9. Olsen I, Singhrao SK. Can oral infection be a risk factor for Alzheimer's disease? *J Oral Microbiol*. 2015, 7: 29143 – <http://dx.doi.org/10.3402/jom.v7.29143>
10. Sindi S, Hagman G, Håkansson K et al. Midlife Work-Related Stress Increases Dementia Risk in Later Life: The CAIDE 30-Year Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016 Apr 8. pii: gbw043. (e-pub ahead of print).
11. Lin WC, Hu LY, Tsai SJ, Yang AC, Shen CC. Depression and the risk of vascular dementia: a population-based retrospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016. Wiley Online Library DOI: 10.1002/gps.4493.
12. Håkansson K, Soininen H, Winblad B, Kivipelto M. Feelings of Hopelessness in Midlife and Cognitive Health in Later life: A Prospective Population-Based Cohort Study 2015. *PLoS ONE* 10(10): e014261.doi: 101371/journal.pone.0140261
13. Engedal K. Diagnostikk og behandling av demens. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002; 122: 520–4.
14. Campos C, Rocha NB, Vieira RT et al. Treatment of Cognitive Deficits in Alzheimer's disease: A psychopharmacological review. *Psychiatr Danub*. 2016; 28: 2–12.
15. Zhao E, Tranovich MJ, Wright VJ. The role of mobility as a protective factor of cognitive function in aging adults: a review. *Sports Health*. 2014; 6: 63–9.
16. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 (update 2015) Jul 16; (3): CD005381. Doi: 10.1002/14651858.CD005381.pub3
17. Geda YE, Roberts RO, Knopman DS et al. Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population based study. *Arch Neurol*. 2010; 67 : 80–6.
18. Gates N, Fiatarone Singh MA, Sachdev PS, Valenzuela M. The effect of exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21: 1086–97.
19. Grande G, Vanacore n, Maggiore L et al. Physical activity reduces the risk of dementia in mild cognitive impairment subjects: a cohort study. *J Alzheimers Dis*. 2014; 39: 833–9.
20. Gajewski PD, Falkenstein M. Physical activity and neurocognitive functioning in aging – a condensed updated review. *Eur Rev Aging Phys Act*. Online 2016; doi: 10.1186/s11556-016-0161-3 .
21. Öman H, Savikko N, Strandberg TE, Kautainen H, Raivio MM, Laakkonen ML, Tilvis R, Pitkälä. Effects of Exercise on Cognition: The Finnish Alzheimer Disease Exercise Trial: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64: 731–8.
22. Helbostad JL, Taraldsen K, Saltvedt I. Demens. Kap 20 i Aktivitetshåndboken. 3. utgave, Fagbokforlaget; 2015.
23. Valenzuela MJ, Sachdev P. Brain reserve and dementia: a systematic review. *Psychol Med*. 2006; 36: 441–54.
24. Pillai JA, Hall CB, Dickson DW, Buschke H, Lipton RB, Verghese J. Association of crossword puzzle participation with memory decline in persons who develop dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2011; 17: 1006–13.
25. Engvik A, Fjell AM, Westlye LT, Moberget T, Sundseth Ø, Larsen VA, Walhovd KB. Effects of memory training on cortical thickness in the elderly. *Neuroimage*. 2010; 52: 1667–76.
26. Maguire EA, Gadian DG, Johnsrude IS et al. Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2000; 11: 4398–403.
27. Park DC, Bischof GN. The aging mind: neuroplasticity in response to cognitive training. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013; 15: 109–19.
28. Bramidis PD, Vivas AB, Styliades C et al. A review of physical and cognitive interventions in aging. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014; 44: 206–20.
29. Di Marco LY, Marzo A, Munos-Ruiz M et al. Modifiable lifestyle factors in dementia: a systematic review of longitudinal cohort studies. *J Alzheimers Dis*. 2014; 42: 119–35.
30. Kivipelto M, Ngandu T. From Heart Health to Brain Health: Legacy of the North Karelia Project for Dementia Research. *Glob Heart*. 2016; 11: 235–42.
31. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015; 385: 2255–63.

32. Sindi S, Mangialasche F, Kivipelto M. Advances in the prevention of Alzheimer's Disease. F1000 Prime Rep 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447057/?report=reader>

Korresponderende forfatter: Nils Jacobsen, e-post: n.j.jacobsen@niom.no

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Jacobsen N. Er tannleger beskyttet mot demens? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2018; 128: 514–19.

Tidende har som mål

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

Zirkonzahn®



ONLY THE BEST FOR THE PATIENT

Laget med Zirkonzahn.Implant-Planner

Scann for å se fordelene for
deg og dine pasienter!



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

VISSTE DU?

LISTERINE® PROFESSIONAL FLUORIDE PLUS

- 3-I-1 FORMEL FOR EKSTRA BESKYTTELSE MOT HULL I TENNENE
- ETERISKE OLJER FOR Å REDUSERE PLAKK
- UTEN ALCOHOL
- MILD SMAK



BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege.

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

Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningstiltatt at skjemaet blir fylt ut og returnert.

Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er).

Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkessammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

NBI Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

Tannlege Tannpleier
 Offentlig Privat

Spesialist i:

Lege Sykehus Primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: Kvinne Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/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 til år ukjent

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

Intraoralt:

- Sveie/brennende følelse
- Smerte/lønhet
- Smakstørrelser
- Stiv/nummen
- Tørretthet
- Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- Sveie/brennede følelse
- Smerte/lønhet
- Stiv/nummen
- Hudreaksjoner
- Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn
 Ingen

Intraoralt:

- Hevelse/ødem
- Hvittlige forandringer
- Sår/blemmer
- Rubor
- Atrofi
- Impresjoner i tunge/kinn
- Amalgamtatoveringer
- Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

- Hevelse/ødem
- Sår/blemmer
- Erytem/rubor
- Utslett/eksem
- Palpable lymfeknuter
- Kjeveleddsfunksjon
- Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn: Angi lokalisasjon:

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

Annet:

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
- Fissursrøslingsmaterialer
- 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
web: 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)?

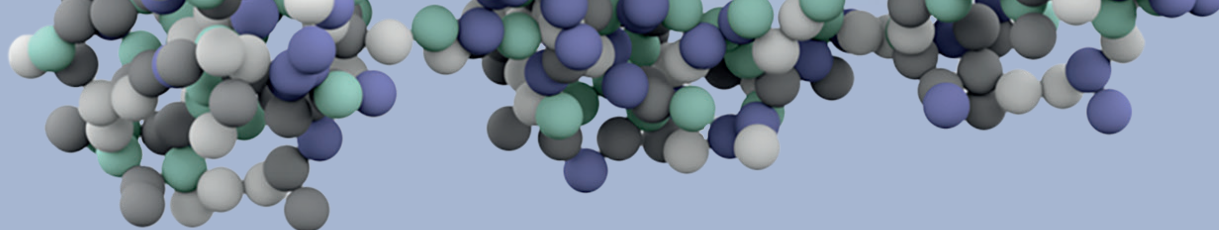
Tannlege/tannpleier/lege:
 Sikker/trolig relasjon- Mulig relasjon
- Usikker/ingen oppfatning

Pasient:

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



uni Helse
Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer
Ver 6.2



ORIS DENTAL HAR VALGT UPHEADS KOMPLETTE IT-LØSNINGER

«Vi har valgt Upheads på grunn av deres solide bransjekunnskap og evne til å samarbeide med alle våre leverandører. Det gir oss trygge og forutsigbare IT- løsninger, som gjør at vi kan være innovative i faget vårt.»

*Eirik Aasland Salvesen - Oris Dental.
Spesialist i periodonti og avdelingsleder.*



Kontakt oss på telefon **51 22 70 70**.
eller gå inn på upheads.no for mer informasjon.

UPHEADS[®]
DIN IT-AVDELING FOR HELSE



Overføring av gener for vekstfaktorer for beinregenerasjon

Sunita Sharma disputerte den 12. april 2018 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: «Adenoviral mediated gene delivery in mesenchymal stem cells for bone tissue engineering».

Beindefekter er et vanlig klinisk problem som kan oppstå som følge av for eksempel skader, kirurgiske inngrep ved kreftbehandling, infeksjoner eller fødselsdefekter. Defektene blir tradisjonelt behandlet ved å hente bein fra pasientens egen kropp (autologt transplantat). Denne metoden har flere begrensinger, blant annet å skaffe nok bein som transplantat, og det kan være smerter, fare for infeksjon ved donorstedet og tilhelingen kan være uforutsigelig. Styrt vevsbygging av bein (bone tissue engineering) involverer stamceller, vekstfaktorer og optimaliserte støttende bærere er et lovende alternativ til autologe transplantat.

Hensikten med dette arbeidet var å forbedre prosedyrene som kan brukes i stamcelleterapi, spesielt å undersøke hvordan stimulering av ulike vekstfak-



FOTO: RANJU SHARMA

Personalia

Sunita Sharma er født i 1981 i Nepal. Hun er utdannet tannlege ved B. P. Koirala Memorial Institute of Health Sciences, Nepal, i 2004, der hun arbeidet som allmenntannlege frem til 2008. I 2011 fullførte Sharma sin spesialistutdanning i periodonti (M.D.S.) ved Manipal College of Dental Surgery ved Kathmandu University. Doktorgradsarbeidet er blitt gjennomført ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, med finansiering fra EU Seventh Framework Programme (Vascubone). Veiledere har vært professor Kamal Mustafa, professor James B. Lorens og ph.d. Ying Xue.

torer til stamceller avledet fra beinmarg (BMSC) via adenovirus. Faktorene var beindannende faktor (BMP2), blodkardannende faktor (VEGFA), alene eller i kombinasjon.

Ved å benytte en unik kombinasjon av virus-stimulert overføring av vekstfaktorer i stamceller fra beinmarg og en bærer basert på polylaktid, ble det etablert en tredimensjonal modell som viste seg å være effektiv for å danne blodårer og bein hos mus. Ved å bruke denne modellen i både mus og rotter,

viste det seg at tilstedeværelse av VEGFA alene ikke stimulerte beindannelse, men at kombinasjonen av BMP2 og VEGFA induserte bein, men mindre effektivt enn ved BMP2 alene. Resultatene viste at styrt beinregenerasjon kan gjøres ved å kombinere vekstfaktorer i en bærer med tanke på beindannelse og etablering av blodkar. Dette arbeidet understreker at det er viktig å optimalisere og å velge egnede vekstfaktorer for å oppnå vellykket beinregenerasjon.

REPARASJON AV TURBINER OG VINKELSTYKKER. GRATIS TELEFON SUPPORT PÅ TANNLEGEUSTYR

Rask og rimelig reparasjon av roterende instrumenter. SPESIALIST PÅ DAC UNIVERSAL

Roterende instrumenter sendes: WDental as, Postboks 143 ytre Laksevåg, 5848 Bergen.

Husk å merke forsendelsen med returadresse.


Godkjent tekniker av dsb og kurset på de fleste merker.

Benytter originale deler.

TLF. 94 09 70 20, POST@WDENTAL.NO

WDental AS





Fra 20. august 2018 og 10 uker fremover donerer vi 1 øre for hver tyggegummi som tygges til SOS-barnebyer og vårt felles tannhelseprogram i Ghana og Botswana. I 2017 ble det samlet inn 1,3 millioner kroner til SOS-barnebyer i Norge.

DIN TYGGEKUMMI EN ANNENS TANNBØRSTE

For EXTRA® er det viktig med tannhelse. Ifølge WHO lider 60–90% av alle skolebarn i verden av karies. Dette kan i stor grad forebygges med kunnskap og gode tannstellvaner. God tannhelse handler om mer enn å bekjempe karies. Det handler om å ikke ha det vondt og om å tørre å smile.

Sammen med SOS-barnebyer arbeider vi for å gi barn i Ghana og Botswana opplæring i tannhelse og en egen tannbørste og tannkrem, slik at de lærer seg de samme gode tannstellvanene som vi har lært av våre foreldre. Siden programmets start i 2013 har vi nådd 185000 barn. Sammen gjør vi en forskjell!



SOS
BARNEBYER
Et trygt hjem for alle barn



Cellulose, stamceller og 3D-printing danner nytt kroppsvev

Den 18. juni 2018 disputerte Ahmad Rashad Elsebahy for PhD-graden med avhandlingen «Wood-Based Nanocellulose Hydrogels for Tissue Engineering Applications» ved Universitetet i Bergen. Arbeidet er utført som en del av et større prosjekt om nanocellulose – NORCEL – ledet av RISE PFI og finansiert av Forskningsrådets NANO2021-program.

Arbeidet har som mål å gjendanne kroppsvev som er ødelagt som følge av sykdom eller skade – styrt vevsbygging (tissue engineering). Til dette trengs tre ting; i) stamceller fra pasientens egen kropp, ii) signalerer til cellene, og iii) et «vekststativ» (scaffold) som celler kan feste seg til og som styrer dannelsen av nytt vev. I dette doktorgrads-arbeidet har man benyttet nanocellulose fra trær til å lage vekststativer, og det har vært fokusert på nydannelse av vev. Levende celler har blitt sådd inn i vekststativene, og cellenes evne til å dele seg og danne nytt vev har blitt studert. Vekststativer laget av ulike typer nanocellulose har blitt testet i dyreforsøk med rotter. Langtidsstudier viser at slike sta-



FOTO: JØRGEN BARTH, UiB.

Personalia

Ahmad Rashad Elsebahy er utdannet tannlege fra Egypt i 2006, og kom til Norge i 2014 da han begynte på doktorgradsstudiet ved Universitetet i Bergen. Han har tidligere arbeidet som tannlege i Alexandria i Egypt og har hatt studieopphold i USA og Japan.

Laboratoriearbeidet er gjort ved Institutt for klinisk odontologi (IKO), UiB, med veilederne professor Kamal Mustafa (IKO/UiB) og dr.ing. Kristin Syverud (RISE PFI as).

tiver støtter dannelse av nytt vev og blodårer. Det har også blitt benyttet 3D-printing for å fremstille vekststativer bestående av en blanding av nanocellulose og levende celler. På denne måten kan man lage nytt vev spesialtilpasset behovet til pasienten. Nanocellulose fra trær og planter er lett tilgjengelig, billig, miljøvennlig og har ingen mikrobiell eller animalsk opprinnelse, og har derfor potensiale innen biomedisinske applikasjoner.

Arbeidet med kombinasjon av nanocellulose fra trær og regenerasjon av

nytt vev har vært mulig gjennom et tett samarbeid mellom to miljøer med helt ulike ekspertiser; Universitetet i Bergen – som er eksperter på celler, interaksjoner mellom celler og materialer og styrt vevsbygging generelt, og RISE PFI som er eksperter på fremstilling av ulike typer nanocellulose og nanocellulosebaserte materialer. Som et resultat av dette har vi nå grunnleggende kunnskap om hvordan nanocellulosebaserte vekststativer bør lages, og hvordan celler kan stimuleres til vekst og utvikling av beinvev.



Bestill prøve:



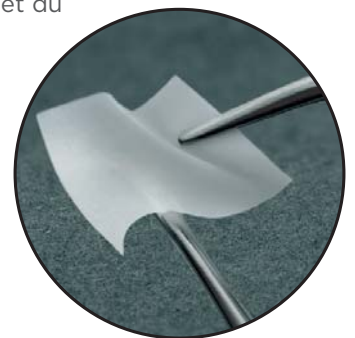
<https://form.jotformeu.com/KursNorge/symbios-collagen-membrane>

Symbios® Collagen Membrane pre-hydrated

Klar når du behøver den

Symbios Collagen Membrane er den første pre-hydrerte regenerative løsningen på markedet. Den består av rent intakt kollagen og er derivert fra perikard av fe. Membranen er fleksibel og lar seg lett forme mot defekten. Dette unike pre-hydrerte produktet er enkelt å håndtere og klar for bruk idet du tar det ut av forpakningen.

- Semi-permeabel; for næringsstoffer og makromolekyler
- Det intakte kollagenet gir den høy mekanisk styrke til å motstå krefter ved fjerning av suturer
- Opptrer som en celle-barriere og forhindrer nedvekst av epitel i bendefekten
- Membranen har en tykkelse på ca. 0.5 mm
- Ingen side-orientering, kan plasseres med begge sider ned mot defekten
- Kan enkelt tilpasses underveis i det kirurgiske inngrepet for optimal utforming



www.dentsplysirona.com

 **Dentsply
Sirona**
Implants

Pengegaloppen

Prioritering av tannhelse i statsbudsjettene

På tannhelseområdet flytter staten penger fra stønader til ulike tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten. Hvor lenge kan dette fortsette uten at tiltakene evalueres?

Staten bidrar økonomisk på tannhelsefeltet gjennom tilbudet i Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og gjennom stønadsordningen i Helfo. Dette innebærer rammeoverføringer til fylkene, der tilbudet til befolkningen styres av hvor mye penger som ligger i potten og administrasjon knyttet til disse. Tilbudet til de prioriterte gruppene skal være gratis, men innholdet i tilbudet er ikke fastlagt fra sentrale myndigheter. Staten bidrar også med stykkprisfinansiering gjennom stønadsordningen, der pengene følger pasientene som er definert inn i ordningen, og der staten aldri kan vite på forhånd hva kostnadene blir. Denne ordningen innebærer egenandeler for pasientene, og den gjelder bare dersom pasientene ikke har rettigheter etter annet lovverk. Personer med vedtak om hjemmesykepleie mister med andre ord sine stønadsrettigheter fordi de får nye, kostnadsfrie, rettigheter etter Lov om tannhelsetjenesten. I 2017 ble én av fire med denne rettigheten undersøkt/behandlet i Den offentlige tannhelsetjenesten (1). Gruppe C i tannhelsetjenesteloven var forøvrig én av gruppene som ble trukket frem i anmodningsvedtaket i 1998, der Stortinget ba regjeringen vurdere å opprette regionale odontologiske kompetansesentre. Med utgangspunkt i årets statsbudsjett kan det være interessant å se bakover i tid for å forstå hvordan forskjellige regjeringer, de to siste fra borgerlig side, har prioritert tannhelsetjenesten.

Kapittel 2711 beskriver satsingen innen stønadsordningen, mens kapittel 770 beskriver tiltak som stort sett skjer i regi av Den offentlige tannhelsetjenesten.

2018

Årets statsbudsjett (2) bygger blant annet på regnskapstallene fra 2016. Brutto driftsutgifter for fylkeskommunene var da 3,4 mrd. kroner, en økning på 3,7 % fra 2015. Dette inkluderte ifølge budsjettet «helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, drift av regionale odontologiske kompetansesentre og tannbehandling til voksne som selv betaler for behandlingen». Videre kan vi lese: «Netto driftsutgifter utgjorde om lag 2,4 mrd. kroner. Det meste av inntektene utgjøres av egenbetaling fra voksne pasienter.» 1 milliard i reduserte kostnader av brutto 3,4 milliarder, gjennom behandling av voksne uten rettigheter, utgjør 29 %. Fylkeskommunene har ifølge loven et ansvar for hele befolkningen, både hva gjelder allmenn- og spesialisttannhelsetjenester. Men; er det virkelig så mange pasienter i Norge som ikke har et privat tilbud? Vi snakker om rundt 20 % av pasientmassen som mottar behandling fra Den offentlige tannhelsetjenesten.

Fra folketrygden ble det utbetalt 2,341 milliard kroner i stønad til tannbehandling i 2016. Regjeringen skriver: «I oppfølgingen av St. meld. Nr. 35 (2007–2008) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning, framtidens tannhelsetjenester (3), jf. Innst. S. nr. 155 (2007–2008), prioriterer regjeringen i budsjettensammenheng følgende innsatsområder; geografisk tilgjengelighet, kompetanseløftet i tannhelsetjenesten og tannhelsetilbud til personer med store tannhelseproblemer». Kapittel 770 har to poster. I sum økte disse fra 261.504 millioner (regnskapet i 2016) til 304.126 millioner i statsbudsjettet for 2018. Dette er en økning på 16,3 %, og indikerer økt satsing på offentlige tannhelsetjenester, stort sett utført av offentlige, fra den borgerlige regjeringen. Post 21 viser til tiltak i offentlig sektor som på sikt kan vise seg å være gode. Post 70: «Bevilgnin-

gen har som formål å bidra til bedre tilbud til grupper med særskilte tannhelseproblemer, bedre tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester, spesielt i offentlig tannhelsetjeneste, økt kunnskapsutvikling, forskning og kompetanseheving i offentlig tannhelsetjeneste». Her kan man anta at de regionale kompetansesentrene, som skulle bidra til en bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister, står sentralt. Tall fra SSB våren 2018 (1) viser at bare 23 % av de med vedtak om hjemmesykepleie, var undersøkt/behandlet i 2017. Én av fire. Videre viser tallene at tilfanget av offentlig ansatte tannlegespesialister har vært størst i Troms (Tromsø?), Hordaland (Bergen?) og Rogaland (Stavanger?). Tall fra Oslo foreligger ikke. Det kan reises spørsmål ved hvorvidt Stortingets målsetting gjennom mange års statsbudsjetter blir nådd, når tre av seks regionale kompetansesentre havnet i Oslo, Bergen og Stavanger, mens det eneste egentlige distriktssenteret, TKS i Arendal, ble vedtatt nedlagt på forsommeren.

Regjeringen foreslo 10 millioner kroner ekstra til behandling av odontofobi og nødvendig tannbehandling for de samme pasientene, «uavhengig av om denne utføres av fylkeskommunalt ansatt tannhelsepersonell eller private tannleger basert på avtale med fylkeskommunen».

Statsbudsjettene fra 2009 til 2018

I prioriteringsøyemed kan det prinsipielt skilles mellom stykkprisfinansiering slik vi ser det i stønadsordningen, og rammefinansiering slik fylkeskommunenes tannhelsetilbud finansieres. Stønadsordningen gir budsjetteringsutfordringer fordi det er umulig på forhånd å vite hvor mange pasienter som har rett til stønad og hva dette vil utgjøre av utbetalinger fra Helfo. Det foreligger imidlertid godt tallmateriale fra foregående år. Kapittel 2711 er følgelig en så-

Sareptas krukke

Bibelen, Det gamle testamente:
Her står det skrevet om profeten Elia som bodde hos en enke i landsbyen Sarepta, en enke hvis melkrukke og oljekrus aldri ble tomme. I første kongebok, 17,14 står det: «For så sier Herren, Israels Gud: Melkrukken skal ikke bli tom, og det skal ikke mangle olje i muggen til den dagen kommer da Herren sender regn over jorden.».

kalt «overslagsbevilgning» (4), hvilket innebærer at Stortinget må etterbevilge penger dersom det oppstår et merforbruk. Rammene til fylkene ligger derimot fast, og fylkene må da tilpasse aktiviteten til budsjett. Fylkene har som nevnt redusert sine kostnader gjennom å behandle betalende pasienter uten rettigheter, og innholdet i tilbudet til de prioriterte gruppene kan også justeres innenfor rammen av det faglig forsvarlige.

I fem av åtte statsbudsjetter framgår det at det har vært et merforbruk i stønadskapittelet. I sum var dette merforbruket på 302 millioner kroner. På bakgrunn av merforbruket foreslo regjeringen forskjellige tiltak for å redusere kostnader. Samtidig flyttet man i perioden ca. 192 millioner kroner over til kapittel 770. Penger som ble spart gjennom tiltak som i realiteten økte egenandelene ved stønad, ble derved flyttet til andre tiltak i offentlig regi. Argumentet for å svekke tilbudet fra folketrygden var å spare, men så knuste regjeringen sparegrisen og kjøpte seg noe annet, mens Stortinget år etter år måtte etterbetale. Statsråd Bent Høie forklarte endringene i 2018-budsjettet med at tannlegene «feilbrakte» stønadsordningen. Med dette bakteppet flyttet han ti millioner til Den offentlige tann-

helsetjenesten som skulle tilby personer med odontofobi gratis behandling, og strammet samtidig inn innslagspunkt 14 på en måte som nærmest utraderte hele punktet. Dette ble som kjent endret i februar, men sannheten er at merforbruket i årene som her omtales kunne vært redusert fra 302 millioner til 110 millioner kroner dersom regjeringene ikke hadde flyttet penger fra kapittel 2711 til kapittel 770. Det er altså Stortinget selv, gjennom statsbudsjettene – ikke tannlegene – som står for det største merforbruket. I et næringsliv ville det vært helt utenkelig dersom en virksomhet, på konkursens rand, benyttet innsparte kostnader til andre kostnadskrevenne tiltak som likevel ledet mot konkurs. Stønadskapittelet går imidlertid ikke konkurs, for rike Norge bare etterbetaler til «Sareptas krukke»*, kapittel 2711, som aldri blir tom. Samtidig som nye tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten ble finansiert fra stønadskassen, ble tilbudet i denne redusert. Selv om budsjettene har økt betraktelig gjennom perioden, er tilbudet til den enkelte stønadsmottaker redusert.

I 2010 (5) ble det ikke flyttet penger. Ordningen der tannlegene selv fikk ansvaret for at pasienter med refusjonsrettigheter fikk innvilget disse, kom til fra 1. januar 2008. De økonomiske konsekvensene av dette var ikke sikre da 2010-budsjettet ble lagt fram. Honorartakstene ble økt med 3,2%. I ettertid viste det seg at det i 2010 var et mindreforbruk på rundt fem millioner kroner.

I 2011 (6) ble det derimot et merforbruk på drøyt 87 millioner. I budsjettet var honorartakstene justert opp 3,1%. Samtidig reduserte man refusjonsbeløpene til «patologisk tannslitasje/erosjoner» fra 75 til 70% av honorartakst. Dette ble beregnet til å gi 14 millioner i besparelse. Videre beregner man å spare 29 millioner gjennom reduksjo-

ner innen kjeveortopedi- og kirurgitakster. 50 millioner flyttes til «helsehjelp utlandet» og kapittel 770 får en økning fra kapittel 2711 på 29 millioner kroner «utover årlig prisjustering». Dette skjer med henvisning til stortingsmelding 35 (3).

2012 (7): På nytt er det et merforbruk. Denne gang på 62 millioner kroner. I budsjettet var det, med henvisning til foregående års merforbruk, foreslått følgende tiltak: Refusjonstakstene økes med 1,1% istedenfor 3,1%. Dette bidrar til økte egenandeler. Det bidrar samtidig til lavere kostnader for stønadskapittelet. Videre ble skattefradraget for store utgifter til helsehjelp fjernet. Dette ble beregnet til å gi en besparelse på 100 millioner. Av disse ble 37 millioner tilført kapittel 2711 til styrking av periodontitt-takstene. Dette kom i tillegg til justeringen på 1,1%. Og: 29 millioner flyttes til kapittel 770.

2013 (8): Nok engang merforbruk. Nå på drøyt 26 millioner kroner. Det bevilges 40 mill. til tannhelsekontroll for gruppen 75 pluss, annethvert år. Innslagspunkt 14 styrkes med 20 mill. med henvisning til bortfallet av skattefradrag. Med begrunnelse i at utgiftene til tannslitasje/erosjon er steget for mye, og at takstene derfor reduseres, åpner det seg en mulighet til å flytte 30 millioner kroner til kapittel 770. Dette til tross for at det var et merforbruk foregående år.

I 2014 (9) ble det også et merforbruk, denne gang på 173 millioner. Det visste man selvsagt ikke da budsjettet ble framlagt. Man visste derimot om foregående års merforbruk. Det ble bevilget 30 millioner til implantatforankrede proteser i underkjeven og 10 millioner til pasienter med sykdommer og lidelser som gir store tannhelseproblemer. Takstene ble justert med 3,5%. 30 millioner kroner ble flyttet til kapittel 770. Dette til tross for foregående års merforbruk.

Også i 2015 (10) viste det seg å bli et merforbruk på 106 millioner. På budsjetteringstidspunktet viste man til merforbrukene årene før og foreslo besparende tiltak. Ingen prisjustering skulle gi en besparelse på 74 millioner. Sykehjelpsordningen for tannleger fikk redusert overføring med 10,4 millioner. Dette er en ordning som skal gi kompensasjon for inntektsbortfall ved sykdom og gjelder primært privatpraktiserende som, i motsetning til sine offentlige kolleger, ikke har sykelønnsordninger. Takstene foreslås nedjustert, noe som beregnes å gi 11,6 millioner i innsparing. Om de to siste grepene skriver den borgerlige regjeringen: «Til sammen utgjør dette 22 millioner kroner som overføres til kapittel 770». Sitat fra statsbudsjettet dette året: «Formålet med bevilgningen under kapittel 770 er å bidra til likeverdig geografisk tilgjengelighet til tannhelsetjenester, inkl. spesialisttjenester, til å bedre tilbudet til særskilte grupper med tannhelseproblemer, kunnskapsutvikling og kvalitet i tjenestetilbudet». 14 millioner gikk til regionale kompetansesentre og 8 millioner til spesialistutdanning, inkl. lønn til pedodontikandidater.

I 2016 (11) var det et mindreforbruk på 110 millioner. Det visste man ikke da budsjettet ble skrevet. Igjen viste man til at det hadde vært en betydelig vekst i forbruket og at det var merforbruk foregående år. Derfor: Ingen prisjustering og nedjusterte takster ved patologisk tannslitasje. Likevel: Kapittel 770 styrkes med 25,8 millioner kroner fra kapittel 2711. Av disse midlene skal 5 millioner gå til psykolog/tannhelse-team ved flere regionale kompetansesentre, 13,3 millioner går til kompetansesentrene, 3 millioner til utredning om sosial ulikhet, 2 millioner til spesialist-

utdanning/dobbelkompetanseløp og 2,5 millioner til NIOM. Alt på bekostning av stønadspasientene som får økte egenandeler.

I 2017 (12) ble det ingen prisjustering som beregnes å gi en innsparing på 69 millioner. Videre skal det spares 19 millioner gjennom å redusere enkelte takster. 16 millioner av disse flyttes til kapittel 770.

Oppsummering

Dette handler om prioriteringer. Det er krevende å sette gode tiltak opp mot hverandre. Men det handler også om en tilsynelatende vilje til å overføre flere oppgaver fra stønadsordningen til fylkene og deres kompetansesentre. Kostnadene ved den stykkprisfinansierte stønadsordningen er som her vist vanskelig å forutsi. Man kan også hevde at stykkprisfinansiering er kostnadsdrivende ved at utøveren får betalt for utført arbeid, noe som er motiverende for å produsere. Ikke dermed sagt at det handler om overbehandling, for myndighetene må ta ansvar for tydelig å definere hvem som skal få og hva slags behandling de skal få. Stønadsordningen innebærer også egenandeler. Dette fordi den tross alt utgjør en begrenset del av tannlegenes hverdag og ikke er underlagt sentrale, forpliktende, forhandlinger, slik tilfellet er for fastlegene. Den innebærer imidlertid fritt tannlegevalg, noe som burde klinke godt i en borgerlig regjerings øre. Den offentlige tannhelsetjenesten må innrette sitt tilbud etter rammefinansieringen. Denne innebærer mer administrasjon og den har begrensede incentiver. Fylkene kan, innenfor det de mener er faglig forsvarlig, innrette tilbudet forskjellig. Eksempelvis er det vanskelig for Stortinget å vite hvilket

tilbud gruppe C får i Oslo og Odda. Tall fra Kostra viser oss andel under tilsyn og undersøkt/behandlet. Kvalitative kriterier mangler og det gir stor usikkerhet med hensyn til det reelle behovet. For barn og unge har vi i det minste kunnskap om antall tenner med fylling eller helt uten. Disse tallene gir grunnlag for å si noe om tannhelseutviklingen i denne gruppen.

Økningen i kapittel 770 fra 70.486 mill. i 2010 til 304.126 mill. i 2018 er på om lag 330 %. Nominelt har det vært budsjettert med 1 748 563.000 i hele perioden. De offentlige spesialistene havnet stort sett i byene, og tilbudet til gruppe C, som har hatt rettigheter siden 1984, er uvisst.

Før vi får en bedre kvalitativ beskrivelse av de øvrige prioriterte gruppens tannhelse, kan det synes underlig å skyve flere oppgaver over til fylkene og Den offentlige tannhelsetjenesten.

Referanser

1. SSB, Statistikkbanken
2. Prop 1 S (2017–2018)
3. St. meld. nr. 35 (2006–2007) – regjeringen.no
4. Bevilgningsreglementet – stortinget.no
5. Prop 1 S (2009–2010)
6. Prop 1 S (2010–2011)
7. Prop 1 S (2011–2012)
8. Prop 1 S (2012–2013)
9. Prop 1 S (2013–2014)
10. Prop 1 S (2014–2015)
11. Prop 1 S (2015–2016)
12. Prop 1 S (2016–2017)

*Carl Christian Blich
Universitetslektor ved seksjon for
samfunnsodontologi,
Det odontologiske fakultet, UiO*

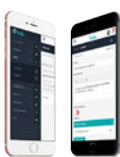


GDPR og HMS gjort enkelt!



Få full oversikt over alle HMS og HR-oppgaver

Enkelt for alle å registrere avvik



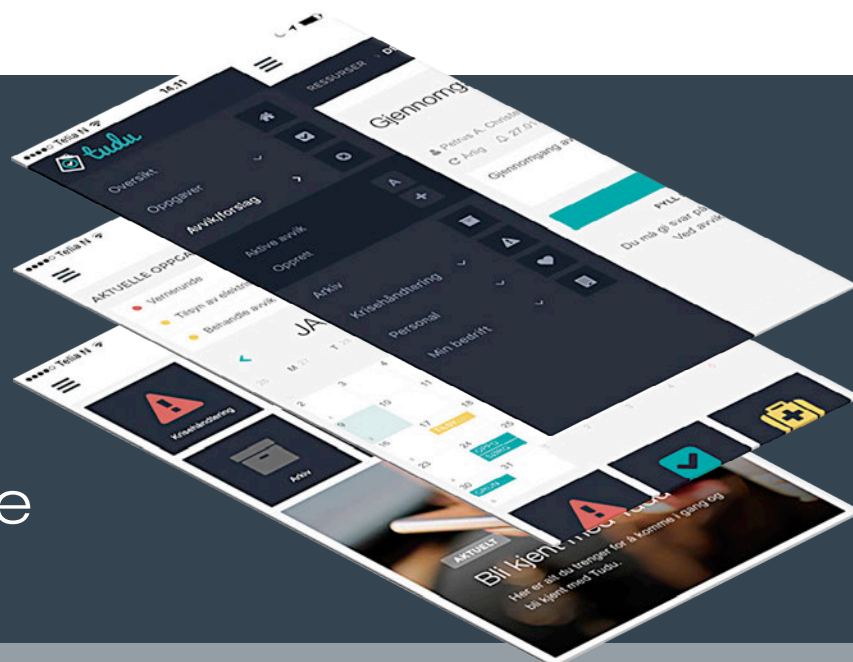
tudu har lansert løsning for personvernloven

Alle skjemaer på ett sted - fyll ut på 1-2-3

Tilgjengelig på alle enheter

Ferieplanlegging

- ✓ Rimelig
- ✓ Praktisk
- ✓ Bransjerettet
- ✓ Verdiskapende



STØRST INNEN TANNHELSE

 **400 02 533**
info@tudu.no www.tudu.no



Helselovgivningen går foran GDPR

Nye personvernregler trådte nylig i kraft. Hva angår pasientrettigheter og pasientjournal er det nesten ingen endring i tannlegenes plikter. Hadde du alt i orden fra før, er alt fortsatt i orden, også etter de nye reglene. Og så er det noen nye krav, som alle trenger å sette seg inn i.

Ingen har vel gått glipp av at det er kommet en ny personvernlovgivning som følge av EU-direktivet General Data Protection Regulation (GDPR).

– At ingenting er endret i forholdet mellom tannlege og pasient er viktig for tannlegene å vite, sier NTFs advokat Tone Galaasen. Hun legger til at det er viktig at tannlegene er godt kjent med helselovgivningen. Kommersielle aktø-

rer som tilbyr tjenester i forbindelse med GDPR, kjenner ikke nødvendigvis helselovgivningen så godt, og kan komme med påstander som ikke er riktige for tannleger og annet helsepersonell.

Det er for eksempel ikke slik at pasienter kan kreve å få sin journal slettet. Snarere tvert imot. Journaler skal oppbevares, dette er like strengt regulert som tidligere. Og det er heller ikke slik at tannlegen trenger innhente samtykke fra pasienten for å føre journal, eller gi pasienten elektronisk tilgang til journal. Pasienten kan, som tidligere, be om innsyn i journal. En liten endring som sannsynligvis kommer, er at det ikke lenger gis anledning til å ta betalt for innsyn i og utskrift av journal, når pasienten ber om det.

– Kommer det mange henvendelser og spørsmål til NTFs sekretariat fra tannleger som lurer på ting i forbindelse med GDPR?

– Det kommer relativt få spørsmål om dette. Og de spørsmålene som kommer er som regel allerede besvart i informasjonspakken vi har laget, og som ligger på nettstedet tannlegeforeningen.no. Der ligger det blant annet en sjekklister som kan være grei å gå igjennom for den som vil undersøke om alt er i orden hos seg.

Personvernerklæring er et nytt krav

Alle tannleger, som ikke allerede har gjort det, bør lage en oversikt over alle

typer personopplysninger som samles inn i virksomheten og rutinene for hvordan disse behandles, og av hvem. Det er viktig å kunne dokumentere at rutinene er gjennomgått, og tilpasset det nye regelverket. Har du eksterne databehandlere, som eksempelvis leverandører av journalsystem og lønnsystem, trenger du å få på plass nye databehandleravtaler som er tilpasset GDPR. Alle virksomheter må ha en personvernerklæring. Alle virksomheter må også vurdere om de må ha et personvernombud. Dette er for øvrig noe de færreste tannlegepraksiser vil ha behov for. Samtidig skal det kunne dokumenteres at det har vært vurdert. Informasjon om disse tingene finnes i informasjonspakken om GDPR på NTFs nettsted.

– Det vil alltid kreve en del ekstra å være klinikkeier, drive en praksis og være arbeidsgiver. Og dette med GDPR er en ting som alle må forholde seg til nå. Hvis en driver næring må en også bruke tid på myndighetskrav, understreker Galaasen, som oppfordrer alle til å gå inn på tannlegeforeningen.no og lese sjekklister og sette seg inn i det som står i informasjonspakken om GDPR.

Følg normen og lag gode rutiner

– Alle som følger normen (Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgssektoren), helsepersonelloven og pasientjournalloven har i utgangs-



Advokat Tone Galaasen i NTF sier at det er kommet relativt få henvendelser med spørsmål om GDPR til medlemsrådgiverne i NTFs sekretariat

NTFs sjekklister for GDPR inneholder blant annet disse punktene:

- * Har du oversikt over hvilke personopplysninger som behandles i din virksomhet?
- * Har du gjennomgått og oppdatert virksomhetens rutiner for informasjonssikkerhet og internkontroll?
- * Har du inngått nye databehandleravtaler, tilpasset GDPR?
- * Har du laget en personvernerklæring for din virksomhet?
- * Har du sjekket om du trenger personvernombud i din virksomhet?



punktet gjort det meste som kreves i henhold til GDPR-direktivet, sier Ralf Husebø. Han er leder av Sentralt næringsutvalg (SNU), hovedstyremedlem og medlem av arbeidsgruppen som har jobbet med GDPR i NTF.

– Har du selv måttet gjøre noe med rutinene i din praksis for å tilfredsstillende nye kravene? Eventuelt hva og hvordan?

– I vår klinikk har vi fulgt normen i alle år. Den er en del av vårt internkontrollsystem som revideres kontinuerlig. Når vi er ferdige med å gå igjennom hele permen vi har laget, med utgangspunkt i NTFs kvalitetshåndbok, begynner vi på kapittel 1 igjen. Noen ganger tar vi et helt kapittel på et klinikk møte, noen ganger bare en liten del av et kapittel. Internkontrollsystemet er stadig i revisjon, og alle som jobber på klinikken eier systemet når vi jobber på denne måten.

Det meste er altså på plass hos oss, men noe arbeid kreves ennå. Vi har satt

opp klinikk møter der vi går gjennom de punktene vi må jobbe med. Disse punktene er godt definert i NTFs sjekkliste over hva som må være på plass når det gjelder GDPR. Denne finner dere på NTFs hjemmeside. En ny norm som er fullt tilpasset det nye GDPR-direktivet er også under arbeid, og NTFs medlemmer vil få beskjed når denne er klar.

– Har du noen formening om hvor langt andre privatpraktiserende tannleger, som du kjenner, har hørt om eller hørt fra, er kommet, og hva som eventuelt mangler?

– Veldig mange tannleger jobber godt med helse, miljø og sikkerhet (HMS) og kvalitetssikring, og har det meste på plass. Men noen synes nok dette er vanskelig, og sliter med å begynne. For de som ikke er kommet i gang ennå er nok hovedproblemet å prioritere dette arbeidet i en travel hverdag, mens andre er usikre på hvor de skal begynne.



SNU-leder og hovedstyremedlem i NTF, tannlege Ralf Husebø, anbefaler å følge normen for informasjonssikkerhet og lage gode rutiner for å sikre at alt er i orden.

Hva er GDPR?

GDPR handler om hvordan organisasjoner og virksomheter skal samle inn, lagre og bruke personlig identifiserbar informasjon. EU-forordningen, som også er blitt norsk lov, har som formål å gi personer større kontroll over hvordan og av hvem deres personlige data samles inn, lagres og brukes. Overordnet kan man si at forordningen ber organisasjoner og virksomheter om å:

- * Behandle personopplysninger lovlige, rettfærdige og åpent
- * Innsamling av personopplysninger til et spesifikt, eksplisitt og legitimt formål
- * Kun samle inn data som er nødvendig for det aktuelle formålet
- * Gjøre det som er nødvendig for å sørge for at dataene er korrekte og holdes oppdaterte
- * Oppbevare data på en slik måte at de kan identifiseres og ikke oppbevares lenger enn nødvendig
- * Bruke passende tekniske eller organisatoriske tiltak for å sørge for at dataene er sikre
- * Kunne demonstrere samsvar med prinsippene i GDPR

– Har du et råd til tannleger som er usikre, er kommet sent i gang eller synes dette er vanskelig?

– For de som ikke er begynt ennå: Det er ikke for sent. Sett opp klinikk møter, ta for dere NTFs sjekkliste og jobb dere gjennom ett dokument av gangen. Samlet er det ikke mer enn noen timers arbeid. Og når dere først er godt i gang, kan dere like gjerne fortsette med kvalitetshåndboken, som også ligger på NTFs nettsted, foreslår Husebø avslutningsvis.

*Tekst: Ellen Beate Dyvi
Foto: Kristin Aksnes*

Terapiahund for redde pasienter

Terapiahunden Barley har fast jobb ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Tromsø (UiT) Norges arktiske universitet. Der hjelper han pasienter som er redde for tannbehandling. Nå er han også med på et forskningsprosjekt som har som mål å finne ut om effekten av terapiahund i tannklinikken kan måles.

Barley er en fjerdegenerasjon labradoodle av svensk-britisk avstamning, født i Skåne i Sverige. Utdannelsen som terapiahund har han

også tatt i Skåne, sammen med sin eier, førsteamanuensis Anne Margrete Gussgard ved Institutt for klinisk odontologi (IKO) i Tromsø. Hun har lang erfaring med hund, blant annet som tannlege i veterinærpraksis gjennom mange år, og som utdannet hundeeinstruktør. Etter mange år uten hund fant Gussgard ut at tiden var inne til å anskaffe hund igjen da hun var tilbake i Norge etter mange år i Canada, og det nærmet seg slutten av doktorgradsarbeidet hennes.

– Jeg ville gjerne ha en hund jeg kunne bruke til noe, ved siden av å ha glede av den som familiehund. Etter

å ha jobbet en del med pasienter som har tannbehandlingsangst kom jeg på tanken at denne kunnskapen kanskje kunne være noe å forfølge når jeg skulle anskaffe ny hund. Jeg fant da at en terapiahund kunne brukes i tannbehandlingssammenheng. Terapiahund er imidlertid ikke en beskyttet tittel, og det er flere steder som tilbyr opplæringstilbud for hund og eier. Jeg ønsket en både velegnet og en velutdannet hund, og brukte tid før jeg fant frem til typen labradoodle, en god oppdretter og et godt utdanningssted. Valget falt på Humlamadens rehabsenter i Skåne. Der



Barley legger seg i stolen sammen med pasienten, hvis pasienten vil. Pasienten i dette tilfellet er Tidendes redaktør, Ellen Beate Dyvi. Foto: Anne Margrete Gussgard.



Når den blå vesten er på, er Barley på jobb. Han hopper gjerne opp og legger seg i tannlegestolen, for å vise en som er redd at dette ikke er farlig. Og han gaper på kommando.



Barley har et godt vesen og et mildt uttrykk i øynene. Hundens tilstedeværelse bidrar ofte til at redde pasienter blir roligere.



Barley lar tannlegen bruke instrumenter og luft. For anledningen er tannlegen uten klinikktoy, munnbind og hansker, men understreker at slik er det ikke til vanlig, bare ved en demonstrasjon som denne.



er Barley født og der ble det holdt terapihundutdanning i regi av Hundens Hus Sundsvall. Fem ganger reiste vi fra Tromsø til Sør-Sverige til samlinger i løpet av et år, og utallige timer ble brukt til trening i tannklinikken på IKO, før vi var ferdig utdannet i juni 2016, og fikk vårt diplom.

Sammen utgjør de et team, som altså er utdannet sammen, jobber sammen de timene i uken Barley er på jobb, og som også hvert annet år må testes for de får fornyet sertifiseringen som terapihund-team.

Forutsetningen for å kunne bruke Barley i tannklinikken er videre at det

tas hensyn, både til hygiene og til hundens sikkerhet. Det er mange potensielle farer for en hund på en tannklinik, sprøytespisser er et eksempel. Og det er mulig å legge til rette, både hva angår hygiene og sikkerhet. Det ligger omfattende risikoanalyser, både for hund og folk, bak virksomheten med terapihund

ved universitetet i Tromsø, blir vi forsikret om. Barley er blant annet en hund som dusjer langt oftere enn de fleste andre hunder, og når han er på jobb bruker han sokker, antisklisokker for hund, fra USA, så han ikke skal skli på de glatte gulvene, og for at klørne hans ikke skal kunne skade noen.

Forskningsprosjekt for å finne ut om effekten kan måles

Anne Margrete Gussgard er tannlege med spesialisering innen periodonti, og med doktorgrad. Med sin akademiske tilnærming vil hun gjerne at det om mulig skal kunne dokumenteres at terapihundens tilstedeværelse i tannklinikken har en effekt.

Hypotesen er at å bruke spesialtrent hund kan ha positiv effekt på barn som er redde for tannlegen. Spørsmålet er om det kan måles, og eventuelt hvordan det er mulig å dokumentere.

For å finne ut om den eventuelle effekten er mulig å måle og dokumentere, pågår nå en pilotstudie som skal involvere 16 pasienter i alderen seks til tolv år. Disse deles i to grupper, der åtte av pasientene får møte terapihunden første gang de kommer til undersøkelse, men ikke andre gang. Den andre gruppen får ikke møte hunden første gang de kommer, men andre gang møter de hunden. Det tas spyttprøver av pasientene på venteværelset, før undersøkelse, og også etter undersøkelse. I spyttet kan en måle cortisolnivået, som indikerer graden av stress. Studien innebærer også andre fysiologiske målinger på pasienten samt spørreskjemaer til pasient og foresatte.

– I utgangspunktet var planen at den kliniske delen av pilotstudien skulle slutføres i løpet av 2018, men det kan hende det vil ta lengre tid. Pasientene som skal være med rekrutteres av pedodontist Eva Lindgren, TkNN, som sørger for at inklusjons- og eksklusjonskriteriene stemmer. Som alle tannleger vet er det slik at avtaler kanselleres, og det må settes opp nye timer. Dette fører til forsinkelser, og her hos oss er det mye som skal klaffe for å kunne sette opp en ny avtale. Både hunden og jeg samt pedodontisten som skal undersøke pasienten, skal være til stede på klinikken på et tidspunkt som passer både pasient og foresatte. I disse sammenhengene er min rolle utelukkende å være den som følger Barley, mens det er pedodontist Kerstin Carlstedt ved IKO, som gjør tannlegejobben.

Det er for øvrig mange som gjerne vil til undersøkelse og behandling ved Institutt for klinisk odontologi i Tromsø, hvor de har lest at de kan få hjelp av Barley. Akkurat nå er det pasienter i aldersgruppen seks til tolv år som prioriteres, slik at pilotstudien kan slutføres. Per 25. mai 2018 er fire pasienter ferdig registrert i studien, som ble godkjent av Regional etisk komité i juni 2017. I november 2017 var de klare til å rekruttere pasienter, og den første kom i januar 2018. Studien er registrert internasjonalt, i databasen ClinicalTrials.gov.

Jobben til Barley

Barleys arbeidstid er begrenset til tre dager i uken, og han skal helst ha en hviledag imellom. De dagene han er på

jobb hjelper han maksimalt to pasienter. Det er konsentrasjonskrevende å være terapihund, og Barley har mange oppgaver, som tilpasses pasientens behov og ønsker.

Barley er trent til å være på løftebordet ved siden av stolen, og til å ligge i behandlingsstolen. Han er også trent til å være demonstrasjonshund, som kan vise at stolen er ufarlig. I stolen gaper han på kommando, og han lar seg undersøke av tannlegen.

Hvis pasienten ønsker det, legger altså Barley seg i stolen sammen med ham eller henne, og ligger der under hele behandlingen. Barley kan også sitte eller ligge på et løftebord, med heve- og senkefunksjon, ved siden av pasienten som ligger i stolen, eller han kan ligge på teppet sitt i et hjørne av behandlingsrommet. Det er pasienten som velger hvor Barley skal være. Hensikten med at Barley er der er at pasienten skal bli beroliget.

Undertegnede har prøvd. Som hundeglad person kan jeg umiddelbart si at med Barley i fanget er det veldig hyggelig å være i tannlegestolen.

I dag er Barley fire år gammel. Han har jobbet siden han var to, og han har minst fire yrkesaktive år foran seg, kanskje seks eller mer. Alt avhenger imidlertid av at de årlige veterinærundersøkelsene viser at han har helse til å jobbe, og at han og Anne Margrete Gussgard sammen består testene som gir dem sertifisering som terapihundteam, hvert annet år.

Tekst og foto: Ellen Beate Dyvi



TANLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



ENDELIG RØYKFRI MED Nicotinell®



Reduserer røyksuget. Støtte når du trenger det.

nicotinell.no

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

CHNOR/CHNICOT/0028/16

Samfunnsodontologisk forum, Loen i Sogn og fjordane, 5.-6. juni 2018:

Mest og best om de eldste og de yngste

De beste og viktigste innslagene på Samfunnsodontologisk forum handlet om eldre-tannpleie og om barn som er utsatt for overgrep og omsorgssvikt.

Gunnhild Vesterhus Strand holdt et flammende innlegg med urovekkende kliniske bilder, under tittelen «Kva er gale med norsk eldre-tannpleie?»

Strand er spesialist i gerodontologi og professor ved Universitetet i Bergen ved Seksjon for samfunnsodontologi, gerodontologi og forebyggende tannhelse. Hun er også samfunnsodontolog. Ved klinikken ved Universitetet i Bergen server Strand og hennes kolleger 10 sykehjem i Bergen by. Der har de med andre ord god mulighet til å se hva som er virkeligheten.

– Det er vi som jobber med de gamle som har fasiten, sa Strand.

– Gebiss er noe drit, slo Strand fast. Det er en protese, og ikke noe bedre enn en kunstig fot. Og det er galskap å putte proteser i hvert hull. Det gjør ingenting om en mangler noen tenner. 20 tenner er nok. Partielle proteser puttes bare i en skuff. Folk hater dem, sa Strand.

Målet må være at folk går i graven med egne tenner. Hvor mange som gjør det aner vi for øvrig ikke noe om i Norge, sa Strand. Her i landet vet vi bare hvor mange 18-åringer som har karieserfaring, la hun retorisk til.

I Norge dør 44 prosent på sykehus, 35 prosenten på sykehjem og 15 prosent hjemme.

Tilbudet til eldre på sykehjem når det gjelder munnstell varierer veldig. Det samme gjelder i hjemmesykepleien. Strand viste eksempler på hvordan det går med tannsett som ikke får stell. Forfallet kan være dramatisk selv etter ganske kort tid.

Strand oppfordret de som får tilgang om å ta bilder av det de ser, inne i mun-



Professor Gunnhild Vesterhus Strand er engasjert i eldres tannhelse og mener mye kan bli bedre hvis gode rutiner blir etablert og fulgt.

nen til pasientene, og vise det til sjefen på sykehjemmet.

– Vis at det ikke er bra nok. Klag og be om bedre rutiner. Det går faktisk an å bli venner med de som bestemmer, og sørge for bedre rutiner. De eldre fortjener det. Ikke gi dere.

Tannhelse er en kvalitetsindikator. Der munnhygienen er super er som regel alt supert, sa Strand, og der ting ikke er i orden er det antagelig et ledelsesproblem.

Videre understreket hun at Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) har ansvar for å bidra til at pleie- og omsorgspersonellet får nødvendig opplæring i det tannhelsearbeidet som de skal forestå.

Det er lett å gjøre noe for de som er på sykehjem, sa Strand. Det er noe annet med de hjemmeboende syke.

– Kommunene må forlange at tannhelsetilbudet blir oppsøkende, og det gis det anledning til sa Strand avslutningsvis.

Zendium-prisen til eldretannpleie

Av og til virker tilfeldighetene alt annet enn tilfeldige. Etter Gunnhild Vesterhus Strands innlegg kunne en ikke funnet mer passende mottakere av Zendium-prisen enn Akershus og Buskerud fylkeskommuner.

I søknaden til en av vinnerne heter det: Mange av dagens sykehjemsbeboere har også tatt godt vare på tennene sine og har fått utført omfattende tannbehandling. I årene som kommer vil denne gruppen øke. Ettersom tannhelsetjenesten vet at dagens og fremtidens sykehjemsbeboere har større utfordringer når det gjelder tenner og tannstell, må vi være oss ansvarlig mer bevisst og trolig endre vår arbeidsmåte på sykehjemmene.

Torbjørn Wilhelmsen, som delte ut prisen sa:

– De to prisvinnerne er kommet svært ulikt i forløpet med dette. Mens den ene prisvinneren nå vinner prisen for godt gjennomført og veldokumentert struktur på arbeidet med å sikre eldre på institusjon optimal munnhygi-

ene, er den andre prisvinneren i en oppstartsfasen i arbeidet med å forbedre institusjonenes evne til bedre ivaretagelse av beboernes orale helse.

Tannhelsetjenesten i Buskerud har gjennom mange år arbeidet systematisk med å heve tannhelsen blant beboere på kommunale sykehjem i fylket. I avtalen med kommunene og institusjonene, avholdes det forpliktende samarbeidsmøter en eller to ganger i året, på institusjonene gis det tannhelseundervisning og -veiledning, skriftlige tilbakemeldinger etter undersøkelse og eventuell behandling, det er faste kontaktpersoner og kontakten med ansatte i hjemmebasert omsorg er forbedret. Hvert tredje år kartlegges beboernes BSI og selv om snittet ikke er vesentlig endret de siste målingene, viser flere indikatorer forbedring. Fremover vil tannhelsetjenesten i Buskerud gå videre med å integrere tann- og munnhelse i alle helsefagutdanninger, gå videre med institusjonene med utvikling og forskning på området, og styrke kompetanse om munntørrethet og orale problemer hos eldre, overfor så vel kommuneleger som fastleger i fylket

Tannhelsetjenesten i Akershus har gjennomført en pilot, og basert på erfaringer herfra, har tannhelsetjenesten etablert prosjektet «Ny giv» som fra høsten av vil omfatte alle sykehjem i kommunene i Akershus fylke. Initiativet er kommet som følge av en erkjennelse av at det ikke er tilstrekkelig offensivt å screene beboerne en gang per år. I «Ny giv» er siktemålet å øke motivasjon blant pleiepersonell til å

hjelpe beboerne til bedre munnhygiene. Prosjektet skal også motivere hele tannhelsteamet til innsats overfor målgruppen, og derfor er både tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer involvert, foreløpig på frivillig basis. Sykehjemmene får besøk én gang i måneden og her gjennomføres opplæring og veiledning, kasus drøftes og beboere som trenger oppfølging får tilbud om det.

Erfaringene så langt er gode, men Zendium-komiteen ser ikke bort fra at noen av midlene prosjektet «Ny giv» får, kan brukes til å utvikle en tydeligere og mer dokumenterbar systematikk. Ja, vi vil ikke utelukke at det er potensial for enda bredere kunnskapsutvikling i et samspill mellom det som startet som «Krona-prosjektet» og «Ny giv-prosjektet.»

Zendiumkomiteen vil uansett benytte anledningen til å fokusere på den offentlige tannhelsetjenestens ansvar innenfor eldretannpleie, og deler med glede ut årets pris mellom to gode initiativ i henholdsvis Akershus og Buskerud fylkeskommuner.

Snakk med, og lytt til barnet

Lege Geir Sverre Braut var med i Barnevoldsutvalget som leverte sin innstilling i juni 2017. Han kom til Loen og presenterte utvalgets arbeid og funn, og konsekvenser for kommunal, og fylkeskommunal, tjenesteyting.

Utvalget skulle vurdere alvorlige saker der barn og ungdom er blitt utsatt for grov vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt. Hensikten var å

avdekke hvorvidt, i hvilken grad og på hvilken måte det har forekommet svikt i det offentlige tjenesteapparatets håndtering av disse sakene. Utvalget skulle videre gi anbefalinger som kan bidra til at fremtidige tilfeller forebygges og forhindres.

Utvalget har gjennomgått enkeltsaker som kilde til kunnskap og for å se etter systemsvikt. 20 saker ble gjennomgått, hvorav ni i detalj. Kun i en av sakene ble det ikke funnet sviktpunkter. Konklusjonen er at det er avdekket et gyldig bilde av systemsvikt. Videre har utvalget gått igjennom det eksisterende kunnskapsgrunnlaget, både i inn- og utland. De var i Sverige, Danmark og England og skjønnte at de sliter også i andre land.

– Vi ble bedt om å melde tilbake hvis vi fant på noe lur i Norge.

Det Braut ville fremheve som aller viktigst er at det unnlates å snakke med barn, og at dette er en alvorlig svikt.

– Det er en fundamental lærdom hos meg. Jeg har jobbet med denne typen saker på ulike måter siden 1985 og jeg spør meg selv: Hvorfor har jeg ikke snakket mer med unger, sa Braut.

– Det at man ikke snakket med barna eller ikke snakket med dem på en god måte gikk igjen som en svikt i sakene vi gjennomgikk. I nesten alle sakene var barna i en alder der det bør kunne forventes at de fikk muligheten til å snakke.

– Vurder om barnet har kognitiv kompetanse og snakk med barnet. Tillegg det de sier rimelig vekt. Det er ikke skadelig å snakke med barn om vold, overgrep og omsorgssvikt, sa Braut.

– Til tannhelsepersonell vil jeg si: noter hvem som er med barnet. Hvis det alltid er den samme omsorgspersonene kan det være en indikasjon på at dette er en person som vil ha full kontroll, og at ungen ikke snakker fritt. Derfor er det viktig at dere snakker med barnet når dere får det på tomannshånd.

Barn som sliter har som regel foreldre som sliter også, og disse bør ha hver sine tillitspersoner i systemet.

– Vi må huske på at vi har både melde-, informasjons og avdekkingsplikt, understreket Braut. Avdekking i disse sakene er ikke et resultat av offentlig innsats, sa han videre.

I sakene utvalget gjennomgikk kommer det frem at tannhelsetjenesten har reagert i mellom fem-seks av sakene.



Zendium-prisen ble delt ut av Torbjørn Wilhelmsen og mottatt av Eva Rydgren Krona (i midten) fra Buskerud og Rigmor Moe fra Akershus.



Professor og lege Geir Sverre Braut holdt et av de viktigste innleggene på Samfunnsodontologisk forum, og understreket viktigheten av å snakke med og lytte til barna, for å avdekke overgrep og omsorgssvikt.

Braut nevnte at det er viktig at barn og omsorgssvikt er et tema i relevante grunnutdanninger.

Utvalget har også konkludert at helsesektoren er bedre enn sosialsektoren til å skille mellom hva som er hva. Det ligger i journalstrukturen. Helsepersonell kan journalføre hva de har observert, og hva noen har sagt.

Allmenkunnskap hos fritidsledere og andre er viktigere enn instrumentaltiten i politiattest for folk som skal jobbe med barn. Det handler om å lære folk hva de skal se etter, hos barn.

Utvalget har videre avdekket at førstetrinntrykket av familien får stor betydning. Det endres ikke ved ny informasjon som burde fått betydning.

Ekstra tidlig innsats gir mest igjen. Derfor: Sats på helsestasjon og gjerne tannhelsetjenesten, disse er beslektet i denne sammenhengen. Samtidig med at en på denne måten satser på massestrategien og tidlig intervensjon må høyrisikostrategien være med for å redde liv og dem som lider. Noe av problemet i dag er imidlertid at helsestasjonene bruker for mye energi på høyrisikostrategien, som er barneverntje-



Oddvar Torbjørnsen Faltin informerte om Pasient- og brukerombudets rolle og arbeidsområder.



Hans Johan Breidablik er spesialist i samfunnsmedisin og øre-nese-halssykdom og plasserte tannhelse i den store helheten.



Grete Tungevåg Brudeseth kunne fortelle om foreløpige resultater av prosjektet «Puss fra første tann», som lover godt.

nesten sin oppgave. Uklar ansvarsfordeling og uklarerolleforståelse gir et svakt system. Fagfolk jobber for lite systematisk på faglig sviktende grunnlag og med for lite lederstøtte.

Hovedbudskapet igjen: Glem ikke barnets egen stemme. Hva sier barnet når mor og far ikke er der. Lær å lytte.

Oppsummeringsvis er sviktpunktene: Samtaler med barna i sakene mangler, eller er av dårlig kvalitet; manglende

forståelse av årsaker til symptomer og adferd; undervurdering eller ikke registrering av foreldres sårbarhet; melde- eller avvergingsplikten blir ikke overholdt; mangelfulle undersøkelser for vurderinger og avgjørelser; dårlig dokumentasjon, journalføring og evaluering; manglende kollega- og lederstøtte; svikt i samarbeidet mellom tjenester; relasjonen til de voksne blir prioritert; svikt i oppfølging av personer som er kjent for vold og seksuelle overgrep.

Pasient- og brukerombudet kan brukes

Det finnes pasient- og brukerombud i alle fylker. Noen er slått sammen, så i dag er det 15 ombud totalt i landet. Teamleder for helse- og omsorgstjenester hos Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus, Oddvar T. Faltin informerte om hva som er ombudets rolle.

Ombudets mandat er å arbeide for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Tannhelse er ikke nevnt i ombudets mandat. Det synes å være glemt. Like fullt bistår ombudet i saker med Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Fra 1. januar 2017 til 4. juni 2018 hadde ombudet i Oslo totalt 101 saker knyttet til tannhelsetjenesten. En

tre del av sakene gjaldt privat tannhelsetjeneste, som ligger utenfor ombudets mandat, men også i disse sakene bistår ombudet med informasjon. Alle som henvender seg får råd og veiledning, fortalte Faltin. Han opplyste videre at henvendelsene ellers fordeler seg cirka 50-50 på saker der pasient eller bruker er misfornøyd med NAV og saker der pasient eller bruker er misfornøyd med DOTs tjenester, i all hovedsak ventetid og tjenestetilbud, der protese versus protetikk ble nevnt spesielt.

Det ombudet bidrar med overfor pasienter og brukere er å informere om rettigheter og tjenestetilbud, samt hjelp til forståelse av vedtak. De bidrar videre til dialog med tjenestesteder og informasjon om klageprosess, samt hjelp til utforme klage. Ombudet bistår også i kontakt med Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og Fylkesmann. Forventningsavklaring er også en del av arbeidet til ombudet.

Ombudet bistår også de ansatte i helsetjenesten med regelavklaring, spørsmål om tjenestetilbud, bekymringer for



Olav Stedje holdt en liten konsert i restauranten på toppen av Hoven, for deltakerne på forum som tok Skylliften opp for å spise avslutningslunsj.

tjenestetilbudet, i møter med pasienter, brukere og pårørende og når det gjelder plikten til å informere om ombudet, som ofte forsømmes.

I pasient- og brukerrettighetsloven heter det at: Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos NPE, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Faltin rådet tannlegene til å være nøye med journalføringen, og nevnte

spesielt tilfeller der pasienter velger å ikke ta imot behandling. Vurder om vedkommende forstår rekkevidden av å ikke ta imot behandling, og journalfør, var hans råd.

Hva gjør du når pasienten krever mer enn du som tannlege anser nødvendig?

Foreta en faglig vurdering av nødvendige og forsvarlige tjenester. Tør å si nei, og informer om klagemulighetene. Se på rettighetsklager som en mulighet til å lære, og en mulighet til å få bekreftet at egen vurdering er riktig.

Faltin nevnte også ressursproblematikk. Pasienten skal ha tjenester ut fra behov, ikke ut fra ressurser i DOT. Dette skapte diskusjon i salen. Noen hevdet at det ikke er et fremmed fenomen at det tilbys tjenester ut fra ressursituasjonen.

Faltin avsluttet med å kommentere Helsedirektoratets opprettelse av egen seksjon for tannhelse, og den samme seksjonens nedleggelse like etter. Hva slags prioritering er det?

Helt til slutt oppfordret han tannhelsepersonellet til å ta kontakt med ombudet i sitt fylke. Informasjonsutveksling og samarbeid er viktig, understreket Faltin.

Tekst: Ellen Beate Dyvi
Foto: Kristin Aksnes



Anna Kristina Lillestøl (t.v.) og Vilde Hjelle (Vilde og Anna) fra Naustdal i Nordfjordeid, som vant MGPjr i 2016, sang fint ved åpningen av Samfunnsodontologisk forum i Loen.



Arrangementskomiteen fikk en fortjent takk for et vellykket arrangement.

Holmenkollsymposiet 2018:

Estetikk, kvalitet og etikk

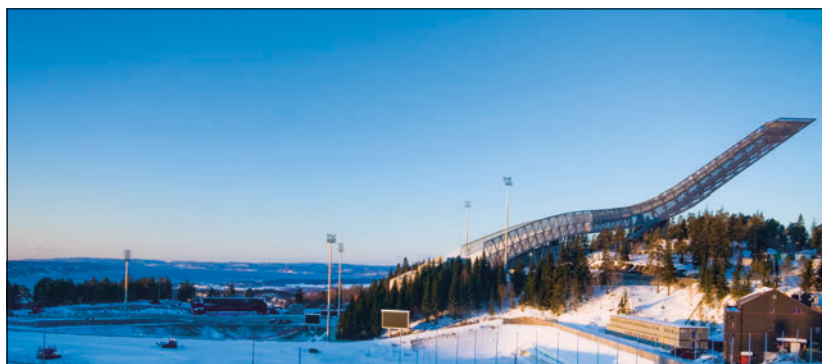
Går jakten på et vakkert ytre på helsa og profesjonen løs?

NTFs fagsjef Øyvind Asmyhr og leder av NTFs fagnemnd Elisabeth Jonsson inviterte til et godt besøkt symposium, der deltagerne fikk tenke på mange aktuelle estetiske og etiske valg og problemstillinger for pasient og ikke minst behandler relatert til en klinisk hverdag. Stødige moderatører i Ulla Pallesen og Arne Lund viste vei mellom aktuelle temaer formidlet av internasjonale og nasjonale foredragsholdere.

Lege Kari Løvendahl Mogstad åpnet symposiet og sin egen forelesning med beskrivelser av dagens utseendeidealer: Beautification, Barbie, veltrent, frisk, slank, vellykket, macho, timeglassfigur, keyhole-lips. Hvordan blir vi i dag påvirket av krav om perfektjon rundt egen helse? Og videre, hvordan påvirker dette våre valg på vegne av egen helse? Hvilke rollemodeller er foreldregenerasjonen? Og Mogstad spør videre: – Hvordan takler ungdommen videre utvikling av et sterkt skjønnhetstyranni?

Vi kjenner vel alle litt på kroppsklemma og dagens utseendeidealer vil påvirke mange. Forbedringsindustrien og skjønnhetstyranniet krever i dag perfektjon i en slank kropp og et vakkert ytre. Det er ikke lenger et spørsmål om å være gode i noe, men å være best i alt. Kosmetikkindustrien maler drømmen om et perfekt smil i en fin kropp gjennom forbruk av bloggere, eller «influencers», produktplassing og skjult reklame i medier som Instagram, Snapchat, og TV. Kosmetikkindustrien når sine delmål da det hos mange i dag er allment akseptert med fasadefiksing.

Mogstad hever pekefingeren – hvor går aldersgrensene? Hva gjør dette med oss og kommende generasjoner? Hvor går grensene for tannlegene som auto-



Holmenkollen. Foto: Baiaz/iStock.

risert helsepersonell i møte med pasientenes krav om estetikk? Hvilke verdivalg skal tannlegene legge til grunn i møte med kosmetikkindustrien? Helse, etikk og butikk? Mogstad avslutter forelesningen med et hjertesukk og et sterkt ønske – barn må være glad i seg selv.

Man blir det man gjør som behandler

Etikk er ikke uforanderlig, etiske normer formes av tiden og samfunnet man lever i.

Bjørn Hoffmann entrer scenen og presenterer seg som etiker. Hva er definisjonen på en etiker?

– Alle i rommet puster lettet ut når etikeren går ut av rommet, sier Hoffmann til latter i salen. Men dette var ikke tilfelle, pausepratene etter forelesningen var enstemmig – Hoffmann begeistret og skapte interesse rundt etikk og tannhelse. Hoffmann starter med å definere og sammenligne deontologi og odontologi. Deontologi er en pliktetik. Valg skal baseres på regler eller moralske prinsipper, der det riktige valget veier tyngre enn resultatene. Odontologi sier Hoffmann innebærer hjelpeplikt – en behovstilfredsstillelse. Tannlegen er pliktig å ha faglig kvalitet, faglig forsvarlighet, utøve faget ut

i fra etiske normer og plikt til kostnads-effektivitet. Tannlege i klinisk praksis er utsatt for kontinuerlige interessekonflikter gjennom pasientens ønsker og behov, estetikk, faglig kvalitet og forsvarlighet, samfunnsoppdrag og profesjonsrolle samt å drive butikk med ansatte og løpende regninger. Hoffmann oppfordrer:

– Når pasienten går til tannlegen, skal tannlegen tenke på pasienten og ikke seg selv, og følger opp med et dydsetisk poeng: «Man blir det man gjør som behandler». Fokus på estetikk øker i klinisk praksis. Med store forventninger og krav øker risikoen for misnøye. Pasienten har lettere for å oppleve manglende tilfredshet, og med det løper tannlegen en risiko for å bli saksøkt. Som tannleger må vi gjøre noen verdivalg. Er vi helsepersonell eller kosmetikere? spør Hoffmann og trekker videre analoger til kosmetiske kirurger og øyeleger. Det er lavere status på behandlere i stillinger som praktiserer kosmetisk behandling (korreksjon) sammenlignet med de som behandler og forebygger sykdom.

Spenningsfeltet mellom idealene i odontologi som en autorisert helsefagarbeider og kommersialiseringen av kosmetisk behandling krever kritiske tanker med gode gjennomtenkte ret-

ningslinjer utviklet av den individuelle tannlege i samarbeid med den lokale og nasjonale tannlegeforeningen. Enhver behandler ønsker å bli forbundet med kvalitet i utøvelsen av sitt yrke. Kvalitet i møte med kollegaer og pasientenes forventninger og krav. Tillitt og omsorgskvalitet er andre faktorer som betyr mye i relasjonen mellom behandler og pasient. Pasientene vil vurdere sin behandler etter funksjon, estetikk og varighet av reparasjoner og erstatteringer i munnhulen og tannsettet. Så estetikken er en viktig del av vårt virke. Hvordan kan vi få frem det vakre og skjønne som er et viktig kriterium i oppfatningen av en vellykket behandling?

Mange spørsmål og mange svar

Symposiet gjør en vending etter en tankefull åpning og går direkte inn i klinikken med beskrivelser av hvilke ulike verktøy vi som behandlere har for å kunne oppnå tilfredsstillende og optimale estetiske resultater. Etter denne kraftige åpningen med fokus på etikk, var det ingen enkel jobb for den sveitsiske protetikeren Stefan Paul å overbevise publikum om viktigheten av ansiktsanalyse og symmetri for å oppnå et optimalt sluttresultat. Paul kjenner på stemningen og får etter hvert salen med seg. Avslutningsvis kommer følgende retoriske spørsmål:

– Når en person kommer for et rent estetisk/kosmetisk behov – er vedkommende fortsatt en pasient?»

Spesialist i oral og maxillofacial kirurgi Helge Risheim starter med å definere «Snapchat dysmorf». Glat-

tere hud, større øyne, markerte kinnben og fylldige lepper. Men etter dette poengterer Risheim at noen personer har et behov. Deriblant personer med medfødte avvik. Kasuistikker presenteres med blant annet botoxbehandling, leppereposisjonering og hakeimplantater.

Videre forelesninger demonstrerte ulike former for estetisk behandling ofte med fokus på tverrfaglig samarbeid mellom de ulike fagspesialitetene. Spesialist i kjeveortopedi, Anlaug Stensland, viste til kliniske kasus med kjeveortopedisk behandling av voksne pasienter. Førsteamanuensis og spesialist i oral protetikk Harald Gjengedal foreleste i hverdagsprotetikk. Spesialist i periodonti Olav Inge Larsen ga publikum en oppdatering på gingivale retraksjoner. Oral kirurg Fredrico Brunner demonstrerte prinsipper for bruk av digitalt design ved større rekonstruksjoner og implantologi. Professor Jon Dahl informerte og demonstrerte forsvarlig bruk av blekemidler. Førsteamanuensis Torgils Lægredid hadde som tema mikroabrasjon og bleking av pre- og posteruptive forandringer i emalje. Professor Thomas Attin og Førsteamanuensis Gaetono Paolone, Tannlege Konrad Meyenberg hadde forelesninger med kasuistikker som demonstrerte komposittrestaureringer, adhesivteknikker og ulike tann- og implantatforankrede protetiske løsninger.

Paneldebatt med utgangspunkt i et komplisert klinisk kasus med medfødte avvik oppsummerte ulike problemstillinger knyttet til funksjon og estetikk i forbindelse med behandlingsplanleg-

ging. Det aktuelle kasus viste også til nødvendighet med tverrfaglig tilnærming i klinisk kompliserte tilfeller. Tannlege og Seniorrådgiver Per Lüdemann understreker betydningen av autorisasjonen som tannlege i klinisk virke i sitt innlegg i paneldebatten. Lüdemann refererer til Helsepersonelloven § 6 Ressursbruk «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.» Videre refererer Lüdemann til krav om journaltekst der pasienten skal informeres om behandlingsalternativer, informert samtykke (pasienten ønsker behandlingen), kartlegging og diagnostikk. Ikke minst spør Lüdemann:

– Hva skal trygden brukes til?

Videre diskuteres bruk av reklame og kampanjer for tannbehandling. Det manes til omtenkksomhet for å opprettholde etiske verdier og omtale for vår profesjon.

Utdanning – i dette tilfellet i form av et symposium, med forelesninger og andre former for undervisning øker kunnskap og holdninger til etiske valg i forbindelse med utøvelse av yrket. Dette vil opprettholde fokus på å bevare og promotere oral helse som den primære etiske forpliktelse. Symposiet tok grundig for seg estetisk tannbehandling og dette ble et spennende møte med etikk og den stadig sterkere kosmetiske industrien. Kursdeltagerne virket meget fornøyde med to intensive dager, der man fikk mange svar, men også belyst mange spørsmål med fremtidig utvikling av vårt eget fag.

Jørn A. Aas



Dentalstøp Tannteknikk as

TANNTEKNISK LABORATORIUM

-FULLSERVICE-

Vår ekspertise din trygghet

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



Vi mottar digitale avtrykk fra alle kjente system

BruxZir®
Anterior SHADED
Monolitisk Zirconia



Oslo setter agendaen for Europas tannhelseutdanninger



I slutten av måneden reiser undervisere og studenter i tannhelsefagene fra hele kontinentet til Universitetet i Oslo (UiO) for å få med seg de siste trendene innen utdanningsfeltet. Det odontologiske fakultet har forberedt seg i flere år, og nå er tida kommet for å avholde Association of Dental Education in Europe (ADEE) sin årlige konferanse.

Dette er en stor begivenhet for oss. Det gir oss mulighet til å være med å forme utviklingen av tannhelseutdanningene, gjennom utformingen av programmet og valg av bidragsyttere. Vi får også anledning til å vise fram våre fasiliteter og diskutere utdanningsprogrammene med ressurspersoner fra alle hjørner av kontinentet, forteller Pål Barkvoll, dekan og medlem av styret i ADEE. Han forventer at mellom 350 og 450 deltakere tar turen.

Samfunnsendringer påvirker tannhelsefeltet

«Dental Education in a Changing Society» er den overordnede tittelen for konferansen, som finner sted 22.-24. august i klinikbygningen til fakultetet i Oslo.

– Temaet er høyaktuelt på så mange forskjellige plan av vårt utdanningsoppdrag, og vi har lagt vekt på å bruke anledningen til å vise frem vellykket samarbeid på tvers av fakultetene, og det som er unikt for oss i en internasjonal kontekst, utdyper Pål Barkvoll.

– Vi legger opp til å tilby gode faglige sesjoner på alt fra hva endringene i samfunnet gjør med pasientmassen som studentene skal utdanne seg til å behandle, til hvilke utfordringer det gir rundt autorisering av tannhelsepersonell, og mye mer, utdyper han.

Endringene på utdanningsfeltet inkluderer også digitalisering i undervisningen, og blant titlene på program-



Student Jannike Lillemo og dekan Pål Barkvoll, ved Det odontologiske fakultet i Oslo, gleder seg til å ta imot de mange internasjonale delegatene på EDSA- og ADEE-konferansene i august. Foto: Fredrik Pedersen, UiO.

met står «Visualization and its implications for learning and instruction in dental training», og «Digital prospects of formative and summative assessment in dental education: technological opportunities and challenges».

Mange UiO-navn som foredragsholdere

Hovedforedraget er det en av UiOs fremste formidlere som står for. Sosialantropolog Thomas Hylland Eriksen åpner konferansen med sitt keynoteforedrag: «Pluralist universalism: On the challenges and rewards of diversity in education».

– Få peker seg ut tydeligere enn Hylland Eriksen til å holde keynoteforedraget under et sånt tema, samme hvor i verden konferansen skulle foregå, mener Barkvoll, som selv har vært med i utformingen av programmet. – Derfor er jeg spesielt glad for at nettopp han kan innlede arrangementet her, ved vårt eget universitet.

Andre internasjonale krefter som bidrar under ADEE-konferansen i Oslo er blant andre Dr. Anastassia Kossioni, førsteamanuensis i gerodontologi ved Universitetet i Aten, Vince Bissell, dekan ved School of Dentistry i Liverpool, Hans Rysted, professor i utdanning fra Universitetet i Göteborg, og Roger Säljö, forsker på læring og læringsteknologier fra Finland.

Blant bidragsytterne fra UiO, er Anne Rønneberg og Tiril Willumsen (pedodonti), Anne Møystad (kjeve- og ansiktsradiologi), Håvard Haugen (biomaterialer), Lene Hystad Hove (kariologi og gerodontologi) og Thomas de Lange (pedagogikk).

Nordisk tannhelsepolitikk

Barkvoll har også tatt initiativ til et eget formøte med dekaner og instituttledere fra de nordiske utdanningsinstitusjonene. Hensikten med møtet er å diskutere realpolitikken på tann- og

munnehelsefeltet, og forene krefter til en felles strategi.

Som vanlig har programmet også et sosialt tilsnitt. I løpet av de tre dagene skal gjestene kunne møtes mer uformelt på kveldstid både i UiOs lokaler, Oslos rådhus og det ærverdige festlokalet Gamle Logen i sentrum av byen.

Egen studentkonferanse

Studentene har sitt eget arrangement, EDSA, som overlapper noe med ADEE-konferansen. Fra mandag 20. august til torsdag 24. august fyller de opp ODs lokaler på Gaustad. Programmet inneholder blant annet workshop i sutur og bone management, foredrag, og selvfølgelig også et innholdsrikt sosialt program. Organisasjonskomiteén i Oslo, med odontologistudent Jannike Lillemo i spissen, gleder seg til å ønske delegatene velkommen i august:

– Vi startet som en gruppe på ti personer, og har jobbet med planleggingen i over ett år. På grunn av økt interesse for EDSA blant studentene ved fakultetet, har vi faktisk nylig utvidet komiteén til 19 stykker. Dette er noe vi er veldig stolte av, forteller hun.

Studentene som organiserer EDSA representerer både tannpleie- og odontologistudiet, og flere av kullene. De inviterer norske studenter til å delta både på det faglige og det sosiale programmet. NTF er hovedsponsor til dette arrangementet.

– Vi som jobber med dette er blitt en sammenspleiset gruppe, og vi går en spennende tid i møte med fortsettelsen av planleggingen. Vi ser virkelig frem til å vise frem fakultetet vårt til de andre delegatene i Europa, avslutter Lillemo.

Hilde Zwaig Kolsatd, UiO



☎ 23 19 61 90
post@oralkirurgisk.no
www.oralkirurgisk.no

Besøksadresse:
Sørkedalsveien 10A
0369 Oslo

Kirurgi

- > Dagfinn Nilsen
- > Erik Bie
- > Johanna Berstad

Protetikk

- > Sonni Mette Wåler
- > Pia Selmer-Hansen

Anestesi

- > Dr. Odd Wathne

Radiologi

- > Bjørn Bamse Mork-Knutsen

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



Tannløs og lovløs

Tannhelsetjenesteloven av 1983 uttrykker en klar samfunnsmessig plikt til å gi kronisk syke, uføre og pleietrengende et reelt behandlingstilbud som i rimelig grad kan gjøre dem i stand til å bevare sin tannhelse. Lovens «gruppe C-2»-pasienter omhandler personer som bor i eget hjem og som har vedtak om hjemmesykepleie over en periode på tre måneder og minst én gang per uke. Disse har således en lovfestet rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT).

En økende andel av helsetjenestene skjer utenfor institusjon. Målet i eldreomsorgen er endret fra «trygghet i institusjon» til «trygghet i eget hjem» (Meld.St.29, 2013.) Hjemmesykepleie er helsehjelp som blir utført i den enkelte hjem – *uavhengig om det er en sykepleier eller annen helsearbeider som utfører tjenesten*. Alle som har vedtak om hjemmesykepleie får «tildelt» en sykepleier i kommunen – men en del vil oppleve at vedkommende kun har en koordinerende rolle i den helsehjelpen som er nødvendig for at den enkelte

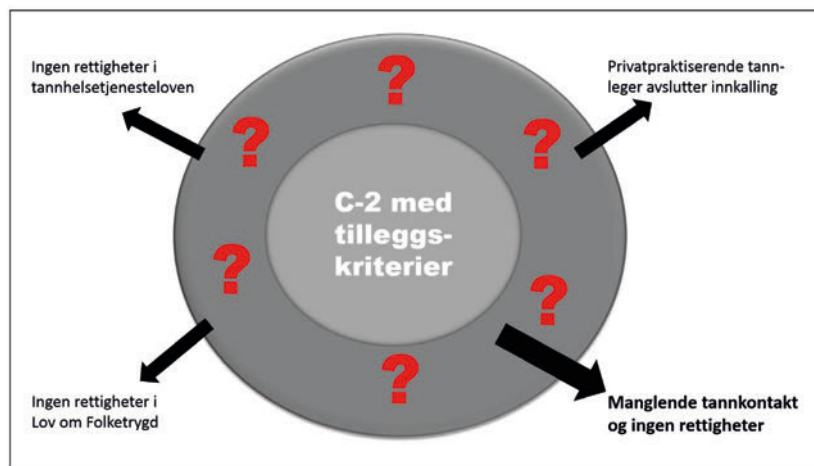


Fig. 1. Skjematisk oversikt over problemer som oppstår når fylkeskommuner innfører tilleggskriterier for at syke, uføre og pleietrengende skal få vederlagsfrie tjenester etter tannhelsetjenesteloven.

skal kunne mestre en vanskelig livssituasjon.

Men enkelte fylkeskommuner har en annen fortolkning av Tannhelsetjenesteloven og rettighetene til hjemmeboende eldre og syke – for eksempel Nordland fylkeskommune. I daværende fylkestannleges brev av 19.6.2013 til Tjeldsund kommune står det beskrevet

at enkelte skal utelates: *Med pleie menes at det ivaretas et vesentlig helsebehov og ikke kun tjenester som anses som praktisk bistand som hjelp til vask og stell, matlaging, utlevering av dosetter og enkle injeksjoner*. Nåværende fylkestannhelsesjef bekrefter i brev til undertegnede (16.11.2016) at *pasienter med innvilget «personlig assistanse» ikke gis rett til gratis tannbehandling. Med personlig assistanse menes hjelp til egenomsorg, personlig stell og personrettet praktisk bistand*. Dette konkretiseres ytterligere i en (anonymisert) e-post fra DOT-ledelsen høsten 2017. (Gjengitt i ramme nederst til venstre på siden).

DOT-ledelsen overprøver her lovteksten og innfører sin egen tolkning – sannsynligvis av budsjettmessige årsaker. En lovfestet rett til fri tannbehandling tas bort fra en allerede marginalisert og svekket pasientgruppe. Lovhjemmel for å innføre slike tilleggskriterier er ikke dokumentert. Det må dessuten påpekes at man her innfører en uheldig, geografisk diskriminering som selvsagt ikke er intendert i lovverket.

Hei!

Fikk en e-post fra hjemmesykepleien .. angående en pasient som var hos deg på fredag.

Det gjaldt innmelding til kommunen og rettigheter til fri tannbehandling innen DOT.

De retningslinjene du la ved er noe gamle. Denne pasienten har innmelding til hjemmesykepleien men det gir ikke lenger rettigheter til fri tannbehandling:

Det skal dessuten, som det står i den kopien du sendte, også være slik at pasienten ikke kan ta hånd om sin tannpuss, stort pleiebehov og det må foreligge vedtak fra kommunen om hjelp til tannpuss/tannstell. Det skal også innen kommunen finnes en pleieplan som handler om tannpuss/munnstell.

Det har ikke pasienten som var hos deg på fredag så det betyr at til tross for at hun er innmeldt i hjemmesykepleien så har hun ikke rett til fri tannbehandling.

Mvh ...

Med denne praksis følger dessverre ytterligere uheldige konsekvenser: Pasientenes private tannleger regner med at deres tannhelse ivaretas innenfor det offentlige i og med deres «C-2»-status – og avslutter derfor de regelmessige innkallingene. De faller også utenfor mulighetene for Helfo-refusjon ved en rekke nærmere definerte tannhelserelaterte plager, fordi trygden regner med at DOT ivaretar *alle* «C-2»-

pasientenes rettigheter etter Tannhelsetjenesteloven.

Pasientene sitter igjen med «svarte-per»: Ingen rettigheter etter Tannhelsetjenesteloven, ingen tannhelsekontakt, ingen rettigheter etter Lov om Folketrygd, og samtidig svekket evne til selv å ta fatt i problemstillingen (Fig.1) – et ran av syke mennesker!

Kanskje er det da like greit at de offentlige tannhelsetjenestene inkor-

poreres i primærhelsetjenesten på kommunalt nivå – slik helseministeren går inn for. I tillegg bør man ha overordnede regionale kompetansesentre som bidrar til en kalibrert og kunnskapsbasert tjeneste – blant annet for pasienter som ikke kan bite fra seg!

Gunhild Vesterhus Strand
Gunhild.Strand@uib.no

Kommentar til «Tannløs og lovløs»

Takk til Gunhild Vesterhus Strand for innlegget hennes, jeg har stor respekt for hennes glødende engasjement for en viktig pasientgruppe som Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for.

Allikevel er det en del påstander i innlegget, som ikke medfører riktighet.

Nordland fylkeskommune har ingen «annen fortolkning» av Tannhelsetjenesteloven. I Forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i Den offentlige tannhelsetjenesten § 2 med merknader begrenses Den offentlige tannhelsetjenestens ansvar for tannhelsetjenester etter Tannhelsetjenesteloven § 1–3 første ledd bokstav c til eldre, langtidsyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie, til de som har hatt institusjonsopphold eller pleie av hjemmesykepleien i sammenhengende tre måneder eller mer.

Eldre som pleies av pårørende, eller som kun mottar hjemmehjelp og ikke hjemmesykepleie, omfattes ikke av § 1–3 første ledd bokstav c, jf. forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 § 2 med merknader.

Hjemmesykepleien har tradisjonelt vært sykepleie, inkludert psykiatrisk sykepleie, som lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering. Begrepet «hjemmesykepleie» er ikke videreført i ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I stedet

benyttes her blant annet begrepet «helsetjenester i hjemmet», jf. § 3–2 første ledd nr. 6 bokstav a. Med «helsetjenester i hjemmet» søkes det å tydeliggjøre at det her dreier seg om ulike helsetjenester som kan ytes hjemme hos pasienten. Helsetjenester i hjemmet vil blant annet omfatte det som tidligere ble omtalt som hjemmesykepleie. I tillegg kan ergoterapi, fysioterapi og foterapi være aktuelle tjenester. En konsekvens av dette er at det vil være en ulikhet i tjenestebegrepet i Helse- og omsorgstjenesteloven og Tannhelsetjenesteloven. I brev av 21. desember 2011 vedrørende samhandlingsreformen, har departementet (HOD) presisert at Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke skal ha endrede rettslige eller økonomiske konsekvenser for rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen.

Tilknyttet, og i tråd med ovennevnte, presiserte derfor Nordland fylkeskommune i brev fra 2013 overfor kommunene, at pasienter med innvilget personlig assistanse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3–2 første ledd pkt. 6 bokstav b ikke gis rett til gratis tannbehandling. Med personlig assistanse menes hjelp til egenomsorg, personlig stell og personrettet praktisk bistand. Det kan være hjemmehjelpstjeneste eller annen hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål og hjelp i tilknytning til husholdning (eksempelvis

innkjøp av varer, matlaging, vask av klær og bolig).

Det er for øvrig flere fylkeskommuner som har presisert, at dersom man kun har vedtak etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3–2 første ledd pkt. 6 bokstav b, så mottar man ikke hjemmesykepleie i den betydning som legges til grunn etter tannhelsetjenesteloven § 1–3 første ledd bokstav c.

I Dagbladet fra 26. mai 2018 ble Gunhild Vesterhus Strand sitert i artikkelen «3 av 4 får ikke tannpleien de har krav på». I SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester skilles det mellom brukere som får helsetjenester i hjemmet og brukere som bare får praktisk bistand. Antall brukere som bare fikk praktisk bistand er ikke med i beregningsgrunnlaget i statistikken som viser at 23 prosent av eldre med hjemmesykepleie ble undersøkt og/eller behandlet i tannhelsetjenesten i 2017.

Så Nordland fylkeskommune overprøver ikke lovteksten og innfører ikke sin egen tolkning, men følger nasjonale myndigheters tolkning.

I forbindelse med artikkelen i Dagbladet, reagerer jeg på en oppsiktsvekkende ukritisk og unyansert bruk av statistikk.

Som sagt viser statistikken, at 23 prosent av eldre med hjemmesykepleie ble undersøkt og/eller behandlet i tannhelsetjenesten i 2017. Statistik-

ken sier ingenting om hvor mange av dem som fikk hjemmesykepleie i minst tre måneder og minst én gang per uke eller hvor mange som takket nei til tilbudet. Dermed blir konklusjonen at «tre av fire ikke får tannpleien de har krav på» feil.

Som Gunhild Vesterhus Strand viser til og synes å være enig i, fulgte helseminister Bent Høie opp i Dagbladet fra 20. juni 2018 med sitatet: «Jeg mener årsaken er måten vi har organisert tannhelsetjenesten på. Jeg mener det beste hadde vært om tannhelsetjenesten hadde ligget hos kommunen sammen med resten av primærhelsetjenesten».

Hvis man skal følge samme logikken med ukritisk og unyansert bruk av statistikk, så kunne man ha vist til, at det ifølge SSB i 2017 ble undersøkt og/eller behandlet 1 726 eldre i hjemmesykepleie i Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo kommune med over 660 000 innbyggere mot 2 190 i Nordland fyl-

keskommune med knapt 245 000 innbyggere. Så ut fra en ukritisk bruk av statistikk er det ingenting som tyder på at flere får tilbud når tannhelsetjenesten ligger hos kommunen sammen med resten av primærhelsetjenesten.

Jeg er enig i at Den offentlige tannhelsetjenesten har et forbedringspotensial når det gjelder å tilrettelegge et best mulig tilbud for pasienter som mottar hjemmesykepleie. Alle fylkeskommuner arbeider målrettet med å forbedre tilbudet blant annet gjennom samarbeidsmøter med kommunene for å styrke forebyggende arbeid, slik at også munnen blir en naturlig del av de kommunale helse- og omsorgstjenester.

Så kan man også diskutere om kriteriene for å ha rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester fra Den offentlige tannhelsetjenesten fungerer godt nok.

Ulempen ved en avledet rettighet som vilkår er, at retten ikke nødvendigvis har sammenheng med det faktiske behovet for tannhelsehjelp. Helse- og

omsorgsdepartementet har i høringsnotatet «Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.» påpekt, at «å knytte retten til tannhelsehjelp til hvorvidt pasienten mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie, kan i lys av dette fremstå som lite treffsikkert når det gjelder å fange opp de som har antatt størst behov for tannhelsehjelp fra det offentlige». Fylkestannlegene har i flere år etterspurt og ventet på en ny Tannhelsetjenestelov som bidrar til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelsetjenesteressursene.

Men debatten bør foregå på en ordentlig måte uten bruk av uriktige påstander og med mer kritisk og nyanisert bruk av statistikk.

Henrik Schmidt
Fylkestannhelsesjef, Nordland fylkeskommune
hensch@nfk.no



Unik SphereTEC™ teknologi gir optimale håndteringsevner

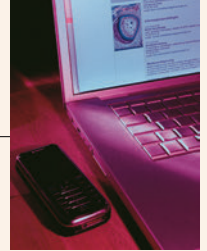
- Utmerket adaptasjon og formbarhet
- Enkelt fargesystem: 5 farger dekker hele VITA®-skalaen
- Poleres raskt til fantastisk glans

www.dentsply.no



THE DENTAL
SOLUTIONS
COMPANY™

Dentsply
Sirona



Om Sykehjelpsordningen for tannleger

Alle tannleger som utøver tannlegevirksomhet i Norge kan søke om stønad fra Sykehjelpsordningen for tannleger. Ordningen kan gi stønad ved sykefravær, ved fødsel og adopsjon og ved pleie av barn eller pårørende i noen situasjoner. Sykehjelpsordningen skal erstatte inntektsbortfall.

Det er ingen innmelding eller premie for å være med, man må bare passe på å søke om stønad når man har krav på det. Vedtekter og søknadsskjema finnes på NTFs nettsider. Stønad fra ordningen kommer i tillegg til stønad som næringsdrivende tannleger har rett til fra folketrygden (NAV).

Sykepenger fra folketrygden – NAV

Selvstendig næringsdrivende har obligatorisk rett til sykepenger som svarer til 75 prosent av pensjonsgivende inntekt fra og med 17. sykedag. Som selvstendig næringsdrivende får du med andre ord ikke sykepenger fra folketrygden de første 16 dagene du er arbeidsufør. Sykepengegrunnlaget er begrenset oppad til 6 ganger grunnbeløpet (G). Fra folketrygden vil du da kunne få 75 % av 6 G som tilsvarer ca. 435 000 NOK. Ved sykmelding i ett år, opphører retten til sykepenger. Tidsbegrensingen er den samme selv om du har vært delvis sykmeldt i hele perioden.

En selvstendig næringsdrivende kan som regel ikke få sykepenger for tiden for han eller hun har søkt lege.

Barns sykdom – omsorgspenger fra 11. fraværsdag.

Selvstendig næringsdrivende får nå også stønad ved fravær som skyldes barns sykdom. Dette ble innført i 2015. Som selvstendig næringsdrivende har du rett til omsorgspenger fra NAV fra 11. fraværsdag. Du må dokumentere

barnets eller barnepassers sykdom med erklæring fra lege. Du må også dokumentere de 10 dagene du har brukt som omsorgsdager (ventetid), og hvilke dager du søker omsorgspenger for.

Fødsel

Ved fødsel har du nå krav på 100 % av inntil 6 G, dette tilsvarer ca. 580 000 NOK.

Tilleggsforsikring i folketrygden

Dersom du ønsker en bedre sykepengedekning enn 75 % fra 17. dag, kan du tegne tilleggsforsikring etter følgende alternativer:

- * 75 prosent dekning av sykepengegrunnlaget fra 1.–16. sykefraværsdag. For sykefravær som starter før 1. oktober 2017, er dekningsgraden 65 prosent.

- * 100 prosent dekning av sykepengegrunnlaget fra 17. sykefraværsdag

- * 100 prosent dekning av sykepengegrunnlaget fra første sykefraværsdag

Bare ett av alternativene kan velges.

Den øvre grense for sykepengegrunnlaget er 6 G. Dette betyr at en heller ikke får dekning via forsikringen for det en har som inntekt ut over 6 G. Det er heller ikke mulig å forsikre seg for å få ytterligere inntektskompensasjon i foreldrepermisjon etter fødsel.

For ytterligere informasjon om folketrygdens ytelser til næringsdrivende henvises til www.nav.no.

Sykehjelpsordningen for tannleger

Sykehjelpsordningen for tannleger er offentlig finansiert men administreres og driftes av NTF. Sykehjelpsordningen har egne vedtekter og søknadsskjema som kan finnes på NTFs nettsider. Vedtektene ble sist revidert i 2017.

Finansiering

Sykehjelpsordningen finansieres ved at 0,85 % av trygderefusjonsmidlene avsettes til ordningen. Økte trygderefusjo-

ner for tannbehandlinger har over tid medført økte overføringer til Sykehjelpsordningen. Avsetningen til ordningen følger av Forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling § 6. Avsetningene til ordningen ble redusert fra 1,35 % til 0,85 % fra 2015 og styret har av den grunn vært forsiktige med å øke ytelsene i vesentlig grad selv om ordningen har solid økonomi.

Hvem kan få ytelser fra sykehjelpsordningen?

Alle tannleger som utøver tannlegeyrket her i landet, kan motta ytelser fra sykehjelpsordningen. Det er med andre ord ikke påkrevd med medlemskap i NTF. De fleste som mottar stønad fra Sykehjelpsordningen er selvstendig næringsdrivende tannleger.

Offentlig ansatte tannleger

Tannleger som er ansatte arbeidstakere i det offentlige vil som regel være sikret 100 % lønn ved sykdom og i foreldrepermisjon gjennom sine tariffavtaler. Disse vil da som hovedregel ikke ha krav på stønad fra sykehjelpsordningen. Sykehjelpsordningen skal erstatte inntektsbortfall.

Privat ansatte tannleger

Tannleger som er ansatt i privat virksomhet vil kunne ha krav på stønad dersom de ikke er sikret full lønn ved sykdom. Det er ikke uvanlig at det står i arbeidsavtalen at man ved sykefravær kun har rett på inntil 6 G, som er det samme som arbeidsgiver får refundert fra NAV. I et slikt tilfelle vil tannlegen også kunne motta stønad fra sykehjelpsordningen.

Når kan man motta stønad?

Ordningens formål er å yte a) sykehjelp b) stønad ved fødsel og adopsjon og c) pleiepenger til medlemmer av ordningen.

- * Økonomisk stønad ved sykdom

Medlem som på grunn av sykdom eller skade er 50 prosent arbeidsufør eller mer, har rett til sykehjelp.

* Økonomisk stønad ved fødsel og adopsjon

Medlemmer som er fraværende fra praksis i forbindelse med fødsel eller adopsjon, har rett til stønad i inntil 50 dager. Fødselspenger utbetales uavhengig av den generelle begrensningen på stønad inntil 90 % av fjorårets inntekt. Det gis ved fødsel derfor stønad i inntil 50 dager og inntil 100 % av fjorårets inntekt. Ved redusert stilling reduseres ytelsen tilsvarende stillingsreduksjonen.

Stønaden etter dette punktet kan tas ut over en periode på inntil 1 år. Stønad etter dette punktet kan også tas ut som deltid i løpet av det første året etter permisjonens første dag.

* Pleiepenge

Det ytes økonomisk stønad til medlem som er fraværende fra praksis på grunn av omsorg for barn innlagt ved helseinstitusjon. Disse har rett til stønad i inntil 20 dager per kalenderår.

Medlem som er fraværende fra praksis i forbindelse med pleie av pårørende i livets slutfase har også rett til stønad i inntil 20 dager.

Stønad etter dette punktet er betinget av tilsvarende ytelse fra folketrygden. Pleiepenge utbetales uavhengig av begrensningen som fremkommer oven-

for om reduksjon i forhold til fjorårets inntekt.

Årspremie

Det er ingen årspremie for ytelser fra sykehjelpsordningen da denne finansieres ved tilskudd fra folketrygden.

Dagpenger

Utbetalinger fra ordningen tar utgangspunkt i folketrygdens grunnbeløp (G) til enhver tid. Grunnbeløpet (G) er per 1. mai 2018 kr 96 883. Dagens satser er slik at det ytes 1/42 av Grunnbeløpet i folketrygden (G) ved 100 % sykefravær. Ved 50 % sykefravær ytes det 1/84 av G. Dagsats ved 100 % sykefravær er per nå NOK 2 306,-.

Brøkene er satt med den hensikt at maksimal utbetaling fra sykehjelpsordningen, ved fravær som skyldes sykdom, skal tilsvare 6 G. Tannleger får inntil 6 G fra folketrygden (75 % uten tilleggforsikring/100 % med tilleggforsikring). Det totale stønadsbeløpet tilsvarende da inntil 12 G samlet fra NAV og Sykehjelpsordningen for tannleger.

Begrensning på 90 prosent

Det er i vedtektene satt en begrensning på at samlet stønad fra NAV og Sykehjelpsordningen ikke skal være mer enn 90 prosent av fjorårets inntekt.

Stønadsperiode

Sykehjelp etter denne ordningen ytes fra 15. fraværsdag og i inntil 250 dager for samme sykdom eller skade. Sykehjelp ytes for alle dager unntatt lørdager, søndager og helligdager, samt 1. og 17. mai.

For medlemmer mellom 67 og 70 år begrenses utbetalinger til 90 dager. Utbetalinger fra ordningen opphører ved fylte 70 år.

Karenstid

Det utbetales ikke dagpenger de første 14 dagene av sykefraværet.

Alderspensjon

Reglene om uttak av pensjon i folketrygden er endret de senere år og man kan motta både pensjon og arbeidsinntekt. Utbetalinger fra Sykehjelpsordningen reduseres derfor heller ikke når tannlegen mottar alderspensjon.

Mer informasjon, vedtekter og søknadsskjema

Ytterligere informasjon om Sykehjelpsordningen for tannleger finnes på NTFs nettsider. <http://www.tannlegeforeningen.no/>. Her finner du de gjeldende vedtekter og skjemaer for krav om utbetaling.

Dag Kielland Nilsen
Advokat i NTF



Kirurgiklinikken
tann · kjeve · ansiktskirurgi

  Sertifisert etter ISO 9001:2008 standarden

www.kirurgiklinikken.no
Tlf 23 36 80 00, post@kirurgiklinikken.nhn.no
Kirkeveien 131, 0361 Oslo

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege Frode Øye spesialist i oral kirurgi og oral medisin	Tannlege Hauk Øyri spesialist i oral kirurgi og oral medisin	Tannlege Eva Gustumhaugen Flo Spesialist i protetikk
Lege & tannlege Helge Risheim spesialist i oral kirurgi, maxillofacial kirurgi, og plastikkirurgi	Lege & tannlege Fredrik Platou Lindal spesialist i maxillofacial kirurgi	Tannlege Bent Gerner spesialist i protetikk

TANNLEGEN BØR EIE PRAKSISEN

Tannleger bør eie sin egen praksis

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

Vi inngår også deleierskap sammen med praksiseiere. Vår kjede består i dag av 12 ulike klinikker spredt utover landet - ingen er for små eller store!

Kontakt oss for en uforpliktende samtale:

Tlf: 986 95 700

E-post: tannlegepraksis@vitaltannhelse.no

vitalkjeden.no

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

**Aust-Agder
Tannlegeforening**
Astrid Tredal,
tlf. 37 03 80 77

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

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Sturle Tvedt,
tlf. 55 23 24 00

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

Lise Opsahl,
tlf. 32 84 81 32

Finnmark Tannlegeforening
Bente Henriksen,
tlf. 78 96 57 00

**Haugaland
Tannlegeforening**
Jon Magne Qvale,
e-post: johnqvale@getmail.no

**Hedmark
Tannlegeforening**
Børge Vaadal
tlf. 991 21 311

Björg Figenschou,
mobil 414 88 566

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

Connie Vian Helbostad,
e-post: conhel@nfk.no

Olav Kvitnes,
tlf. 75 15 21 12

Nordmøre og Romsdal
Bjørn T. Hurlen,
tlf. 906 50 124

Unni Tømmernes,
tlf. 715 12 206

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

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

**Oppland
Tannlegeforening**
Ole Johan Hjortdal,
tlf. 61 25 06 92

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 61 27 02 31

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

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

Rogaland Tannlegeforening
Knut Mauland,
tlf. 51 48 51 51 (jobb).

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

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

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

**Sogn og Fjordane
Tannlegeforening**
Synnøve Leikanger,
e-post: har-fe@online.no
tlf. 57 74 87 02

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Fridell Inge,
tlf. 57 69 56 95

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 997 48 895

Hege Leikanger,
e-post:
hege.leikanger@gmail.com

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

Morten Nergård,
tlf. 72 58 18 00

Telemark Tannlegeforening
Ståle Bentsen,
e-post: stbent@online.no

Øystein Grønvold,
tlf. 35 93 45 30

**Troms
Tannlegeforening**
Elsa Sundsvold,
e-post: ehi-sund@online.no

Ninni Haug
tlf. 77 00 20 50

**Vest-Agder
Tannlegeforening**
Alfred Gimle Ro,
tlf. 38 05 10 81

**Vestfold
Tannlegeforening**
Gro Monefeldt Winje,
tlf jobb: 33 30 93 80
e-post: gromwinje@gmail.com

Svein Tveter,
tlf. 33 18 33 43

**Østfold
Tannlegeforening**
Mari Slette,
e-post: maridage@hotmail.com

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

Tannlegenes spørsmål om GDPR

NTFs sekretariat får mange henvendelser om innføringen av ny personvernlovgivning (GDPR) og hva den enkelte må gjøre i denne forbindelse. På NTFs nettsted er det lagt ut veiledning for medlemmer om GDPR, som det anbefales å sette seg inn i.

Under følger svar på noen av de spørsmålene som oftest blir stilt om personvern:

Må jeg legge til rette for elektronisk journalinnsyn?

Nei, hverken pasient- og brukerrettighetsloven eller pasientjournalloven regulerer hvordan eller på hvilken måte pasienter skal få innsyn i journalen, ut over at pasienten på forespørsel har rett til en enkel og kortfattet forklaring på faguttrykk og lignende, i tillegg til kopi.

Det følger av fortalen til personvernforordningen at det bør være mulig å gi elektronisk innsyn i personopplysninger. Videre at *«dersom det er mulig, bør den behandlingsansvarlige kunne gi fjerntilgang til et sikkert system der den registrerte kan få direkte tilgang til egne opplysninger»*.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at personvernforordningen ikke pålegger virksomhetene en plikt til å gi elektronisk innsyn i alle helseopplysninger som kan knyttes til den registrerte. Ut over dette er det opp til den enkelte virksomhet hvordan den tilrettelegger for journalinnsyn.

Kan jeg fortsatt ta betaling for å gi pasienten innsyn i egen journal?

Nei. Etter gjeldende pasientjournalforskrift er det adgang til å kreve inntil 85

kroner i gebyr for utskrift eller kopi av journal. Når personvernforordningen trer i kraft kan det bare tas betalt dersom den registrerte ber om flere kopier. I slike tilfeller kan det innkreves et rimelig gebyr basert på administrasjonskostnadene. Betalingen kan ikke overstige de faktiske utgiftene.

Hvem må jeg inngå databehandleravtale med?

Det må inngås databehandleravtale med virksomheter du velger å la behandle personopplysninger du er databehandlingsansvarlig for. Praksiseiere må sørge for at for eksempel leverandører av pasientjournalssystemer, lønnsystem, regnskapsfører o.l. signerer en ny databehandleravtale før personvernforordningen trer i kraft.

Mal for databehandleravtale finnes tilgjengelig på NTFs nettsted.

Må jeg ha samtykke fra pasienten for å kunne føre journal?

Nei. Journalføringsplikten følger av helsepersonelloven §§ 39 og 40, og det er ikke mulig å avtale seg bort fra denne eller å la det være opp til pasienten om det skal føres journal eller ikke.

Må jeg ha personvernombud?

Virksomheter som har som hovedvirksomhet å behandle sensitive personopplysninger i stor skala må ha personvernombud. Behandlingen av sensitive personopplysninger anses for å være en hovedvirksomhet der den er uløselig forbundet med virksomhetens tjenester.

Det er ikke definert i personvernforordningen hva som ligger i begrepet

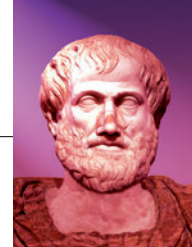
stor skala, men følgende momenter bør tas med i vurderingen:

- * antallet personer det behandles opplysninger om
- * mengden og omfanget av personopplysningene som blir behandlet
- * varigheten av behandlingen
- * det geografiske omfanget av behandlingen

For eksempel er NTF pålagt å ha personvernombud. NTFs virksomhet er uløselig knyttet til å behandle opplysninger om medlemskap i fagforening, som er en sensitiv personopplysning, og de registrerte befinner seg i hele landet. Et eksempel på virksomhet som ikke må ha personvernombud er fastleger, som kun behandler opplysninger for et begrenset antall pasienter i et begrenset geografisk omfang.

NTF har vært i kontakt med Datatilsynet for å få avklart om praksiser med mange pasienter og flere tannleger må ha personvernombud. Fra Datatilsynets side er det ikke ønskelig å tallfeste hva som ligger i «stor skala». Det legges opp til en helhetsvurdering hvor alle momentene over må vurderes samlet av hver enkelt, i tillegg til hvordan omstendighetene for øvrig gir trygghet og dokumentasjon for at personopplysningene blir behandlet i tråd med personvernprinsippene og øvrig lovgivning.

Dette blir dermed en samlet vurdering som hver enkelt praksiseier må ta. Det er viktig å dokumentere skriftlig de vurderingene som blir gjort, dersom man ved tvil kommer til at personvernombudsordning ikke skal opprettes.



Pasientens økonomiske rettigheter

Det har i vært mye diskusjon rundt tannlegenes forhold til bruk av Helfo-refusjoner de siste månedene, og sitatene under er kommentarer man hører fra frustrerte tannleger:

«Merker selv at jeg unnlater å bruke Helfo-refusjon der jeg tidligere ville gjort dette»,

«Råd: Slutt med Helfo. La pasienten betale selv.»

«Tannlegestanden bør boikotte direkteoppgjør med Helfo.»

Hvordan rimer slike utsagn med vår etiske, og juridiske, plikt til å bidra til at pasientene får de økonomiske rettighetene de har krav på? I all støyen som har vært rundt Helfo de siste måneder oppleves det passende å løfte frem noen aspekter av debatten fra et etisk ståsted. Våre etiske forpliktelser endres ikke selv om det stormer rundt oss og oppgaven føles vanskelig.

Paragraf 9 i NTFs etiske regler omhandler vår plikt til å ivareta pasientens økonomiske rettigheter, samt å ikke urettmessig gi dem tilgang til rettigheter de ikke har krav på.

S 9 Pasientens økonomiske rettigheter

«Tannlegen skal hjelpe sine pasienter til å oppnå økonomiske rettigheter og ytelser som følger av lovgivning.

Tannlegen skal overfor institusjoner som dekker helseutgifter medvirke til at pasienten ikke skaffes uberettiget økonomiske eller andre fordeler.»

Helsepersonelloven § 6 om ressursbruk pålegger oss i lovs form det samme:

«Helsepersonell skal sørge for at helshjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendige tidstap eller utgift.»

Første forutsetning for å innfri § 9 er god kjennskap til gjeldende regelverk. Det i seg selv kan være en utfordring, slik vi tror mange kollegaer har følt det den siste tiden, men vi er like fullt etisk

og lovmessig bundet til å gjøre vårt beste ut fra gjeldende betingelser. Og det er langt fra bare Helfos regelverk vi må kjenne til og forholde oss til.

Under følger en punktvis oversikt over viktige stønadsordninger for pasienten. Denne artikkelen har ikke til hensikt å gå detaljert inn i hver enkelt ordning, men gi en mer helhetlig oversikt og noe refleksjon rundt vår forpliktelse overfor pasient og helsemyndigheter.

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) – prioriterte grupper

Av og til kan vi støte på pasienter vi innser kan ha et tilbud via DOT. Da har vi en plikt til å informere om dette, og hjelpe pasienten videre til dette tilbudet, om ønskelig. Vi må også være klar over at et slikt tilbud eventuelt fratar pasienten rettigheter de måtte ha hatt via Helfo. Faktisk er det vår plikt å undersøke om pasienten kan ha rettigheter i DOT hver gang vi skal bruke Helfo-refusjon.

(<https://helsedirektoratet.no/lover/tannhelsetjenesteloven>)

Helfo – 15 innslagspunkter

De fleste tannleger er kjent med «Det gule heftet» og Helfo sine innslagspunkter. Gjennom 15 innslagspunkter kan pasientene få stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier. Kravet til stønad skal vurderes i forhold til Folkestrygdloven, og behandleren skal vurdere om behandlingen er innenfor rammene av nødvendig og forsvarlig behandling. Behandleren må kunne dokumentere sine vurderinger, og journalføre relevante og nødvendige opplysninger.

<https://helfo.no/takster/regelverk-og-takster-for-tannlege>

NAV sosial – for pasienter med begrenset betalingsevne

Tilbudet kan variere stort mellom kommuner. Den ferske artikkelen fra Tidende nr. 2, 2018: «Økonomisk stønad fra NAV til tannbehandling» gir en bedre oversikt over ordningen:

<http://www.tannlegetidende.no/i/2018/2/d2e2036>.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131#KAPITTEL_4

TOO-tilbudet – for pasienter med odontofobi, overgreps- eller torturhistorikk

Utfordringen her kan være at ordningen er under utvikling og varierer stort mellom fylkeskommunene. I hovedsak skal det finnes et tilbud om angstbehandling og nødvendig tannbehandling, uten egenbetaling, for personer med overgrepserfaring, torturerfaring eller med odontofobi i fylkene. Tilbudet organiseres via fylkeskommunen og det finnes informasjon om det lokale tilbudet på de fleste fylkeskommunenes hjemmesider.

<https://helsedirektoratet.no/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud-too>

Forsikringer

Ulykkesforsikring må vi alltid ha i bakhodet og minne pasienter om å sjekke når det kommer inn en tannskade. I tillegg ser vi nå et voksende tannhelseforsikringsmarked som vil innebære egne utfordringer.

Voldsoffererstatning

Det er innført regler i folketrygden som åpner for at voldsofre kan få dekket utgifter til reparasjon av tannskader. Skader som er oppstått som følge av en voldshandling faller inn under begrepet ulykke i forskriften.

<http://www.voldsoffererstatning.no/hva-kan-erstattes.313809.no.html>

Reiserefusjon

Endel pasienter vil ha krav på reiserefusjon, og det er vår plikt å opplyse om dette når aktuelt.

Overforbruk versus underforbruk

Dagens ordning gir oss tannleger ansvaret for å vurdere om pasienten er stønadsberettiget via Helfo eller ei. Innslagspunkt 14 og stormen rundt dette illustrerer hvor vanskelig dette kan oppleves. Punktet omhandler pasienter med nedsatt evne til egenomsorg. Her viser det seg at forskjell i bruk har vært stor mellom tannleger. Det har vært mye oppmerksomhet rettet mot et antatt overforbruk hos enkelttannleger. Et overforbruk av Helfos stønadsordninger vil være et klart brudd på både § 9 og Helsepersonelloven. Men i denne stormen har det vært nevnt overraskende lite om at et underforbruk er akkurat like problematisk. Overforbruk er å bruke fellesskapets penger på en måte de ikke er ment for, eller for å sette det på spissen «stjele fra fellesskapet», mens underforbruk er å belaste pasienter for kostnader de ikke skulle hatt, eller potensielt frata dem behandlingsmuligheter de ellers ville hatt. Dette kan igjen ha store konsekvenser for enkeltpersoner. I ingen av tilfellene har vi oppfylt våre etiske og juridiske forpliktelser. Vi skal ikke unnlate å kreve refusjon fordi vi er usikre eller mangler innsikt i reglementet rundt refusjon. Vi plikter å innhente kunnskap, samt samle dokumentasjon for at pasienten skal få den støtten de har rett til.

Egeninteresse eller pasientinteresse

Vi tannleger kan utnytte kunnskapsovertaket vårt til å prioritere egen interesse fremfor pasientens. Vi må selvsagt aldri foreslå behandling som er unødvendig bare fordi pasienten får refundert mye av utgiftene. Det å velge en krone fremfor en fylling på tynt grunn-

lag, kan være et slikt eksempel: Kanskje er ingen av delene helt faglig feil og egeninteresse fremfor pasientens kan tippe valget i én retning?

Kunstig høy takst

Det kan kanskje også være fristende å øke egne takster fordi mye av summen refunderes og det derfor likevel ikke blir så dyrt for pasienten. Takster for perio-refusjon kan være aktuelle i så måte: Lik behandling (som for eksempel rens av tannstein) skal koste det samme om den er stønadsberettiget eller ei. Stønadsordningene er der for pasientene, og skal utelukkende komme dem til gode.

Pasientenes krav

En annen problemstilling er pasienter som kommer med urealistiske forventninger. Noen pasienter har fått vite fra lege eller bekjente at de har rett på refusjon på grunn av medisinerbruk eller diagnose. Det stemmer ikke alltid, og det kan være vanskelig å forklare hvorfor de eventuelt ikke får refusjon. Her må vi stå på vårt – eventuelt oppfordre pasientene til å kontakte Helfo direkte hvis de ikke godtar våre vurderinger.

Kontinuerlige endringer

Det er ikke lenger nok å lese det gule heftet én gang i året, endringer kan komme når som helst. For å være trygge på regelverket kreves kontinuerlig innsats i form av at man følger med på oppdateringer og/eller går på kurs. NTFs TANK-kurs om Helfo anbefales som en del av denne jobben, det er kostnadsfritt, og dessuten obligatorisk, for medlemmer av NTF.

Vårt ansvar

Dersom pasientene har rett til behandling i DOT, TOO eller via andre ordninger kreves det at tannlegene har nok kunnskap til at de henviser pasienten

videre. Ved tvil bør man ta en telefon og sjekke eventuelle rettigheter.

Når det gjelder Helfo-refusjon har vi et helt annet og mye større ansvar, da vi selv må gjøre en grundigere vurdering av pasientenes helsesituasjon og komme til en konklusjon. Vi må orientere oss i forhold til SMT-listen, og andre diagnoser og forhold som påvirker helsen og munnhelsen til pasientene våre. Deretter må vi vurdere pasientens rett til refusjon eller ikke.

Situasjonen kompliseres av at tannlegen risikerer tilbakebetalingskrav ved feilvurderinger i favør av pasienten. Vurderes feil i pasientens disfavør løper man ingen direkte økonomisk risiko, men manglende støtte kan tenkes å føre til at pasienten ikke lenger har økonomisk mulighet til å utføre behandlingen, og derfor vil velge et rimeligere alternativ eller avstå fra behandling. Slike økonomiske faktorer har åpenbart potensiale til å påvirke våre valg. Omsorg for pasienten, og ønske om det beste for ham eller henne, vil kunne påvirke oss og gjøre det vanskelig for oss å være nøytrale og korrekte i våre valg.

Det er uomtvistelig vår etiske og juridiske plikt å ikke la økonomiske faktorer eller andre utenforliggende forhold påvirke våre vurderinger når det gjelder pasientenes økonomiske rettigheter. Bevissthet rundt faktorer som kan påvirke oss i den ene eller andre retning kan hjelpe oss på veien mot de riktige valgene. Når vi i tillegg holder oss oppdatert på fag og gjeldende regelverk, bør vi kunne føle oss trygge på at vi kan ivareta pasientens økonomiske rettigheter på en god og forsvarlig måte, også sett fra et etisk ståsted.

*Mariann Saanum Hauge
og Lene Bjerklund Pedersen
NTFs råd for tannlegeetik*

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



HUSK!



NTFs LANDSMØTE

**Hold av datoene for årets landsmøte:
Norges varemesse, Lillestrøm
4. – 6. oktober 2018**

Fagprogrammet publiseres digitalt på NTFs nettsted samtidig som at registreringen åpner medio august.

Følg med på

www.tannlegeforeningen.no/landsmotet
og Facebook [@dennorsketannlegeforening](https://www.facebook.com/dennorsketannlegeforening)
for oppdateringer og mer informasjon!



NTFs etterutdanning



KURSET TELLER **8** TIMER
I NTFs etterutdanningssystem

Praksiseier
foreningen **spa**

ÅRSMØTE

14 - 15 september 2018

Radisson Blu Scandinavia Hotel

Fagprogram: Et dypdykk
Dentalutstilling
Festmiddag med show




Dag Erik Pedersen Hans Morten Hansen

www.praksiseier.no

Sees vi i september?

Vi håper at du har lest det nye programheftet og meldt deg på årsmøtet til Praksisforeningen SPA. Programmet byr på interessante foredrag og presentasjoner, relevant, faglig oppdatering og viktige diskusjoner med aktuelle tema for oss som driver privat praksis. I tillegg blir det god mat, underholdning og anledning til å mingle med kolleger fra hele landet.

Hilsen Styret

Påmelding: www.deltaker.no/PefSpa2018



Studenter får bedre stressmestring etter nærværstrening

Medisin- og psykologistudenter rapporterte om økt nærvær og bedre stressmestring seks år etter at de deltok på et 15 timers kurs i oppmerksomt nærvær (mindfulness). Det viser en studie utført av Folkehelseinstituttet og samarbeidende institusjoner.

Studien i oppmerksomt nærvær (mindfulness) som er publisert i tidsskriftet PLOS One, ble gjennomført av forskere ved Folkehelseinstituttet, Universitetssykehuset Nord-Norge og universiteter i Oslo, Tromsø og Salt Lake City.

I alt 288 medisin- og psykologistudenter fra Oslo og Tromsø deltok i studien. Halvparten ble tilfeldig trukket ut til å delta i et 15-timers kurs i oppmerksomt nærvær (trening i mindfulness) over syv uker i andre semester av studiet. Deltakerne i kontrollgruppen fortsatte studiet som vanlig uten slik nærværstrening. Før og etter kurset rapporterte studentene om mentalt stress, mestringsevne, velvære og sin evne til å være

nærværende i møtet med andre mennesker. De rapporterte om det samme to, fire og seks år senere. Siste måling ble foretatt ett år etter at de var ferdig utdannet som leger og psykologer.

Rapporterte om økt nærvær og velvære

Resultatene viser at seks år etter kurset rapporterte studentene om signifikant bedre evne til å være nærværende og om økt velvære, sammenliknet med deltakerne i kontrollgruppen.

I motsetning til kontrollgruppen rapporterte deltakerne også om økt bruk av aktive mestringsstrategier, som å se på stress og utfordringer som muligheter for vekst og utvikling. De brukte i mindre grad passive mestringsstrategier, som å se på utfordringer som farer og trusler som må unngås og benektes.

Fagleder Anders Vege leder Folkehelseinstituttets arbeid knyttet til kvalitetsforbedring av helsetjenester.

– Vi ser på oppmerksomt nærvær som et viktig bidrag i arbeidet med kvalitetsforbedring. Nærvær er viktig for å skape gode møter mellom helsepersonell og pasienter og brukere. Dette kan bidra til å styrke kvaliteten i helse-tjenesten, sier faglederen.

Forklares med ny mestringsmåte

Endring i mestringsstil forklarer i stor grad det økte velværet. Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at nærværstrening kan ha en positiv effekt på hvordan vi møter stress og utfordringer i livet, ifølge førsteforfatter av artikkelen, lege og familieterapeut Michael de Vibe. Han er nå pensjonist, men arbeidet ved Folkehelseinstituttet da studien ble gjennomført.

Forfatterne konkluderer med at man bør vurdere å tilby slike kurs til studenter innen alle helsefag.

TILBAKEBLIKK

1918

Skoletandpleiesagen i Danmark

Utgitt av Dansk forening for barnetandpleie, er en liten brochure paa 48 sider med flere illustrationer og plancher.

Forfatteren vil gjennom boken gi de mange kommunale embedsmænd, lærere, tandlæger og andre for saken interesserte en oversigt over, hvad der hittil er gjort paa dette omraade, samt en del veiledning for igangsættelse og drift av skoletandklinikker. Dessuten findes i boken de bestemmelser om skoletandlæger som er vedtat av Dansk tandlægeforening. Boken gir en del veiledning i journalisering, hvorved forfatteren haaber at bidra til at gjøre den mer ensartet.

Februar 1919, 3. hefte

1968

Er odontologi vitenskap?

Tannlege og høyesterettsadvokat Kjell Sollie hadde i et brev til Tidende en kommentar til Aftenpostens intervju med

rektor ved Universitetet i Oslo. Han spør retorisk om odontologi er vitenskap og spør så: Hvor mange mennesker ville det bli igjen i bygningene på Blindern og i sentrum hvis man fjernet fra Universitetet alle lærere og studenter i fag med sterkt preg av yrkesopplæring? En grenseoppgang mellom yrkesopplæring og vitenskap synes høylig påkrevet. Det skal bli spennende å se om f.eks. leger og apotekere måtte slå følge med tannlegene under eventuell utkastelsesforretning. Nå skal det riktignok innskytes at rektor Vogt ikke har hatt noen slik utkastelse i tankene, men det er tydelig at tannlegene akkurat så vidt er berettiget til å bette akademisk grunn.

Mai 1968, hefte 5

2008

Ny giv for klinisk forskning

Norges forskningsråds nettverkskonferanse ble avholdt 21. og 22. april. Tanken bak konferansen var at en styrking av

den kliniske forskningen og forskningskompetansen i odontologi bør ta utgangspunkt i samfunnets behov og miljøenes forutsetninger. Gjennom den offentlige og private tannhelsetjenesten møter klinikerne hele befolkningen og har et godt utgangspunkt for å forske på representative grupper innenfor ulike kliniske problemstillinger.

Oppsummeringen ga løfter om positiv velvilje fra alle deltakende parter og organisasjoner, og det ble foreslått å danne nettverk der fylkeskommuner, folkehelseinstitutt, kompetansesentre, Tannlegeforeningen, universitetene, spesialisttjenesten, Forskningsrådet og Nasjonalt kunnskapssenter og et eventuelt nasjonalt forskningsadministrativt organ blir sentrale aktører.

Mai 2008, nr. 7



KURS- OG AKTIVITETSKALENDER

NORGE

20.–24. aug	Oslo	62nd EDSA and ADEE congress. Arr.: European Dental Student Association (EDSA) Se www.edsaoslo2018.com Se også edsaoslo18 på Facebook og Instagram
14.–15. sept.	Hotel radisson Blu, Oslo	PEFSPAs årsmøte. Henv. Kari Odland, www.praksiseier.no
4.–6. okt.	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
11.–12. jan '19	Bergen	Vestlandsmøtet 2019. Kurs torsdag 10. januar. Henv. Siv Kvinnsland, e-post: siv.kvinnslan@uib.no
28.–29. mars '19	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
24.–25. mai '19	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net
31. Okt. 2. nov '19	Norges Varemesse, Lillestrøm	NTFs landsmøte. Se www.tannlegeforeningen.no
23.–24. april '20	Trondheim	Midt-Norge-møtet. Henv. Kai Åge Årseth, e-post: kaiage@online.no
5.–6. juni '20	Loen, Hotel Alexandra	Loenmøtet. Henv. Inken Sabine Henning, tlf. 47 60 60 87. E-post: inken.henning@gmx.net

UTLANDET

5.–8. sept	Buenos Aires, Argentina	FDI World Dental Congress. Se www.fdiworldental.org
10.–13. okt	Orange, Frankrike	Teambuilding og arbeidsmiljø - Økt trivsel for økt overskudd. Kurs for tannklinikker i vakre Provence. Kurset teller 16 timer i NTFs etterutdanningssystem. Se: https://www.provencetur.com/tannlegekurs/
14.–16. nov	Göteborg, Sverige	Odontologisk riksstämman. Se https://tandlakarforbundet.se/riksstamman/
23.–28. nov	New York City, USA	Greater New York Dental Meeting. Se www.gnydm.com/about/future-meetings/
5.–8. sept '19	San Fransisco, USA	FDI-kongress. Se: www.fdiworldental.org

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

Publisering av runde fødselsdager

NTFs Tidende vil fra og med utgivelse nr. 6, 2018 ikke lenger bekjentgjøre at NTF-medlemmer fyller runde år. Dette for å etterkomme kravene i EUs nye personvernforordning, General Data Protection Regulation (GDPR) som blir norsk lov i 2018.

Stor variasjon i tannhelse

Det er til dels store forskjeller i barns og unges tannhelse mellom fylkene og kun 22 prosent av diabetes-pasientene har et godt regulert blodsukker. Dette er noen av de nye funnene blant nasjonale kvalitetsindikatorer (helsenorge.no) som ble publisert 21. juni.

Nye indikatorer på tannhelse

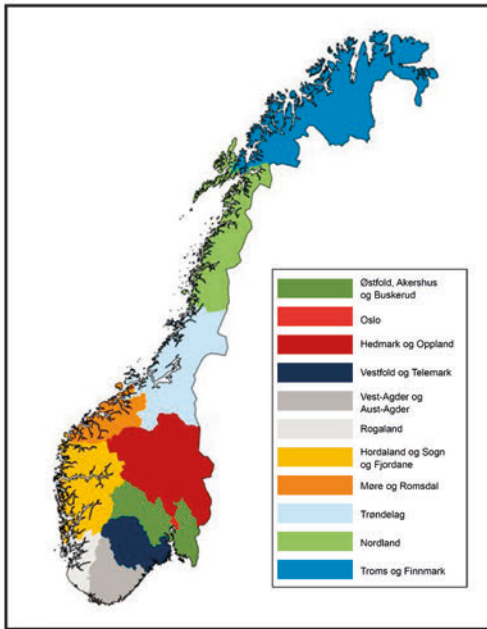
Tre indikatorer på tannhelse er nye ved denne publiseringen. Det publiseres resultater på tannhelsetilstand for 5-åringer, 12-åringer og 18-åringer. Indikatorene viser hvor stor andel av de som ble undersøkt som har hull i tennene. Det er til dels stor variasjon mellom fylkene for alle årskullene.

– Tannhelsen i barne- og ungdomsårene er ekstra viktig. Det er der grunnlaget legges for hvor gode tenner vi har resten av livet. Mange barn har god tannhelse, men vi ser dessverre store forskjeller i ulike deler av landet – og innad i de store byene. Det er en utvikling vi må holde under oppsikt og ta tak i. Helsedirektoratet kommer i nær fremtid med en handlingsplan om tannhelse, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Ny indikator på diabetesområdet

Ved denne publiseringen er det også en ny indikator som viser hvor godt diabetes-pasientene regulerer blodsukkeret (HbA1c). Helsedirektoratets retningslinjer anbefaler HbA1c omkring 7 prosent. På landsbasis var det 22 prosent av pasientene som oppnådde dette målet. Det er store variasjoner mellom helseforetakene hvordan diabetespasientene er regulert. Den nye kvalitetsindikatoren viser også resultat for de med dårligst regulert HbA1c, det vil si pasienter med HbA1c-verdier over 9 prosent. På landsbasis var det 18,4 prosent av pasientene som hadde et dårlig regulert blodsukker.

– Ikke-smittsomme sykdommer som blant annet diabetes er en av vår tids største og mest alvorlige helseutfordringer. Det er derfor viktig at diabetespasienter får god forebyggende behandling, slik at de slipper alvorlige komplikasjoner og følgeskader. Vi ser av tallene at ikke alle pasientene har riktig regulert blodsukker, og vi må derfor følge med på hvordan dette utvikler seg fremover. Den nye kvalitetsindikatoren er et godt verktøy i så måte, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.



Ny veileder - Tannhelsetjenesten i nye regioner

Regionreformen kan bli en krevende omstilling for ansatte og tillitsvalgte. NTF har derfor laget en veileder med en oversikt over prosessen.

Nedlastbar veileder, samt relevante linker og dokumenter finner du på:

www.tannlegeforeningen.no under
Jus og arbeidsliv / Offentlig sektor



Sykehjelpsordningen

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

For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no



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

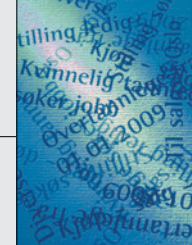
Slik kan de følsomme områdene av tannen se ut gjennom ett mikroskop.
Små hull i dentinet er eksponert.

Klinisk bevist for langvarig
beskyttelse mot ising**



Sterk reparerende effekt gjennom ett hardt lag***

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



■ STILLING LEDIG

Mo i Rana

Tannlegehuset Rana AS, søker ny tannlege. Veletablert klinikk med 6 ansatte, og bra pasientgrunnlag.

Daglig leder Daniel;

e-post daninowzari@gmail.com,

tlf. 75 13 17 88.

MAJORSTUEN I OSLO

Assistenttannlege med erfaring søkes til hyggelig kontor på Majorstuen

1-2 dager pr uke, helst fra midten av august. Vi bruker Opus og Digora.

Søknad sendes til

tannstell@gmail.com.

Aktuelle søkere vil bli kontaktet.

Namsos

Tannlege søkes til 100 % stilling i Namsos da en av våre tannleger går av med pensjon. Tre behandlingsrom, moderne og godt vedlikeholdt klinikk. Stabil pasientportefølje. Godt faglig og sosialt miljø. For mer info se www.tannlegetidende.no. tannlege.breistrand@gmail.com.

Tannhelsesenteret Trondheim

søker erfaren tannlege, full stilling.

Tlf. 92096100 eller mail

worldcake@gmail.com.

Tannlegepraksis i Haugesund

Søker kollega til travel praksis sentralt i

Haugesund medio 2019. Henvendelse

tannlege Arne Bastholm, Flotmyrgata

100, 5528 Haugesund. Mailadr:

post@bastholm.nhn.no. Tlf: 52713395

Nedre Eiker

På grunn av stor pågang søker vi etter en

assistenttannlege til en 20 % stilling, for-

trinnsvis fredagene. Det er ønskelig å øke

til 50 % stilling på sikt. Klinikken ligger

i Nedre Eiker og er lokalisert 35 min kjø-

ring fra Oslo. Togforbindelse i umiddelbar

nærhet. God tilgang til pasienter og gode

kolleger. Er du på jakt etter en deltidstil-

ling og er kvalitetsbevisst, omgjengelig og

serviceinstitst, så er du den vi ser etter. Ta

kontakt på post@niratannhelse.no

SKIEN

Vi søker kvalitetsbevisst, erfaren og

omgjengelig assistenttannlege til 100 %

stilling fra 1. des 2018.

Stillingen gjelder svangerskapspermi-

sjon i 1 år med mulighet for videre sam-

arbeid.

Praksisen består av 2 almenntannleger,

1 protetiker og 2 tannhelsesekretærer.

Vi holder til i moderne lokaler sentralt

i Skien og har oppdatert utstyr, bl.a OPG

og digital skanner.

Søknad med cv sendes til

post@berntsentannlegesenter.no

www.berntsentannlegesenter.no

Vi har plass til flere tannleger i Tannboden. Interessert i å drive privatpraksis i et større miljø? Tannboden er en liten tannlegekjede i Nordland. Vi har holdt på i 15 år, siden 2003.

Ta kontakt med:

Per Hamre, tannlege, tlf 91 888 222,

e-mail perhamre@hotmail.com

eller

Gunn Beate Fjellseth.

Tlf 41 52 67 21, e-mail

[gunn@tannboden](mailto:gunn@tannboden.no)



www.tannboden.no

Moss

Tannlege søkes til hyggelig, privat praksis

sentralt i Moss. 50-100 % stilling etter

avtale. Vi søker en dyktig, erfaren tann-

lege med gode kommunikasjonssevner.

Send CV og søknad til

assistenttannlege@hotmail.com



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

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



Ledige stillingar i

tannhelsetenesta



Møre og Romsdal
fylkeskommune

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



Tanngarden Os

søker assistenttannlege fast stilling ca 60% fra 1.1.19.

Tanngarden er et større tannlegesenter med 6 tannleger og 2 kjeveortopedier, 30 km sør for Bergen.

Stillingen har en solid pasientmasse som har vært stabilt betjent, samt god tilgang på nye pasienter.

Søkere må ha norsk autorisasjon, og erfaring vil bli foretrukket.

www.tanngarden.no
post@tanngarden.no

Søknadsfrist 15.9.18



TANNGARDEN
TANNLEGESENTER

Kristiansund. Vikariat for tannlege, 100 % med mulighet for forlengelse. På grunn av permisjon søker vi en tannlege i perioden 1. november 2018 til september 2019. Mulighet for forlengelse. Gode betingelser.

Henvendelse til tannlege Per-John Halvorsen. E-post: pjhalv@online.no.

Kristiansund. Vikariat for tannpleier, 100 % med mulighet for forlengelse.

Vi søker en tannpleier i perioden 1. november 2018 til september 2019. Mulighet for forlengelse. Gode betingelser. Assistanse ved stolen kan påregnes. Varierte oppgaver.

Henvendelse til tannlege Per-John Halvorsen. E-post: pjhalv@online.no.



Østfold fylkeskommune

Tannhelsetjenesten

Ledige stillinger annonseres fortløpende på www.ostfoldfk.no

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

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

Tannlege (fast stilling) søkes til privatklinikk i Trondheim

Ranheim Tannhelse er en klinikk med formidabel vekst og stor pasientpågang, og søker derfor etter ny kollega. Vi består i dag av 4 tannleger og 2 tannpleiere. Klinikken er moderne og nyoppusset sommeren 2018, og alt av utstyr på klinikken er enten nytt eller kun et par år gammelt. En av våre tannleger vil gå ut i svangerskapspermisjon i november. Dette vil medføre at du kan få fulle timelister fra første dag, mens du jobber deg opp din egen portefølje på klinikken. Vi søker deg som er pasientorientert, utadvendt, engasjert, har godt humør og er faglig oppdatert. Vi kan tilby svært gode betingelser (provisjon) og et hyggelig, ungt miljø. Søknad/spm: tannlege.finnanger@gmail.com. Mer info om klinikken på www.ranheimtannhelse.no



RANHEIM TANNHELSE

■ KJØP – SALG – LEIE

Praksis i Vik i Sogn

Veldreven praksis med god og stabil pasienttilgang til salgs grunna pensjonering.

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

Ønsker å kjøpe tannlegekontor

Ønsker å kjøpe tannlegekontor med god pasientgrunnlag i Stavanger området, mulighet for å fortsette kan diskuteres.

Ta kontakt via e-post:

tannogkjevekirurgi@yahoo.no eller ring 45049417.

LEDIG LOKALER: AKTIV TANNKLINIKK AS

Avd Oslo Sentrum, Storgata 17 Oslo

Avd Furuset, Gransdalen 29 Oslo

Moderne klinikk i lyse, trivelige lokal med: opus, helsenett og digital røntgen. Vi søker en kollega som enten vil bygge seg opp, eller som har egne pasienter å ønske samarbeid. Tid for oppstart kan diskuteres, og flere former for samarbeid kan være aktuell.

Ta gjerne kontakt med tannlege.ostrem@gmail.com

■ DIVERSE

TRENGER DINE TURBINER SERVICE?

Garantert billigst i Norge. 50 % rabatt på hver 5. turbin.

Vi utfører reparasjoner/service på turbiner, de aller fleste merker.

NB!(Ikke vinkelstykker)

Prisen for overhaling, dvs. ny spindel, ny impeller, nye lagre og o-ringer.

Kun kr 1990 eks mva. Rask levering. 6 mnd. garanti!



Sendes til Kjellands Tannlegepraksis AS, Service & Salg

Strandbygdveien 54, 2408 Elverum

Tlf 62 43 10 00

tannkjel@online.no

NB! Husk navn og adresse!





Tannlegeforeningens nettbaserte kurs – en enkel og fleksibel måte å fylle myndighetskrav og obligatorisk etterutdanning

**Følgende kurs er GRATIS og OBLIGATORISKE
for alle medlemmer i Tannlegeforeningen:**

- **Strålevern**
- **Kurs for tannleger om trygdestønad**
- **Smittevern**
- **Personvern og informasjonssikkerhet**
- **Kurs for tannleger om etikk**

Registrering og mer informasjon finner du på

www.tannlegeforeningen.no/tank

Implantmed

Fantastisk har blitt enda mere fantastisk!



reddot design award



- > Dokumentasjon
- > Stort og tydelig display
- > Kraftig motor
- > Tilvalg: LED lys - Trådløs fotpedal - W&H Osstell ISQ stabilitetskontroll

Kontakt din dentalleverandør eller W&H Nordic AB, t: 32853380,
office@whnordic.no, www.wh.com   : whnordic

implantmed