

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
131. ÅRGANG · #3 · 2021





100 % dekkende
ved bruk av **FOGGER!**

Effektiv mot bakterier,
virus og sopp, inkludert
Covid-19 og Norovirus

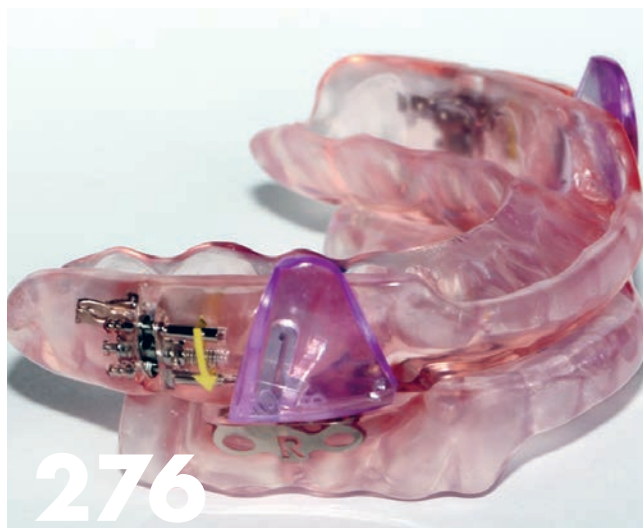
Godkjent av
Statens Legemiddelverk

Eksklusivt hos LIC Scadenta



Kontakt oss for mer informasjon:

www.licscadenta.no | Tlf: 67 80 58 80 | Mail: forbruk@licscadenta.no

245–340**246** Siste nytt først**249** Leder

Ett år med korona begynner å bli nok

251 Presidenten har ordet

Oral helse er helse!

252 Vitenskapelige artikler

252 Ewa A. Sz. Hovden og Eva Rydgren Krona: **Belegg- og slimhinnekartlegging – et verktøy for bedre samhandling og bedre oral helse hos institusjonaliserte eldre. Erfaringene fra systematisk kvalitetsarbeid i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud**

262 Marit S. Skeie, Anne Marit Graue, Ann Katrin Johansson og Ellen Berggreen: **Har satsingen på pedodonti gitt resultater? Henvisninger til spesialister i pedodonti i Hordaland i 2014–2019**

270 Nils Jacobsen, Qalbi Khan og Arne Hensten: **Drømmen om nye tenner**

276 Kasuistikk

276 Kåre Hatleberg, Johanna Svahn, Birgitte Fos Lundekvam, Trine Lise Lundekvam Berge, Kjersti Gjerde, Hilde Molvig Kopperud, Hilde Kristin Vindenes og Lars Björkman: **Allergisk reaksjon i forbindelse med bruk av søvnapnéskinne**

282 Aktuelt fag

282 Skadelig kjemisk forbindelse funnet i kulltannpasta

284 Doktorgrader

284 Shermin Rusthen: **Primært Sjögrens syndrom – orale og okulære aspekter**

267 Bivirkningsskjema**290** Aktuelt

290 Prestisjeløs ledelse i krise og kaos

294 Førsteårsstudentene har det vanskeligst sosialt

296 Ny region og koronautbrudd – ett år etter:

Mye arbeid, mye kreativitet

302 Tannlege på hjul – et nytt tilbud til papirløse migranter og rusavhengige

310 Fra NTF

310 Nytt styre i NTF Student

311 Kunngjøring: NTFs representantskapsmøte 2021:

Innsending av forslag til saker

312 Kunngjøring: Valg til NTF 2021

313 NTFs årsrapport (PDF)

314 Munnhelsedagen (PDF)

315 Diabetesforum (PDF)

317 EAPD 2021 (PDF)

318 Oppdatert kontaktinfo (PDF)

319 Æresmedlem Jan Henrik Parow, Trondheim, er 90 år

320 Arbeidsliv: (kommer)

324 Spør advokaten: Kan jeg pålegge ansatte å ta koronavaksine?

325 Oversikt over kollegahjelpere

326 Snakk om etikk: Moralsk nøytralisering

328 Kurs- og aktivitetskalender

330 Notabene

330 Tilbakeblikk

331 Personalialia

334 Minneord

334 Steinar Kvinnsland

335 Alexander Stepanenko

337 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Tapte ankesak om Legelisten

Legeforeningen fikk ikke støtte for sitt syn om nettstedet Legelisten i Borgarting lagmannsrett, men slipper å betale saksomkostninger på grunn av tvil, skriver Dagens Medisin.

I 2019 gikk Legeforeningen til sak mot staten, etter et vedtak i Personvernemda. Foreningen mener at helsepersonell bør kunne reservere seg mot at det legges ut vurderinger av dem på nettstedet Legelisten.no. Men foreningen fikk ikke støtte for sitt syn i Oslo tingrett, og ble idømt å betale for statens saksomkostninger. Foreningen anket dommen.

Nå har Borgarting lagmannsrett behandlet saken. Dommen viser at Staten ved Personvernemda vinner saken.

Lagmannsretten finner at Legelisten og pasienters ytringsfrihet og interesse av publiseringene veier tyngre enn helsepersonells interesser og rett til privatliv.

Legeforeningen unntas imidlertid fra å måtte betale saksomkostninger. Retten viser til at saken har prinsipielle sider og at den gjelder et område som i begrenset utstrekning har vært behandlet av norske domstoler tidligere.

«Avgjørelsen har virkninger for mange. Lagmannsretten har vært noe i tvil», heter det i dommen som ble avsagt 5. februar.

Tvilen i saken «skyldes i første rekke at det er konstatert mangler i oppfølgingen av kontrollrutinene», skriver retten. En samlet vurdering gjør derfor at Legeforeningen fritas for ansvaret for å betale saksomkostninger.

Leder Nils Kristian Klev i Allmennlegeforeningen er skuffet over dommen fra Lagmannsretten:

– Vi mener at det å være lege ikke kan likestilles med å drive kjøp og salg. Leger er ikke rene serviceyttere, men forvalter også samfunnets interesser. Det å ta viktige avgjørelser om sykmeldinger og medisinering blir vanskeligere når du risikerer å henges ut og utsettes for press på nettet.

– Det er fint å se at retten problematiserer innholdet på Legelisten. Når vi ikke dømmes til å betale saksomkostninger viser dette at det er en prinsipiell og viktig sak.

Legeforeningen har hevdet at Legelistens publisering av anonyme vurderinger er i strid med EUs personvernforordning (GDPR) når helsepersonell ikke har en generell reservasjonsrett.

Legelisten har gitt helsepersonell mulighet til å reservere seg under spesielle omstendigheter. I desember 2019 oppga Legelisten at 41 personer hadde fått reservere seg. Dette har blant annet blitt gitt i tilfeller hvor barn har blitt mobbet som følge av vurderinger på siden. Selskapet gir imidlertid ingen generell rett til å motsette seg omtale.

Lagmannsretten viser til at Legelisten publiserer vurderinger om blant annet tilgjengelighet, kommunikasjonsmåte og tidsbruk.

Retten mener at det er sannsynlig at mange brukere mener at vurderingene på siden kan gi nyttig informasjon, for eksempel for dem som skal velge ny fastlege.

Det påpekes i dommen at det er vanskelig for pasienter å innhente denne typen vurderinger på andre måter, og at det ikke er sannsynlig at brukerne av nettstedet ville dele sine vurderinger hvis de ikke kunne være anonyme.

Lagmannsretten viser også til at Legelisten har laget kontrollordninger, for eksempel for å hindre at ytringer fra personer er vurderinger om helsepersonell vedkommende ikke er pasient hos.

Lagmannsretten vurderer også personvernulempene med publiseringene på Legelisten, og påpeker blant annet at omtale kan oppleves som belastende for helsepersonell, ettersom den er lett tilgjengelig via nettsøk.

Retten legger imidlertid vekt på at vurderingene som publiseres gjelder yrkesutøvelse og skriver at «negative kommentarer i slike tilfeller rammer mindre hardt enn hva personopplysninger av mer følsom art ville ha gjort, f.eks. ved omtale av privatliv og familieliv.»

Retten viser til at selskapet har kontrollmekanismer, blant annet at vurderinger leses gjennom av en moderator. Men også at eksempler viser at oppfølgingen av kontrollordningene ikke alltid er tilstrekkelig.

Helsepersonells offentlige rolle trekkes frem i dommen, og at «ikke minst fastlegene har oppgaver knyttet til forvaltning av offentlige velferdsgoder».

Derfor er retten enig med flertallet i Personvernemda om at «personverninteressen i noen grad må vike for allmennhetens interesse i å finne informasjon om helsepersonellet.»

Retten mener at et avgjørende moment er at pasienter har lovfestet rett til valg av behandler. Retten viser til at det er få andre kilder til slik informasjon som deles på nettstedet.

Retten viser til ytringsfriheten og skriver:

«Etter lagmannsrettens oppfatning skal det en god del til for å nekte formidling av subjektive vurderinger av helsepersonell som er omfattet av lovfestet valgrett for pasienter, og der publiseringen skjer innenfor forsvarlige kontrollordninger mv. i tråd med Personvernforordningen.»

Ankefristen er én måned fra dagen avgjørelsen ble gjort kjent.

Antibiotikabruken redusert med over 30 prosent

Ferske tall Apotekforeningen har hentet inn viser at bruken av antibiotika i befolkningen er redusert med 33 prosent siden 2012.

– Et imponerende krafttak, mener fagdirektør Hanne Andresen.

I regjeringens nasjonale strategi mot antibiotikaresistens ble det satt et ambisiøst mål om at antibiotikabruken i befolkningen skulle reduseres med 30 prosent målt pr 1000 innbygger fra 2012 til 2020.

Nå viser tall fra Farmaloggs legemiddelstatistikk at dette målet er nådd med god margin.

Apotekforeningen har sett på tallene for alt salg av antibiotika[i] fra alle landets apotek i perioden 2012 til 2020. De viser at det på landsbasis i fjor ble brukt 33 prosent



Foto: Vay/mages.

færre doser antibiotika pr 1000 innbygger enn i 2012.

– Dette er en veldig gledelig utvikling, og viser at helsetjenesten har tatt et krafttak for å redusere bruken. Utviklingen er positiv i både primær- og spesialisthelsetjenesten, men det ser ut til å være primærhelsetjenesten og fastlegene som har tatt det største løftet, sier Hanne Andresen i Apotekforeningen.

I apotekene i primærhelsetjenesten er nedgangen på over 34 prosent, mens den er på 23 prosent i sykehusapotekene. En stor del av antibiotika som omsettes fra sykehusapotekene, brukes av sykehusene.

– At helsetjenesten har lyktes med denne kraftige reduksjonen i bruk av antibiotika er svært viktig i kampen mot antibiotikaresistens. Utviklingen av resistente bakterier er sett på som vår tids største helseutfordring. Uten effektive antibiotika vil behandling av mange sykdommer kunne bli satt mange tiår tilbake i tid, sier Andresen.

Hun tror både leger, annet helsepersonell og befolkningen har fått et mye mer bevisst forhold til faren for resistensutvikling. Da er det lettere å droppe antibiotika for å behandle ukompliserte infeksjoner som går over av seg selv.

Det var en jevn nedgang i bruken av antibiotika fra 2012 til 2018. I 2019 var det imidlertid en liten økning fra året før. Denne økningen er imidlertid mer enn kompensert i fjor, da det var en rekordstor nedgang på hele 14 prosent fra 2019. Det er tidligere vist at antibiotikabruken falt dramatisk våren 2020, som følge av de strenge smitteverntiltakene som ble innført. Denne nedgangen har holdt seg utover i året.

– All ære til arbeidet som er gjort for å redusere antibiotikabruken, men uten de strenge smitteverntiltakene vi opplevde i fjor, er det ikke sikkert vi hadde kommet helt i mål. Det er vanskelig å se noe positivt med koronapandemien, men den har nok i det minste bidratt til færre infeksjonssykdommer og mindre bruk av antibiotika, avslutter Andresen.

Tallene viser at det er små forskjeller mellom fylkene, men reduksjonen er aller størst i Oslo, med 37 prosent. De eneste

fylkene som ikke har nådd målet om 30 prosent reduksjon er Troms og Finnmark og Vestfold og Telemark. Men med 29 prosent reduksjon i begge fylker, er de ikke langt unna målet.

Periodontitt knyttes til covid-19-komplikasjoner

Covid-19-pasienter har minst tre ganger større sannsynlighet for å oppleve komplikasjoner hvis de også

har tannkjøtt-sykdom, ifølge en ny studie publisert i Journal of Clinical Periodontology, som utgis av European Federation of Periodontology (EFP).

Over 500 pasienter med covid-19 har deltatt i studien, som viser at pasienter med periodontitt hadde 3,5 ganger økt sannsynlighet for å bli lagt inn for intensivbehandling, 4,5 ganger økt sannsynlighet for å trenge ventilator og nesten ni ganger økt sannsynlighet for å dø, sammenlignet med de uten tannkjøttssykdom.

Blodmarkører som indikerer betennelse i kroppen var signifikant høyere hos covid-19-pasienter som hadde tannkjøttssykdom sammenlignet med de som ikke hadde det, noe som antyder at betennelse kan forklare den økte komplikasjonsraten.

«Resultatene av studien antyder at betennelser i munnhulen kan medføre at koronaviruset blir mer aggressivt,» uttaler professor Lior Shapira, president for EFP, i en pressemelding fra foreningen. «Oppfølging av munnhygien bør være en del av helseanbefalingene for å redusere risikoen for alvorlig covid-19-sykdom.»

Periodontitt, en alvorlig form for tannkjøttssykdom, rammer opptil halvparten av alle voksne over hele verden. Periodontitt forårsaker betennelse i tannkjøttet, og hvis det ikke blir behandlet, kan betennelsen spre seg videre til andre deler av kroppen.

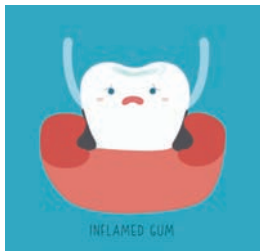


Foto: Vaynages

Covid-19 er assosiert med en inflammatorisk respons som kan være dødelig. Denne studien undersøkte sammenhengen mellom periodontitt og covid-19-komplikasjoner.

Les hele pressemeldingen på www.efp.org

REFERANSER

1. Marouf N, Cai W, Said KN, et al. Association between periodontitis and severity of COVID-19 infection: a case-control study. J Clin Periodontol. 2021. doi:10.1111/jcpe.13435.
2. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. Int J Health Sci. 2017;11:72–80.
3. Gomes-Filho IS, da Cruz SS, Trindade SC, et al. Periodontitis and respiratory diseases: A systematic review with meta-analysis. Oral Dis. 2020;26:439–446.

Krever reelle lønnsforhandlinger

– Vi skal ha et ansvarlig lønnsoppgjør. Samtidig er det rom for lokal fleksibilitet og reallønnsvekst i år, sa Akademikernes leder Kari Sollien under møtet i regjeringens kontaktutvalg i februar.

Statsminister Erna Solberg møtte partene i arbeidslivet for å diskutere årets lønnsoppgjør. Utfordringene som følger pandemien, fikk naturlig nok oppmerksomhet under møtet.

– Pandemien viser hvor avhengig samfunnet er av en godt fungerende og kompetent offentlig sektor. Når vi ser utviklingen i andre land er ikke dette en selvfølge, sa Sollien.

Pandemien gjør at prognosene for den økonomiske utviklingen er preget av stor usikkerhet før årets oppgjør. Mens noen bransjer i praksis er stengt ned under pandemien, går andre næringer og virksomheter bra og har økonomisk handlingsrom.

Sollien mener behovene til offentlig sektor må ligge til grunn for oppgjøret, og viste til at både statlige etater og kommuner strever med å rekruttere og beholde medarbeidere med høy kompetanse.

– Lønnsoppgjørene skal bidra til å sikre de gode fagmiljøene det offentlige trenger for å levere gode tjenester til innbyggere og næringsliv. Dette behovet opphører ikke under en pandemi. Vi forventer derfor reelle forhandlinger i årets oppgjør, sa hun.

Vinner kampen mot karies



Effektiv forebygging for pasienter med økt kariesrisiko*

Duraphat® høykonsentrert fluortannpasta er klinisk bevist å være **mere effektiv i forebygging av dental karies** enn en vanlig tannpasta:¹⁻⁴

- Duraphat® 5 mg/g fluortannpasta **forebygger kaviteter** ved å **arrestere og reversere** primære rot- og tidlige **fissurkaries lesjoner**¹⁻⁴
- **Nå tilgjengelig** så pasientene kan **kjøre den uten resept**, med veiledning fra apoteket



5 mg/g natriumfluorid

Anbefal Duraphat® til dine pasienter, kjøpes i apotek uten resept

* Pasienter ≥ 16 år med forhøyet kariesrisiko.

Referanser: 1. Baysan A et al. Caries Res 2001;35:41-46. 2. Ekstrand et al. Caries Res 2013;47:391-8. 3. Schirmer JF et al. Am J Dent 2007;20: 212-216. 4. Ekstrand et al. Gerod 2008; 25:67-75.

CF Duraphat «Colgate Palmolive A/S»

Kariesprofylaktikum ATC-nt: A01A A01

TANNPASTA 5 mg/g: 1 g inneh: Fluor 5 mg (som natriumfluorid) tilsv. 5000 ppm fluor, natriumbenzoat (E 211), sakkarinnatrium, sorbitol, hjelpestoffer. Fargestoff: Brillantblå FCF (E 133). **Indikasjoner:** Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne, særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries). **Dosering:** Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥ 16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pussing tar ca. 3 minutter. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom < 16 år. Høyt fluorinnhold. Tannspesialist bør konsulteres før bruk. Et økt antall potensielle fluorkilder kan gi fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor). Samtidig bruk av fluortabletter, -dråper, -tygggummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås. Ved beregning av anbefalt mengde fluoridioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpasta tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluoridioner). Inneholder natriumbenzoat som virker mildt irriterende på hud, øyne og slimhinner. **Graviditet/Amning:** Data mangler fra bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter ved svært høye doser. Skal ikke brukes ved graviditet og amning, med mindre en grundig nytte-/risikovurdering er utført. **Bivirkninger:** Sjeldne (> 1/10 000 til < 1/1000): Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Ukjent: Gastrointestinale: Brennende følelse i munnen. **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Toksik dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. Symptomer: Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og abdominalsmerter. Kan være dødelig i svært sjeldne tilfeller. Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Behandling: Ved svelging av en betydelig mengde, skal det omgående utføres tarmskylling eller fremtvinges brekninger. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. Kronisk intoksikasjon: Fluorose: Tannemaljen vil få et misfarget eller flekkete utseende når en fluordose > 1,5 mg/dag absorberes daglig over flere måneder eller år, avhengig av dosen. Ledsages av alvorlige former for økt skjørhet i tannemaljen. Benfluorose blir kun sett ved høy kronisk fluorabsorpsjon (> 8 mg/dag). **Pakninger og priser:** reseptpliktig: 51 g kr. 103,20. 3 x 51 g kr. 237,20; reseptfri: pris ikke fastsatt. Basert på SPC godkjent 23.08.2016. (Se www.legemiddelsok.no.)

**FORSIDEILLUSTRASJON**

grom.no, Inger Høj og Katrine Tveit

REDAKSJON**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,

Kristin S. Klock, Anne Rønneberg

ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 300,-

ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE

Haakon Vlls gate 6,

PB 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: 7050, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media

Grafisk design: 07 Media

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.

PRESSENS
FAGLIGE UTVALGTRYKT I
NORGE
NO - 1470Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERTFAGBREVET
OPPLAGSKONTROLLERT

Ett år med korona begynner å bli nok



Foto: Kristin Møller

Vi er kommet til mars 2021, og det er ett år siden den mye forandret seg i tilværelsen til de aller fleste av oss, for ikke å si alle. Tidende markerer ettårsmerket. Som mange andre, sikkert. Unnskyld hvis det blir kjedelig eller gjentakende. Vi publiserer relativt lenge etter at vi skriver om tingene, så vi blir aldri helt dagsaktuelle. Samtidig ønsker vi å si noe om den aktuelle situasjonen slik den er, når vi er ved leveringsfristen, eller deadline som det heter.

Vi er nå i den tredje bølgen, med stadig økende smittetall – og er vitne til diskusjoner om de som bor tett i en storby der det er mer smitte skal få en større del av vaksinedosene eller ikke – akkompagnert av kritiske toner mellom by og småby.

Siden vi alle er forskjellige som mennesker har alle opplevd, og opplever, koronasituasjonen forskjellig.

Når dette skrives er det fortsatt vel en uke til 12. mars, da de første omfattende tiltakene ble iverksatt. Samtidig er det over et år siden det første tilfellet av covid-19 ble registrert i Norge, i Tromsø 26. februar 2020.

Lite visste vi da, om hvordan pandemien ville utvikle seg, og lite vet vi nå, om når den er over. Vaksinen er imidlertid på plass, og ganske mange er allerede vaksinert. Det vil helst måtte hjelpe. Tross nyheter om vaksineresistent koronavirus.

Tannlegene fikk merke nedstengningen umiddelbart den 12. mars. Bare akuttbehandling var tillatt fra og med 13. mars, til dette tiltaket ble opphevet fra og med 20. april. Mange mistet mye inntekt i denne perioden, og også senere, og noe er blitt kompensert fra myndighetenes side.

I januar 2020 ble flere norske fylker slått sammen. 19 fylkeskommuner ble til 11. Samtidig med at den nye organisasjonen skulle på plass fikk lederne ansvar for å

håndtere koronasituasjonen. Vi har hørt med lederne av de fylkeskommunale tannhelsetjenestene om hvordan dette har vært.

De odontologiske lærestedene har møtt store utfordringer. Undervisning av tannlegestudenter som trenger en viss mengde praktisk trening er ikke lett når studentklinikken stenger på ubestemt tid. Det er nesten en umulighet. Teoretisk undervisning via digitale kanaler lar seg gjøre, og mange var helt uvant med den formen. Noen fikk lære nye ting fort.

Tannlegestudenter opplever usikkerhet og lurer på om de får nok trening og undervisning til å oppnå eksamen, og om de senere vil bli sett på som annenrangs tannleger siden de fikk en annen mengde og form for undervisning enn studenter på andre kull. De berømmer lærestedene som legger til rette så godt de kan, og klandrer myndighetene for strenge krav, som de ønsker å få unntak fra. Vi har vært i kontakt med en instituttleder og med lederen av NTF Student, for å høre nærmere om hvordan situasjonen er og har vært.

Siden vi alle er forskjellige som mennesker har alle opplevd, og opplever, koronasituasjonen forskjellig. Og ulikt til ulike tider. Det som er vanskelig i én periode kan oppleves lettere i en annen, til tross for at det ikke er noe særlig i det ytre som forandrer seg. Det som er katastrofalt for én person er ikke så farlig for en annen, selv om de ellers og tilsynelatende har nokså like vilkår. Noen har opplevd å få økt livskvalitet i denne perioden, og mange andre synes det er svært vanskelig med blant annet isolasjon og kanskje frykt for at en eller flere de står nær skal bli syke og dø. Alt er sammensatt og ikke likt for noen. Noe å huske på kanskje, før du eventuelt ber en annen om å skjerpe seg.

Og så får vi håpe at viruset skjerper seg snart, hvis en kan si det sånn. La oss slippe at det kommer verre tider i hvert fall, med nye varianter som gjør det vanskeligere. Det er på tide med bedre tider nå. Vi trenger det for helsen skyld.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør



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

GUM® AccessFloss er en tanntråd med **innebygget tanntrådfører** som gjør det **enkelt å rengjøre under og rundt kroner, broer, implantater og i større interdentale mellomrom**.

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



Send mail til sigurd.drangsholt@se.sunstar.com for **vareprøver på GUM® AccessFloss**



vare nr:
3200



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

HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®



Oral helse er helse!

Munnen er en del av kroppen. Ja, selvsagt. Men hvorfor er det da så vanskelig å få oral helse integrert i helsebegrepet? Hvorfor må vi stadig minne mange beslutningstakere og andre om at oral helse er viktig for fysisk og psykisk helse og motsatt? Hvorfor oppfatter mange ikke tannhelsetjenesten som en del av helsetjenesten?

Selv om vi opplever økt fokus på oral helse ser vi dessverre fortsatt at tannhelsetjenesten glemmes i mange viktige prosesser, og at tjenesten ofte ikke inkluderes. Prosessen som nå går med vaksinerings av helsepersonell, er et eksempel på dette. NTF ønsker å involveres og å bidra i alle prosesser som omfatter tannhelsetjenesten og oral helse.

NTF har i hele min tid vært svært opptatt nettopp av at oral helse er viktig for, og påvirker, den fysiske og psykiske helsen, og motsatt. Vi har arbeidet hardt for at oral helse skal være en naturlig del av helsebegrepet, og for at tannhelsetjenesten skal ses på som en viktig del av helsetjenesten. Det er et svært viktig, og også svært utfordrende arbeid.

En av de viktigste årsakene til at det er slik, er antagelig at tannhelsetjenesten er organisert og finansiert på en annen måte enn resten av helsetjenesten. Det gjør at tannhelsetjenesten ikke alltid inkluderes i prosesser som igangsettes, og at oral helse ikke inkluderes når man snakker om helse. Det må likevel være mulig å endre dette, uten nødvendigvis å endre hverken organisering eller finansiering av tjenesten.

NTF skal i hvert fall fortsette å snakke høyt om oral helse som en integrert del av helsebegrepet og tannhelsetjenesten som en viktig del av helsetjenesten. Et bidrag i dette arbeidet er årets Munnhelsedag.

Sammen med FDI World Dental Federation – den verdensomspennende organisasjonen for tannleger – markerer NTF årlig Munnhelsedagen 20. mars. I år er temaet: *God munnhelse kan bidra til at du lever et lengre, sunnere liv.*

I samarbeid med Kliniske Ernæringsfysiologers Forbund (KEFF) arrangerer vi fredag 19. mars et digitalt frokostseminar om viktigheten av god oral helse og riktig ernæring ved sykdom. Vi inviterer politikere og beslutningstagere til arrangementet, og vi håper selvsagt at mange av dere vil delta. Det er viktig å sette oral helse på agendaen. Vi er svært glade for at KEFF er med som arrangør, og at vi har fått dyktige foredragsholdere til å bidra med verdifull innsikt.

FDI understreker at god oral helse er en av grunnpillarene for generell helse og velvære. En sunn munn lar folk snakke, smile, lukte, smake, tygge, svelge og formidle en rekke følelser med selvtillit og uten smerte, ubehag



Foto: Kristin Aanes.

En sunn munn lar folk snakke, smile, lukte, smake, tygge, svelge og formidle en rekke følelser med selvtillit og uten smerte, ubehag og sykdom.

og sykdom. God oral helse har en positiv innvirkning på forebygging, behandling og håndtering av en rekke sykdommer, og er viktig for å sikre god livskvalitet.

Med motsatt fortegn vet vi at orale bakterier og infeksjon assosiert med periodontitt øker risikoen for en rekke andre sykdommer.

De fire hovedfaktorene som utgjør en risiko for orale sykdommer, er sukker, tobakksbruk, skadelig bruk av alkohol og dårlig munnhygiene. Ved å redusere risikofaktorene for orale sykdommer kan vi også forebygge annen sykdom, som hjerte- og karsykdommer, luftveissykdom, kreft og diabetes.

De fleste orale sykdommer kan i stor grad forebygges. Jo tidligere endringer og symptomer oppdages, dess enklere er det å behandle, og dermed unngå negative konsekvenser for resten av kroppen. Jevnlige kontroller hos tannlegen er derfor en god investering, ikke bare for munnhelsen, men for den generelle helsen.

Budskapet er klart: Du kan ikke være sunn uten god oral helse.

En godt fungerende munnhelse er grunnleggende for god ernæring, som igjen står helt sentralt i behandling og oppfølging av syke og pleietrengende.

Dårlig munnhelse og manglende oppfølging av munnhelsen ved sykdom eller funksjonsnedsettelse kan føre til smerter, ubehag og infeksjoner. Det kan gi problemer ved inntak av mat og drikke. Nok og riktig matinntak er essensielt for god livskvalitet, for å holde seg frisk og for å bli frisk etter sykdom. Dårlig munnhelse kan føre til dehydrering, feil- og underernæring. Konsekvensene av dette er alvorlige, da de fører til økt sykkelighet, større behov for pleie og økt dødelighet.

Ved å inkludere oppfølging av munnhelsen på et tidlig stadium av behandlingen av syke og pleietrengende, har man større sjanse for å iverksette tiltak som også kan bedre ernæringsstatus. Vi vet at underernæring er et problem i behandling av en rekke sykdommer.

For å sikre et helhetlig pasientforløp kreves det mer samarbeid på tvers av helsetjenestene, og økt kompetanse om munnhelse på tvers av helseprofesjonene. Munnhelse og ernæring bør vies mer oppmerksomhet i all helsefaglig utdanning.

Sammen kan vi bidra til at beslutningstagere og andre, ja hele befolkningen, får kunnskap om viktigheten av god oral helse for god helse og livskvalitet. Tannleger er helsearbeidere og en viktig del av helsetjenesten. Det skal vi fortsette å kjempe for.

Camilla Hansen Steinum
President

HOVEDBUDSKAP

- Kartlegging av tann- og munnstell på sykehjem/bo- og behandlingssentre i Buskerud viser en bedring i munnhygiene de siste 20 årene, til tross for at de som bor på institusjon blir eldre, er sykere og beholder flere egne tenner
- Forankring av folkehelsearbeid og utadrettet virksomhet i ledelsen er viktig for aksept, systematikk og kontinuitet i arbeidet
- Systematisk kartlegging av belegg- og slimhinneindeks (BSI) kan si noe om effekten samhandling mellom tjenestene har på oral helse hos eldre på institusjon
- Gode rutiner for besøk av tannhelsepersonell på institusjon med gjennomgang av samarbeidsrutiner, opplæring, veiledning og oppfølging skal føre til økt oppmerksomhet for viktigheten av tann- og munnstell, bedre tann- og munnhelse hos beboerne, og mindre behov for tannbehandling

FORFATTERE

Ewa A. Sz. Hovden, seniorforsker. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Eva Rydgren Krona, rådgiver. Tannhelsetjenesten, Viken fylkeskommune

Korresponderende forfatter: Ewa A. Sz. Hovden, ewah@viken.no

Akseptert for publisering 11.02.2021

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Hovden EAS, Krona ER. Belegg- og slimhinnekartlegging – et verktøy for bedre samhandling og bedre oral helse hos institusjonaliserte eldre. Erfaringene fra systematisk kvalitetsarbeid i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 252–60

Norsk MeSH: Tannhelsetjenester; Eldretannpleie; Institusjoner for heldøgns pleie og omsorg; Omsorgsboliger for eldre; Plakkindeks

Belegg- og slimhinnekartlegging – et verktøy for bedre samhandling og bedre oral helse hos institusjonaliserte eldre

Erfaringene fra systematisk kvalitetsarbeid i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud

Ewa A. Sz. Hovden og Eva Rydgren Krona

Grupper av eldre i Norge har lovpålagt rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. Likevel ser man både lav dekningsgrad av tannhelsetjenester og eksempler på dårlig tannhelse hos grupper av eldre som omfattes av kommunale helse- og omsorgstjenester. På tross av stort behov for tettere tverrfaglig samarbeid for å kunne ivareta god oral helse hos eldre på sykehjem og i andre boformer med omsorgsbehov, viser erfaringen at samhandling mellom de ulike tjenestene ofte er utfordrende i praksis.

Tiltaket som presenteres her, startet som et kvalitetssikringsprosjekt gjennomført i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud i 1998. Formålet med prosjektet var å etablere systematiske samhandlingsrutiner mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste, for på den måten å sikre akseptabel oral helse hos eldre på institusjoner i Buskerud fylkeskommune.

Resultatene fra prosjektet er videreført i faste rutiner for samarbeid, og viser at systematiske besøk fra tannhelsetjenesten på institusjon med opplæring, veiledning og oppfølging av de ansat-

te og av beboerne fører til bedre tann- og munnhelse hos beboerne og til bedre samhandling med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Belegg- og slimhinnekartlegging (BSI) har vist seg å være et godt arbeidsverktøy for tannhelsetjenesten i oppfølgingsarbeidet av både munnhygienestatus hos eldre i institusjon, og av opplærings- og veiledningsrutiner av de ansatte og av beboerne på institusjoner.

Populasjonen av eldre øker og mange eldre er i dag brukere av helse- og omsorgstjenester (1–2). I 2019 var om lag 37 000 personer, 67 år eller eldre, registrert som beboere på institusjon og over 109 000 personer, 67 år eller eldre, registret som brukere av hjemmetjenester i Norge (1–3). Over 90 000 av de som bodde hjemme hadde vedtak om enten bare hjemmesykepleie, eller praktisk hjelp og hjemmesykepleie og over 30 000 av de over 67 år hadde langtidsopphold i institusjon (4). Etter lov om tannhelsetjenesten har begge gruppene rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester og regelmessig og oppsøkende tilbud fra den offentlige tannhelsetjenesten i Norge (5). Den offentlige tannhelsetjenesten er videre forpliktet til å ha oversikt over (tann)helsetilstanden i befolkningen, til å fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller via forebyggende tiltak (6). Å yte forebyggende og oppsøkende tannhelsetilbud til eldre i hjemmetjenesten og eldre på institusjon krever høy grad av samhandling med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (7), siden det er kommunen som har ansvaret for det daglige munn- og tannstell og for at brukeren får informasjonen om sine rettigheter i den offentlige tannhelsetjenesten (8).

Allerede i 1999 ble det av Statens helsetilsyn påpekt at for å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeidet, er samarbeidet mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten helt avgjørende (9). Siden den gang har viktigheten av samhandling blitt vektlagt i flere stortingsmeldinger (10–11) og ikke minst i samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012 (12). Ulike kartlegginger i landet viser i midlertidig at på tross av eksisterende samarbeidsavtaler mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenesten, er mangel på kommunikasjon og mangel på gode rutiner i praksis en barriere for god samhandling (7, 13–14).

For å sikre at beboere i institusjoner får det tann- og munnstell de har behov for, har tannhelsetjenesten i tidligere Buskerud fylkeskommune (BFK) gjennom flere år arbeidet målrettet og systematisk for et velfungerende samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I perioden 1998–2001 gjennomførte den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud et tannpleierprosjekt for å bedre tannhelsen til pleietrengende eldre, kjent som «Kronaprojektet». Prosjektet som har

mottatt flere nasjonale priser («Det nytter»-pris og Zendium pris), resulterte blant annet i etableringen av forpliktende samarbeidsrutiner mellom tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fylket og utarbeidelsen av en 3-delt målsetning for videre arbeid med gruppe C-pasienter i Buskerud. Den tredelte målsetningen hadde som fokus;

1. Eldre, langtidssyke og funksjonshemmede i Buskerud skal ha tilfredsstillende tyggefunksjon, kunne ha sosial omgang uten plager og ikke ha smerter i munnen
2. Pleie og omsorgspersonellet i kommunen skal ha innarbeidede rutiner som gjør at munnstellet blir en del av den helhetlige pleien
3. Tiltak for å sikre systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

For å kunne evaluere effekten av de overnevnte tiltakene og for å videreutvikle kvaliteten på samarbeidet mellom tjenestene har den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud gjennomført en systematisk kartlegging av belegg og slimhinneindeks (BSI) hos beboere på alle sykehjem/bo- og behandlingssentre i fylket. BSI kartleggingen ble gjennomført fra og med 1998 til og med 2018 (sporadisk de første årene, og systematisk hvert 3. år fra og med 2009). Kartleggingene ble gjennomført som en del av tannhelsetjenestens ordinære tilbud og resultatene presenteres i den foreliggende artikkelen.

Formål

Formålet med kvalitetsarbeidet som presenteres her var å:

1. Sikre akseptabel* oral helse til eldre beboere i institusjoner
2. Sikre at beboere i institusjoner får det tann- og munnstell de har behov for
3. Sikre systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

**Akseptabel oral helse ble definert som ingen smerter, ubehag eller alvorlige lidelser i munnhulen, tilfredsstillende tyggefunksjon, kan kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.*

Metode

Utvalg

Kartleggingen av beboere i institusjoner ble gjennomført hvert 3. år fra og med 2009 av tannpleiere fra den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud.

Alle sykehjem, bo- og behandlingssentre og andre boformer som tannhelsetjenesten hadde forpliktende samarbeidsavtale med, ble inkludert i kartleggingen (ca. 50 små og store institusjoner i 21

Tabell 1: Beskrivelse av belegg- og slimhinneindeks (BSI).

Belegg (B):	B1: intet mykt belegg kan ses	B2: belegg som så vidt er synlig	B3: moderat ansamling av belegg	B4: rikelig med belegg – ikke forveksles med matrester
Slimhinne (S):	S1: normal utseende på gingiva og slimhinne	S2: mild inflammasjon; ubetydelig forandringer i farge og form av den marginale gingiva, lett rød farget slimhinne, rødfargede spyttkjertel utførsels ganger i ganen	S3: middels inflammasjon, klart rødfarge samt glatt ødematøs overflate i den marginale gingiva som blør ved sondering, påtagelig rødhet i den harde gane eller i spyttkjertel utførsels-gangene, protese gnag	S4: sterk inflammasjon, kraftig rødfarge med markant hevelse i gingiva som lett gir spontant blødning. Kraftig rødfarget og ødematøs ganeslimhinne. Proliferasjoner, hyperplasier eller blødning i slimhinne som lett brister ved f.eks. utfaking/innseting av protese

kommuner). Det ble satt et mål om at minimum 80 % av alle beboere skulle kartlegges på hver institusjon.

Kalibrering

Alle tannpleierne som skulle gjennomføre kartleggingen fikk teoretisk og praktisk opplæring i: 1. kriteriene for BSI (tabell 1) (15,16), 2. prosedyren for gjennomføring av registrering og 3. hvordan fylle ut kartleggings skjema og oppsummeringsskjema. I etterkant av teoriundervisning ble praktisk kalibrering gjennomført på to sykehjem, hvor kartleggingsresultatene ble diskutert til full enighet om kriteriene ble oppnådd.

Det ble videre anbefalt at tannpleiere burde ha med en pleier, helst primærpleier ved undersøkelse og oppfølging, for beboernes trygghet og for veiledning og opplæring av pleierne og beboerne.

Registrering av tannstatus og belegg og slimhinneindeks

Antall egne tenner, delproteser, proteser og eventuell tannløshet ble registrert før BSI kartlegging. Rotrest som var mer enn 2 mm over gingiva, ble registrert som tann.

Belegg og slimhinneindeks (BSI) ble brukt i kartleggingen av munnhygien hos eldre i institusjon (15–16). Graden av belegg på tenner og proteser (B) og munnslimhinnes tilstand (S) ble registrert på en skala med 4 trinn hver (tabell 1). I tilfeller der tannpleier var i tvil om belegg eller slimhinneindeks skulle registeres som 1 eller 2, eller som 2 eller 3, ble laveste verdi valgt. Ved usikkerhet om registrering mellom 3 og 4, ble høyeste verdi valgt. I tilfeller der beboerne var tannløse og uten helproteser eller der protesen ikke var i bruk, ble kun slimhinneindeks (S) registrert. BSI ble regnet ut som summen av B og S, hvor 2–4 var karakterisert som «akseptabel oral status», 5–6 som «ikke akseptabel oral status» og 7–8 som «dårlig oral status». I tilfeller der kun munnslimhinnes tilstand (S) var registrert, ble ikke BSI regnet ut for den beboer det gjaldt.

Kartlegging av behov for hjelp til tann- og munnstell, behandlingsbehov og ambisjonsnivå

Behov for hjelp til tann- og munnstell ble kartlagt ved å vurdere om pasienten klarer munnstell selv, får hjelp eller trenger hjelp.

Tannbehandlingsbehov ble registrert etter fire ulike vurderinger:

1. Regelmessig tilsyn, vanlig innkalling (recall)
2. Trenger behandling innen 2 måneder
3. Trenger behandling innen 2 uker
4. Trenger akuttbehandling

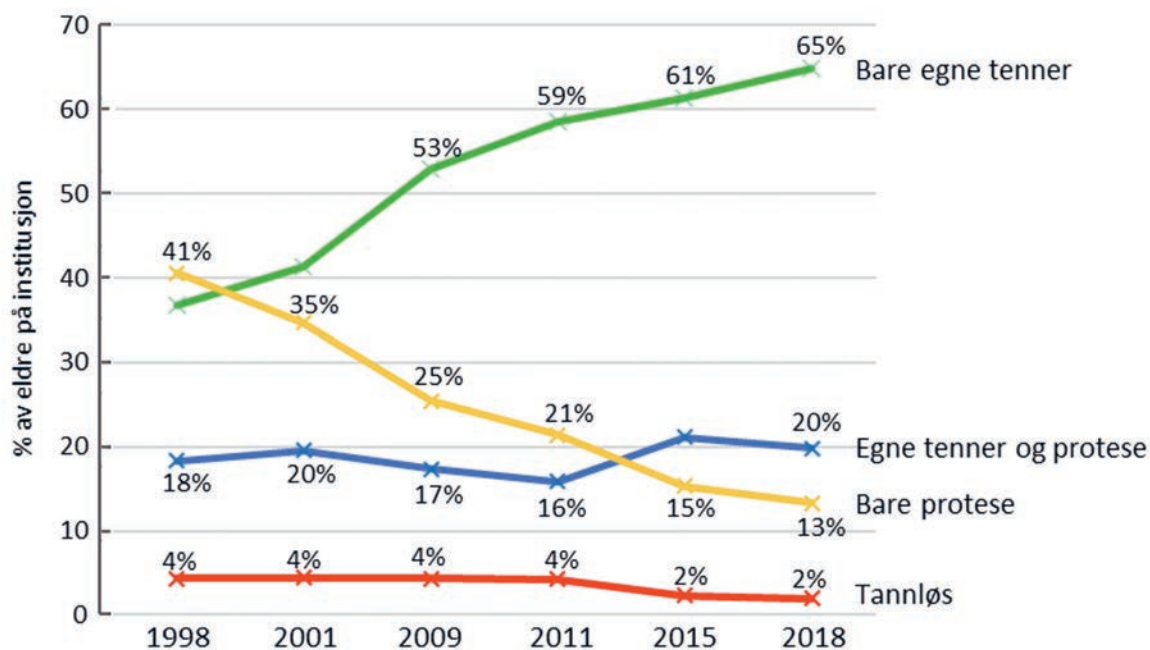
Pasientens evne til å kunne motta og ha nytte av tannbehandling ble vurdert basert på medisinsk status på en skala fra 1 til 4 hvor:

1. Dårlig medisinsk status: Målet er å unngå smerte og eliminere infeksjonstilstand i munnhulen som kan påvirke beboers allmenntilstand, målet er å lindre
2. Mindre god medisinsk status: Man aksepterer at relativt grave sykdomssymptom forekommer, også at disse langsomt forverres. Men ikke at akutt smerte eller akutt infeksjon oppstår. Målet er å utsette
3. Akseptabel medisinsk status: Målet er å opprettholde en relativt god oral helse. Mindre symptom på sykdom kan aksepteres, men ikke at disse symptomene forverres. Målet er å bevare
4. Høy medisinsk status: Målet er god oral helse. Beboer skal ha full behandling. Symptom på sykdom skal ikke aksepteres. Målet er å forbedre

Tiltak og oppfølging etter BSI-kartlegging

BSI gjennomsnittet ble regnet ut for hver kartlagt institusjon og kartleggingsresultatene ble presentert enten på institusjons-, kommune- eller fylkesnivå.

BSI kartleggingen ble brukt for å kvalitetssikre tannhelsetjenestens tilbud til eldre på institusjon og for å kvalitetssikre samhandling mellom tjenestene. Alle kommunene i Buskerud fikk brev med informasjon om planlagt BSI kartlegging i forkant av kartleggingen og brev med BSI resultater for alle institusjoner i hele



Figur 1. Prosentvis fordeling av eldre på institusjon med «bare egne tenner», «egne tenner og protese», «bare protese» og «tannløs» kartlagt i Buskerud fylkeskommune i perioden mellom 1998 og 2018.

fylke når kartleggingen var ferdig. I tilfeller der kartleggingsresultatene var dårligere enn ved sist kartlegging, ble mulige årsaker til dette diskutert i møter med sykehjemmet, og på møter med ledelsen i kommunen. Ledelsen i kommunen kunne være helse- og omsorgsleder, kommunalsjef/-direktør eller andre med ansvar.

Resultatene fra BSI kartleggingen ble presentert på ledermøter og på klinikk møter for den offentlige tannhelsetjenesten. Informasjon om resultatene ble også formidlet til fylkeslegen, Undervisningssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), pensjonistforeninger og eldrerådet i Buskerud fylkeskommune.

Statistikk

Resultatene fra kartleggingen presenteres som frekvensfordelinger på fylkesnivå for hvert tidspunkt (år). Data ble behandlet og analysert ved hjelp av SPSS statistikkprogram. Chi-square test for trend ble brukt til å se på om forskjeller i BSI trenden ved de ulike tidspunktene var statistisk signifikante. Forskjeller ble ansett å være statistisk signifikante hvis $p < 0,05$.

Etikk

Resultatene som presenteres her er en del av kvalitetsutviklingsarbeidet i Tannhelsetjenesten i Buskerud FKF (fylkeskommunale foretak). Jevnlig kartlegging på sykehjemmene var bestemt av ledergruppen i tannhelsetjenesten.

Som en del av kvalitetsutviklingsarbeidet i tannhelsetjenesten ble alle beboere som hadde takket ja til tannhelsetjenestens tilbud inkludert i kartleggingen, hvis de samtykket til det på kartleggingsdagen. Kartleggingen ble utført etter avtale- og i nært samarbeid med de ansatte på institusjonene.

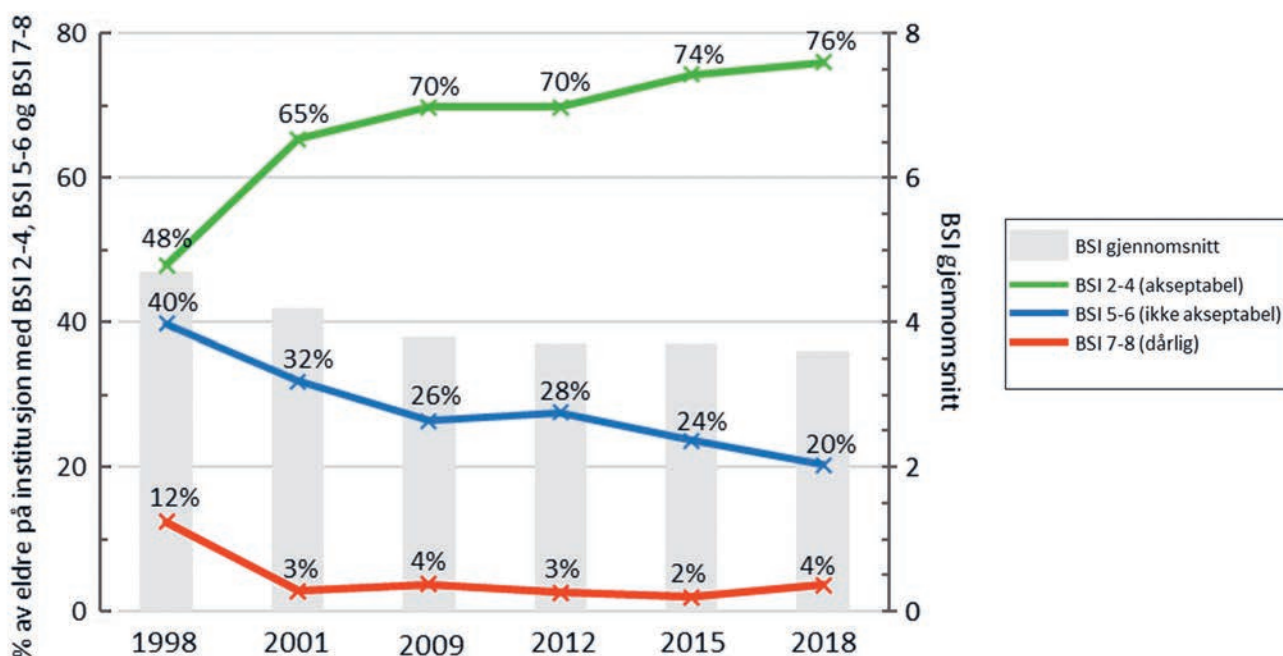
Kartleggingsskjemaene som ble brukt, ble makulert etter hver endt kartlegging. Ingen personopplysninger er samlet inn eller analysert. Resultatene presenteres kun på et populasjonsnivå.

Resultater

Flere eldre på institusjon beholder sine egne tenner

Kartleggingen gjennomført i Buskerud fra 1998 og fram til 2018 viser at flere og flere eldre på institusjon beholder sine egne tenner. I 1998 hadde 37 % av de kartlagte ($n=1855$) «bare egne tenner» sammenliknet med 65 % i 2018 ($n=1402$) (figur 1). I tillegg var 4 % tannløse i 1998 sammenliknet med 2 % i 2018 (figur 1).

Fra 2015 ble kartleggingen av antall tenner, delt inn i de som har «mindre enn 10 tenner», «mellom 10 og 20 tenner» og «flere enn 20 tenner». Det var 25 % (286) som hadde «mindre enn 10 tenner», 32 % (359) hadde «mellom 10 og 20 tenner» og 43 % (484) hadde «mer enn 20 tenner» i 2015. I 2018 hadde så mange som 48 % (566) «mer enn 20 tenner», mens færre, 21 % (255) hadde «mindre enn 10 tenner».



Figur 2. Kartlagt i Buskerud fylkeskommune i perioden mellom 1998 og 2018.

Flere eldre på institusjon har bedre belegg- og slimhinnestatus (BSI) i 2018 enn i 1998

BSI-gjennomsnittet på de kartlagte eldre på institusjon minker signifikant ($p < 0,05$) fra 1998 (BSI=4,7) til 2018 (BSI=3,6) (figur 2). Videre ser vi at hele 76 % av beboere på sykehjem har akseptabel belegg- og slimhinnestatus i 2018 (BSI 2–4), sammenliknet med kun 48 % med samme BSI score i 1998. Det er dobbelt så mange eldre (40 % vs. 20 %) med ikke akseptabel status og 3 ganger så mange eldre (12 % vs. 3 %) med dårlig BSI i 1998 sammenliknet med 2018. Det er registrert dobbel så mange brukere (fra 2 % til 4 %) med BSI score 7–8 i 2018 sammenliknet med 2015.

Mange eldre på institusjon trenger hjelp med det daglige tann- og munnstell

Behandlingsbehov og behov for hjelp ble målt første gangen i 2009 og videre i 2012, 2015 og 2018. Resultatene viser at i 2009 fikk 53 % av eldre på sykehjem hjelp med tann- og munnstell, 31 % utførte tann- og munnstell selv mens 16 % hadde behov for hjelp (tabell 2). Tallet på eldre som fikk hjelp med tann- og munnstell gikk ned til 43 % i 2018, mens tallet på de som hadde behov for hjelp økte til 24 %.

Vurdering av behandlingsbehov var kategorisert ved hjelp av to behandlingsindekser, A og B, hvor A beskriver pasientens tannbehandlingsbehov og B beskriver pasientens evne til å gjennomføre og ha nytten av behandlingen. Resultatene viser at det i 2009 var

88 % av de kartlagte eldre som hadde «regelmessig tilsyn med vanlig innkallingsintervaller» (tabell 3). I 2018 var denne gruppen oppe i 91 %. Videre var det i 2009 10 % eldre med «behandlingskrevende tilstander, som bør behandles innen to måneder» sammenliknet med 6 % i 2018. Det var flere eldre med «grav behandlingskrevende tilstand, som bør behandles innen 2 uker» i 2018 (2,5 %) enn i 2009 (1,5 %), mens behov for akutt tannbehandling var på 0,5 % både i 2009 og 2018.

Tiltak for systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten etter BSI-kartlegging

For å oppnå det tredelte formålet med kvalitetsarbeidet ble ulike tiltak implementert (tabell 4). I de skriftlige samarbeidsavtalene forpliktet både tannhelsetjenesten og kommunene (institusjonene og hjemmesykepleiedistriktene) seg til å gjennomføre forpliktende

Tabell 2: Behov for hjelp til tann- og munnstell.

År	Klarer munnstell selv % (n)	Får hjelp % (n)	Trenger hjelp % (n)
2009	31 % (437)	53 % (741)	16 % (218)
2012	30 % (395)	49,5 % (648)	20,5 % (267)
2015	26 % (351)	48 % (657)	26 % (349)
2018	33 % (459)	43 % (604)	24 % (339)

Tabell 3: Innkallingsintervaller basert på behandlingsbehov og ambisjonsnivå for behandling.

Behandlingsbehov				
År	Recall % (n)	2 mnd % (n)	2 uker % (n)	Akutt % (n)
2009	88 % (1238)	10 % (137)	1,5 % (23)	0,5 % (7)
2012	88 % (1153)	8 % (107)	3 % (35)	1 % (16)
2015	90 % (1222)	8 % (104)	1,5 % (22)	0,5 % (7)
2018	91 % (1284)	6 % (78)	2,5 % (35)	0,5 % (7)
Ambisjonsnivå på behandlingen				
År	Lindre % (n)	Utsette % (n)	Bevare % (n)	Forbedre % (n)
2009	5 % (66)	11,5 % (161)	79 % (1108)	4,5 % (61)
2012	7 % (91)	5 % (64)	82 % (1072)	6 % (84)
2015	5 % (71)	7 % (87)	84 % (1137)	4 % (59)
2018	4 % (56)	6 % (79)	88 % (1237)	2 % (30)

Tabell 4: Tiltak for å sikre systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

- Skriftlige avtaler basert på lovgrunnlag og offentlige føringer med klare mål for samarbeidet og klar ansvarsfordeling
- Kontaktpersoner
- Erfaringsutveksling
- Rapportering
- Forpliktende samarbeid med faste møter, oppfølging og tilbakemeldinger
- Innarbeidede rutiner for undervisning/veiledning gitt av tannhelsepersonell til pleiepersonell
- Undersøkelse og veiledning av beboer, gitt av tannhelsepersonell alltid sammen med pleier
- Innarbeidede rutiner hos pleie- og omsorgspersonellet i kommunen som gjør at daglig munnstellet blir en del av den helhetlige pleien.
- Systematisk BSI kartlegging av beboere som en del av tannhelsetjenestens tilbud

samarbeidsmøter en eller to ganger i året. Samarbeidet skulle ha klare mål og klar ansvarsfordeling (tabell 4 og tabell 5). Det ble oppnevnt faste kontaktpersoner i begge tjenester.

Etter gjennomført BSI kartlegging fikk alle sykehjem og avdelinger tilbakemeldinger om egne resultater, sammenlignet med gjennomsnittet for fylket. Basert på resultatene fra BSI-kartleggingen har tannhelsetjenesten i Buskerud laget systematiske planer for besøk på institusjoner.

Det ble bestemt at tannpleier skal være til stede på sykehjemmene minimum 4 ganger per år, og utover det bør hyppigheten bestemmes basert på antall beboere, antall beboere med egne tenner og BSI-resultatet. Ved besøkene skal tannpleieren gi veiledning til

pleiere og beboere i for eksempel børsteteknikk for de som trenger hjelp, hvordan veilede de som vil-, og kan pusse selv og opplæring av nyansatte og ferievikarer. Tannpleier skal også ha kontroll på de med egne tenner, følge opp rutiner for tann- og munnstell og diskutere tann- og munnstellplaner for nye beboere.

Diskusjon

Data som presenteres her er et resultat av et kvalitetsutviklingstiltak gjennomført i den offentlige tannhelsetjenesten i Buskerud gjennom flere år. BSI, belegg- og slimhinneindeks har vært jevnlig brukt på alle sykehjem/bo- og behandlingssentre i Buskerud siden 1998, som en del av tannhelsetjenestens tilbud, for å sikre at beboere i in-

Tabell 5: Ansvarsfordeling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten: ansvar for å følge opp og ivareta daglig munnhygiene, formidle tilbud om tannhelsetjenester til brukerne og gi tilbakemelding til tannhelsetjenesten

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten: ansvar for å gi opplæring og veiledning til brukere og pleiepersonell, å undersøke og gi nødvendig behandling og å gi tilbakemelding til brukere og helse- og omsorgstjeneste

stusjon får det tann- og munntell de har behov for, og for å utvikle kvaliteten på samarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Resultatene presenteres på populasjonsnivå og derfor gjenspeiler kun et øyeblikksbilde uten å ta hensyn til mulige påvirkningsfaktorer (ulike brukere fra gang til gang, variasjon i generell helsestatus på gruppen osv). Øyeblikksbildet tar heller ikke hensyn til hvor lenge siden brukere hadde vært hos tannlege og om pasienten er under behandling eller ferdigbehandlet.

Materialet er likevel enestående i den forstand at det på landsbasis finnes lite systematisk innhentede tannhelsesdata, spesielt samlet over tid (prospektive data) i den samme populasjonen. På tross av at den enkelte beboers orale helsestatus og behandlingsbehov ikke nødvendigvis er den samme i løpet av en 3-års periode, kan dataene presentert her vise klare trender i den orale helsetilstanden på populasjonsnivå. Den systematiske kartleggingen har derfor vært nyttig i avdekking av om samhandlingen mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene fungerer eller ikke fungerer. På denne måten kan tiltak iverksettes på institusjonsnivå, så beboere på institusjoner får ivarettatt tann- og munnhelse som en del av helse og velvære.

BSI data

Belegg- og slimhinne indeks, BSI, har av flere blitt benyttet i kartlegging av oral munnhygiene og resultatene viste at hele 40 % av beboere på institusjoner hadde BSI på over 5, dvs. ikke akseptabel oral helsestatus (17–20). Det er flere faktorer som kan ha innvirkning på den dårlige orale munnhygien hos eldre. En årsak kan være kognitiv svikt, og at det derfor er mange eldre på sykehjem som er avhengig av hjelp til grunnleggende behov, som mat og drikke samt daglige hygienrutiner inkludert munntell. Vi vet at det er stor variasjon i munnhygienrutiner ved ulike institusjoner i landet (21). Manglende hjelp til tann- og munntell kan skyldes både mangel på tid og ressurser, samt manglende kunnskap hos omsorgspersonellet. Et viktig effektmål i arbeidet gjennomført i Buskerud var derfor ikke bare å kartlegge BSI, men også følge opp de ansatte i institusjon både før og etter BSI-kartleggingen.

BSI-kartleggingen gjennomført i Buskerud viser en signifikant bedring i munnhygiene de siste 20 årene, til tross for at de som bor på institusjon blir eldre, er sykere og beholder flere egne tenner (22–23). Dette kan tyde på at gode rutiner for besøk av tannhelsepersonell på institusjon med gjennomgang av samarbeidsrutiner, opplæring, veiledning og oppfølging av brukernes BSI status fører til bedre tann- og munnhelse hos beboerne, og mindre behov for akutt tannbehandling.

Systematisk samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Resultatene fra det systematiske kvalitetsarbeidet gjennomført i Buskerud viser at det ikke bare er viktig å ha forpliktende samarbeidsavtaler på overordnet nivå, men at det er viktig å ha gode årsplaner og regelmessige møter mellom tannpleierne, ansatte og beboere på institusjoner. Som tannhelsepersonell er det viktig å være ute på avdelingene, og møte helsepersonell og beboere på «deres arena». Tilstedeværelse gir muligheten til å observere hvordan munntellet gjennomføres for de ulike beboere, hva som er utfordringer og hva de har av hjelpemidler. Det er lettere å veilede pleiepersonell og beboere, hjelpe til med praktisk tilrettelegging, informere om relevante hjelpemidler, midler mot munntørrehet o.l., instruere i hvordan man pusser tenner på andre, samt veilede- og følge opp de som vil-, og kan pusse selv. Det er også viktig å sørge for at vann som tørstedrikk er et alternativ på avdelingen. I tillegg kommer jevnlig kontroll av de som har egne tenner og oppfølging av systemer og rutiner for tann- og munntell. Det er viktig å bli kjent og være en som helsepersonellet er trygge på og har tillit til. Tannhelsepersonellet skal være en konsulent – ikke en kontrollør.

BSI har vist seg å være et nyttig verktøy i arbeidet med å sikre at beboere i institusjoner får det tann- og munntell de har behov for, og sikre systematisk samhandling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og fylkeskommunal tannhelsetjeneste.

Erfaringene viste at ved å bruke BSI som måleverktøy var det lettere å følge opp de ulike institusjonene og å sette i gang med målrettede tiltak. BSI ble aktivt brukt i møter mellom tjenestene. Ved å bruke BSI-resultater på møter med institusjonene, hadde tannhelsetjenesten et verktøy som viser ivaretagelsen av munnhelsen til beboere. Beboere som skårte dårlig fikk ekstra oppfølging både fra tannhelsetjenesten og fra helse- og omsorgstjenesten. BSI kartleggingen ble brukt for å planlegge og vurdere når og hvordan hjelp til tann- og munntell bør settes inn som en del av daglig pleie, og var ikke minst viktig for tannpleiere i samarbeidet med institusjonene, for å vurdere frekvens på besøk fra tannhelsetjenesten per år. For begge parter er det en fordel å lage en årsplan, det skaper forutsigbarhet og gjør det enklere for institusjonen å ha personell som kan følge tannpleier til beboere. Det er viktig med rapporteringsrutiner for å sikre at avtaler blir fulgt opp.

Viktige erfaringer for å lykkes i arbeidet:

- Forankring i ledelsen
- Tydelige og forpliktende samarbeidsavtaler
- Arbeidet må drives i hele organisasjonen
- Kompetanseløft – opplæring og veiledning
- Forpliktelse og engasjement/involvering

- Tilslutning til generelle helsemål
- Synliggjøring av det positive
- Erfaringsutveksling
- Ansvarsklargjøring
- Involvering av begge tjenester på lik linje /likeverdige partnere

Konklusjon

Erfaringene fra Buskerud fylkeskommune viser at det kreves høy grad av systematikk og samhandling for å oppfylle intensjonene

i helselovgivningen, slik at de som trenger det får et godt/tilpasset tannhelsetilbud, både fra kommunens side og fra tannhelsetjenesten. BSI har vist seg å være et godt verktøy til bruk i dette arbeidet. Likevel er det viktig å understreke at det fremdeles er stort behov for flere kvalitetsutviklingsprosjekter i den offentlige tannhelsetjenesten som både ser på effekt og evaluerer ulike tiltak.

REFERANSER

1. Tønnesen M, Sysse A, Aase KN. Befolkningsframskrivninger 2014–2100: Hovedresultater. Statistisk sentralbyrå. Økonomiske analyser 4/2014
2. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Befolkning, etter alder, statistikkvariabel og år. Tabell 07459.
3. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Omsorgstjenester – brukere, etter alder, region, tjenestegrupper, statistikkvariabel og år. Tabell 12003.
4. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstjenester. Brukarar av omsorgstjenester per 31.12., etter alder, tenestetyp, statistikkvariabel og år. (F) 2007–2019. Tabell 06969.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) (LOV-1983–06–03–54).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011–06–24)
7. Hovden E, Rydgren Krona E, Disch PG. Tannhelsetilbudet til brukere av hjemmebaserte omsorgstjenester med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven i region Sør. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 03/2017. <http://hdl.handle.net/11250/2444207>
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011–06–24–30).
9. Statens helsetilsyn. Tenner for livet -Helsefremmende og forebyggende arbeid. Veiledningsserie 1: 1999. IK-2659 (1999).
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning— Framtidas tannhelsetjenester. St.meld.nr 35. (2006–2007)
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Meld. St. 19 (2014–2015).
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
13. Karlén LS, Krona ER. Evaluering av folkehelseprosjekt/ tiltak i den offentlige tannhelsetjenesten. Rapport 2013. <https://www.tkost.no/rapport-om-evaluering-av-folkehelseprosjekt-i-den-offentlige-tannhelsetjenesten.5386107-461690.html>
14. Forren KL, Hovden E, Ansteinsson V, Kalland B, Søberg HA. Kommunal tannpleier – samhandling mellom hjemmebasert omsorg og tannhelsetjenesten. Samarbeidsprosjekt mellom Hamar kommune og Tannhelsetjenesten Hedmark. Prosjektrapport 2018. <http://medlemssiden.tannpleier.no/kunnskap/fagstoff/prosjektrapport-2018-kommunal-tannpleier-hamar-hedmark/>
15. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll T. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. Spec Care Dentist 1999; 19: 154–7.
16. Gerodontologisk seksjon, Klinikk for oral kirurgi og oral medisin. BSI. Belegg- og slimhinneindeks. Kriteriebeskrivelse. Oslo: Universitetet i Oslo; 1995.
17. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. J Am Geriatr Soc. 2008; 2124–30.
18. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Laake K, Axéll T. Oral hygiene and oral symptoms among the elderly in long-term care. Spec Care Dentist 2004; 24: 254–9.
19. Gimmestad AL. Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. Nor Tannlegeforen Tid 2006; 116: 268–73.
20. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. Gerodontology. 2012 Jun; 29(2): e420–6. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00490.x.
21. Diep MT, Sodal ATT, Skudutyte-Rysstad R, Hove LH. Rutiner for oral helse på sykehjem: En undersøkelse blant sykehjemsledere. Nor Tannlegeforen Tid 2018; 118: 694–9.
22. Haugejorden O, Klock KS, Åström AN, Skaret E, Trovik TA. Socio-economic inequality in the self-reported number of natural teeth among Norwegian adults-an analytical study. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36: 269–78.
23. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. Acta Odontol Scand. 2008; 66: 368–73.

ENGLISH SUMMARY

Hovden EASz, Krona ER.

Mucosal-plaque index (MPS) – a tool for increased collaboration and improved oral health in institutionalized elderly.

The experiences from systematic quality work in the public dental health service in Buskerud.

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 252–60

Elderly in Norway, who live at institutions or receive home nursing care for more than three months have a statutory right to free of charge public dental treatment. Nevertheless, one sees both low percentage of elderly under public dental supervision (especially elderly in home nursing) and examples of poor oral health among elderly receiving municipal care services. Maintenance of good oral health is especially important in elderly and long-term sick and disabled persons as oral diseases can lead among others to severe pain, negative effects on nutrition, aspiration pneumonia and premature death.

In Norway, the public dental service is organized at the county level, while homecare service is organized at the municipal level. Such a system where institutions on different administrative levels (county and municipal) are responsible for the same patient requires high degree of collaboration. Experience shows that collaboration can be a major challenge in practice.

The present study started as a quality work carried out in the public dental health service in Buskerud from 1998 until 2018. The purpose of the work was to establish systematic collaboration routines between municipal health care service and county public dental health service, in order to ensure acceptable oral health in the institutionalized elderly.

The project resulted in implementation of systematic routines for collaboration, such as regular training, guidance and follow-up of the employees and the older residents at municipal institutions. Furthermore, mucosal-plaque index (MPS) proved to be a useful tool in determining if the implemented quality measures works and in ensuring that institutionalized elderly get the oral care they need and thus get the acceptable oral health.

HJELP PASIENTENE DINE MED Å BEHOLDE ET FRISKT TANNKJØTT

PARODONTAX ER EN FLUORTANNKREM TIL DAGLIG BRUK, SPESIelt UTVIKLET FOR UTMERKET PLAKKFJERNING FOR Å HJELPE MED Å STOPPE OG FOREBYGGE BLØDENDE TANNKJØTT*



48%

reduksjon av **blødende tannkjøtt***¹

4X

bedre **plakkfjerning****¹

For mer informasjon og prøver kontakt
scanda.consumer-relations@gsk.com

*sammenlignet med en vanlig tannkrem ved børsting to ganger daglig

**enn en vanlig tannkrem, etter en profesjonell tannrengjøring og børsting to ganger daglig

1 Jose et al. J Clin Dent. 2018; 29:33-398

Registrerte varemerker tilhører eller er lisensiert av GSK-konsernet.
©2020 GSK eller deres lisensgiver. PM-NO-PAD-20-00008.

HOVEDBUDSKAP

- Satsingen på pedodonti på Vestlandet gjør at flere barn og unge får spesialisthjelp, men lang avstand til spesialist gir færre henvisninger.
- Erupsjonsproblematikk utgjorde den vanligste henvisningsårsaken.
- Av alle typer henvisninger, var de fleste som ble henvist i alderen 7- til og med 15 år.
- Det er fortsatt behov for flere spesialister i pedodonti på Vestlandet, og spesialistutdanningen i Bergen bør gjenopptas.
- Det bør ikke være økonomiske hindringer for å få barn og ungdom utredet og behandlet av spesialist.
- Kartleggingsstudier i spesialisttjenesten gir verdifull informasjon både til tjenesten og til helsemyndigheter og er viktig for å kvalitetssikre tjenestetilbudet.

FORFATTERE

Marit S. Skeie, professor emeritus, spesialist i pedodonti. Institutt for klinisk odontologi – Seksjon for pedodonti, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen og Tannhelse-tjenestens Kompetansesenter Midt-Norge (TkMidt), Trondheim

Anne Marit Graue, Spesialist i pedodonti. Tannhelse-tjenestens Kompetansesenter Vestland (TkVestland), Bergen

Ann Katrin Johansson, professor, spesialist i pedodonti. Seksjon for kariologi, Institutt for klinisk odontologi. Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Ellen Berggreen, forskningsleder, professor. Tannhelse-tjenestens Kompetansesenter Vestland (TkVestland), Bergen og Institutt for Biomedisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Korresponderende forfatter: Marit Slåttelid Skeie, e-post: marit.skeie@uib.no

Akseptert for publisering 12.02.2021

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Skeie MS, AM, Johansson AK, Berggreen E. Har satsingen på pedodonti gitt resultater? Henvisninger til spesialister i pedodonti i Hordaland i 2014–2019. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 262–8

MeSH søkeord på norsk:

Har satsingen på pedodonti gitt resultater?

Henvisninger til spesialister i pedodonti i Hordaland i 2014–2019

Marit S. Skeie, Anne Marit Graue, Ann Katrin Johansson og Ellen Berggreen

Hovedmålet med denne studien var å vurdere om satsingen i pedodonti i vest fra 2013 hadde ført til en økning i henvisninger til spesialisttjenesten i pedodonti i Bergen sammenlignet med en tidligere kartlegging 2006–2013. Delmål var å registrere antall henvisninger, geografisk spredning, alderssammensetning, henvisningsårsaker, hvilke yrkesgrupper helsepersonell som henvis-te, ventetid, samt å sammenligne resultatene med andre norske og svenske studier. Grunnlaget for studien var alle mottatte henvisninger til spesialisttjenesten i pedodonti ved Tannhelsetje-nestens kompetansesenter Vest/Hordaland i løpet av seksårsperi-oden 2014–2019. Totalt ble 1781 henvisninger registrert. Prosentandelen av den totale befolkningen barn og ungdom som ble henvist fra tidligere Hordaland, var markant høyere enn tilsva-rende prosentandel rapportert i en tidligere studie i samme områ-de (0,23 % vs. 0,03 %). Økt avstand fra behandlingsstedet resulter-te i færre henvisninger, og særlig var henvisningsantallet fra tidligere Sogn & Fjordane fylke bekymringsfullt lavt. Aldersgrup-pen 7–15 år utgjorde nesten tre-fjerdedel av henvisningene, og erupsjonsproblematikk var årsaken til flest henvisninger. Den gjennomsnittlige ventetiden for spesialistbehandling var ca. 2 måneder. I tillegg utgjorde rådgivningstjeneste fra spesialister en viktig del av tilbudet. Studien viser at satsingen har gitt et bedre spesialisttilbud for barn og unge i vår region, men at det bør sat-ses på å utdanne flere spesialister slik at en kan oppnå en bedre regional dekning.

Bakgrunn

En utredning fra Helsedirektoratet i 2011 viste at blant alle odontologiske spesialiteter skilte pedodonti seg ut med størst underdekning av yrkesaktive spesialister (1) og tydeliggjorde med det et behov for utdanning av flere pedodontister i Norge. Utredningen viste også at av samtlige helseregioner i Norge, kom helseregion vest dårligst ut når det gjaldt dekningen av pedodontister. En kartlegging av henvisninger til spesialist i pedodonti ved Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi (IKO), Universitetet i Bergen (UiB) i perioden 2006–2013 (2), fant også et bekymringsfullt lavt henvisningstall og således underbygde påstanden at pedodontien på Vestlandet trengte et løft.

Førsteprioritet ble å øke utdanningskapasiteten for spesialistkandidater i pedodonti i Norge. Gjennom statsbudsjettet for 2013 ble det åpnet opp for å bevilge lønn til spesialistkandidater i pedodonti (3). For å sikre spesialistutdanningen på Vestlandet, ble det høsten 2013 inngått en samarbeidsavtale mellom de samlokaliserte institusjonene, IKO, UiB og det da nyetablerte kompetansesenteret, Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vest/Hordaland (TkVest/H). Tilsetting av en pedodontist fra høsten 2013 ved TkVest/H (bistilling IKO) muliggjorde at de to institusjonene i samarbeid kunne starte opp spesialistutdanning i pedodonti. Denne satsingen på utdanningskapasiteten har ført til at seks pedodontister er utdannet. Alle er per i dag tilsatt i Vestland tannhelsetjeneste, enten som heltidstilsatt eller i delt stilling, henholdsvis ved IKO og ved Haukeland universitetssykehus (HUS), Bergen i «Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus» (4).

Fra 2013 overtok TkVest/H som henvisningsinstans i pedodonti fra tidligere Seksjon for pedodonti, IKO. I forbindelse med dette ble det kostnadsfritt for offentlige klinikker å få barn og ungdom utredet og behandlet hos spesialist. I tillegg ble det informert ut mot offentlig tannhelsetjeneste om hvilke barne- og ungdomspasienter som kvalifiserte for henvisning til spesialist i pedodonti, og det ble etablert rådgivingstjeneste og kurs i pedodonti for tannleger i den offentlige tannhelsetjenesten.

Kvalitetssikringsprosjekter er nyttige for å vurdere om barns og ungdommers behov for spesialisttannhelsetjeneste blir ivarettatt. I Sverige har de kartlagt spesialisttjenesten i pedodonti gjennom en 25-årsperiode (5), noe som har framskaffet unikt basismateriale til å evaluere om barn og ungdom som trenger spesialistkompetanse, får det odontologiske behovet ivarettatt. Et slikt basismateriale er også nyttig for å analysere utviklingen av spesialiteten og planlegge tjenesten fremover. Konklusjonene fra den svenske studien var at antallet henvisninger hadde økt gjennom 25-årsperioden og at det var behov for flere spesialister.

Hovedmålet med denne studien var å vurdere om satsingen i pedodonti i vest fra 2013 hadde ført til en økning i henvisninger til spesialisttjenesten ved TkVest/H sammenlignet med en tidligere kartlegging fra UiB i perioden 2006–2013. Delmål var å registrere antall henvisninger, geografisk spredning, alderssammensetning, henvisningsårsaker, hvilke typer helsepersonell som henviste, ventetid samt å sammenligne resultatene med andre norske og svenske studier.

Materiale og metode

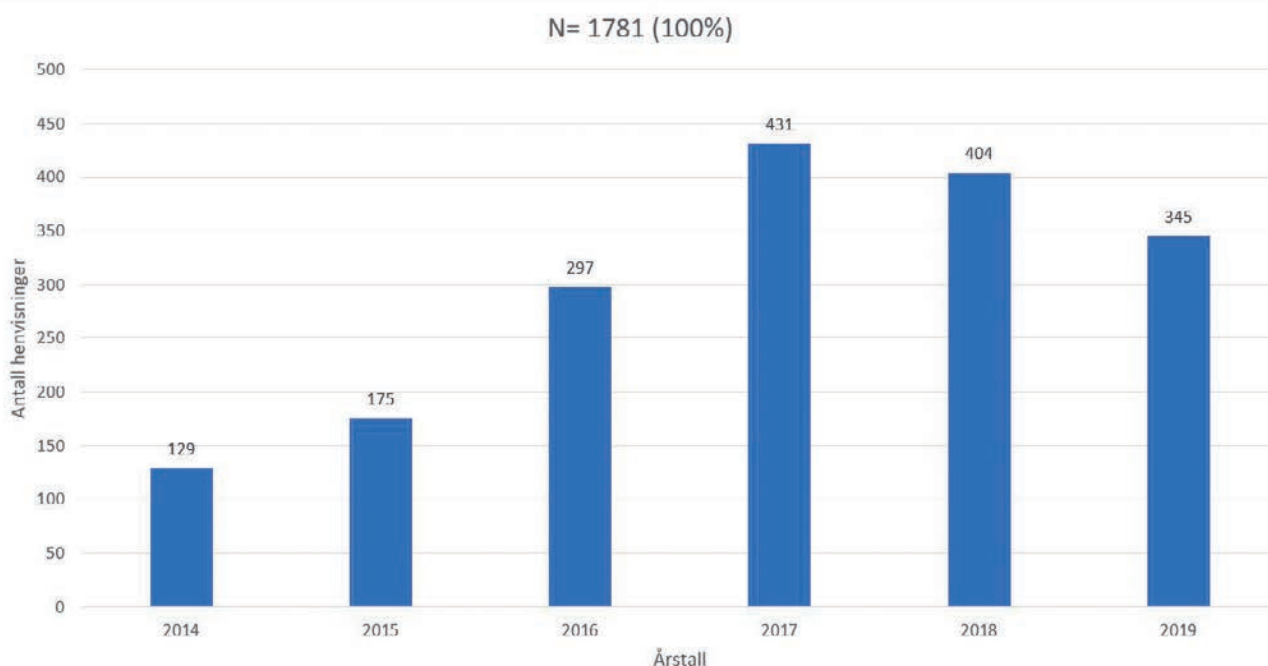
Prosjektet ble godkjent av samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som et kvalitetssikringsprosjekt ved TkVest/H (nr. 60564) med retrospektiv design.

Grunnlaget for studien var alle henvisninger som i løpet av perioden januar 2014 til januar 2020 ble mottatt hos spesialisttannhelsetjenesten i pedodonti ved TkVest/H. Den offentlige tannhelsetjenesten i tidligere Sogn & Fjordane fylke hadde i denne perioden avtale om å henvise barn og ungdom som hadde behov for spesialist i pedodonti til TkVest/H. Alle pasientene (0–20 år) ble i studien registrert kun en gang selv om det forelå flere henvisninger på samme pasient, og henvisningene ble inkludert selv om pasientene ikke møtte. Rådgivingstjeneste ble i begynnelsen av studieperioden ikke registrert, men etter 2018 ble også rådgivingstjenesten registrert i form av antall henvendelser og tidsbruksregistrering. Rutinene ved denne tjenesten var at etter at spesialisttjenesten hadde mottatt henvendelser per e-post eller telefon, kunne pedodontisten innhente relevante røntgenbilder, fotos og andre journalopplysninger. Formålet var å gi støtte og hjelp til å vurdere om pasienten burde henvises eller kunne bli hjulpet på lokal klinikk.

Vi registrerte også årstall for henvisning, geografisk fordeling av hvor henvisningene kom fra, henvisningsårsak (en pasient kunne ha flere henvisningsårsaker), hvilke yrkesgrupper som henviste, og om henviser var tilknyttet offentlig eller privat praksis. Pasientopplysningene som ble registrert var kjønn, alder og ventetid fra registrert henvist til time for oppmøte på klinikken. Det ble også registrert for den enkelte pasient om det forelå behov for sedasjon eller narkose ved behandling.

Statistikk

Statistikkprogrammet SPSS for Windows (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp) ble brukt for å analysere data. Chi-square statistikk og uavhengige sample t-tester ble brukt for å måle ulikheter mellom grupper. Beregninger fra Statistisk sentralbyrå angående det totale antall barn og ungdom 0–18 år hjemmehørende i tidligere Hordaland fylke og Sogn & Fjordane ble innhentet (6), for å beregne prosenttall av

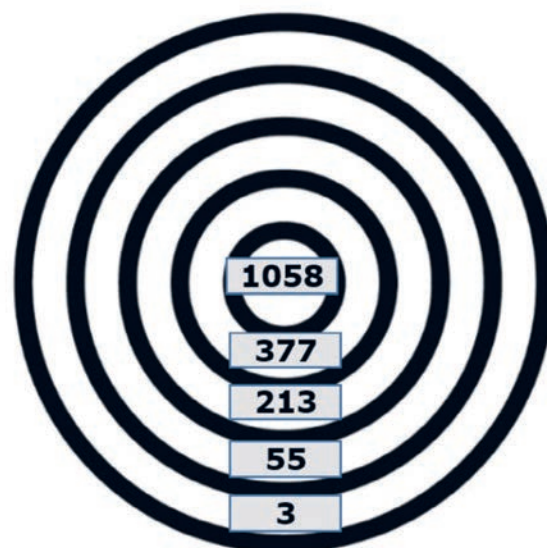


Figur 1. Antall henvisninger til pedodontister ved TkVest/H i perioden 2014–2019.

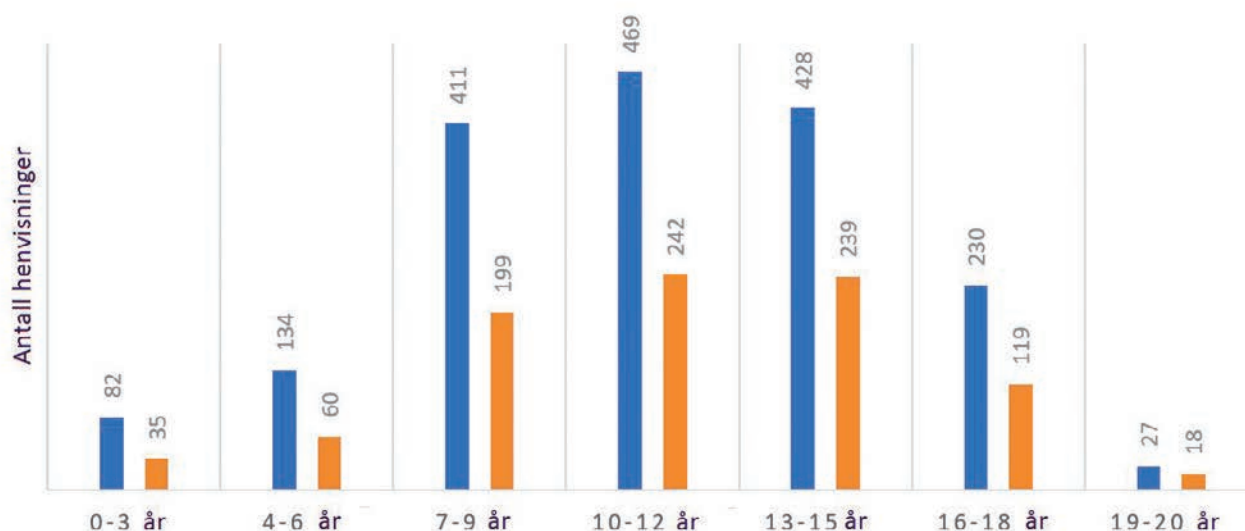
aktuell befolkningsgruppe (0–18 år) henvisningene utgjorde. Når henvisningsstedet lå utenfor Bergen kommune, men innen tidligere Hordaland fylke, ble også kilometeravstanden fra henvisningsstedet til spesialisttannhelsetjenesten i pedodonti på TkVest/H beregnet.

Resultater

Det ble registrert 1781 henvisninger; 1706 fra tidligere Hordaland fylke, 71 fra tidligere Sogn & Fjordane fylke, en fra Møre og Romsdal, to fra Rogaland og en fra Nordland. Figur 1 viser at henvisningsantallet var høyest i 2017 og at det fra 2014 til 2017 økte med nesten tre og en halv gang (129 vs. 431), for deretter igjen å synke noe. I 2019 var det registrert 86 færre henvisninger enn i 2017. Av henvisningene fra tidligere Hordaland fylke ($n=1706$), kom 62,0 % ($n=1058$) fra Bergen kommune. Tjueseks av de henviste pasientene møtte ikke opp på grunn av flytting, avbestilling eller andre grunner. Begrenset til aldersgruppen 0–18 år utgjorde henvisningene som kom fra tidligere Hordaland fylke 0,2 % av hele denne aldersgruppen mens det fra Bergen kommune alene utgjorde 0,3 %. Henvisningstallet fra samme aldersgruppe fra tidligere Sogn & Fjordane utgjorde 0,04 % av hele aldersgruppen. Den høyeste henvisningsandelen var i aldersgruppen 7–15 år i 2017 fra Bergen kommune og utgjorde 0,7 % av aldersgruppen i denne kommunen.



Figur 2. Kilometeravstand fra henvisende klinikk i tidligere Hordaland fylke til spesialisttannhelsetjenesten i pedodonti ved TkVest/H i Bergen og antall henvisninger. Henvisninger innenfor Bergen kommune ble regnet som null kilometer. Innerste ring i sirkelen representerer Bergen kommune. De andre sirkelinndelinger, fra innerst til ytterst, representerer økende kilometeravstand fra Bergen kommune; 1–60 km, 61–120 km, 121–180 km, og 181 km og mer.



Figur 3. Antall, alder og kjønn på henviste pasienter til pedodontister ved TkVest/H i tidsperioden 2014–2019.

Tabell 1. Henvisningsårsaker.

	N = 2266 (100 %)
Erupsjonsproblematikk (retinerte tenner/ankylose/kjeveortopedisk drag)	380 (16,8)
Andre sykdomstilstander (ikke odontologiske) og syndromer	335 (14,8)
Mineraliseringsforstyrrelser	294 (13,0)
Tannutviklingsforstyrrelser (størrelse/form/antall tenner/odontom)	222 (9,8)
Pulpapatologi/periapikale forandringer/kronemisfarging	213 (9,4)
Karies	199 (8,8)
Psykologiske grunner (vegring/angst/fobi/BMP*)	137 (6,0)
Tungebånd/leppebånd/tungeanomali	103 (4,5)
Tanntraumer	99 (4,4)
TMD**	74 (3,3)
Kjeveortopedisk relatert (ekstraksjoner/estetisk kroneoppbygginger/autotransplantasjonsvurdering)	60 (2,6)
Erosjoner/tannslitasje	46 (2,0)
Bløtvevspatologi	34 (1,5)
Tannresorpsjoner	28 (1,2)
Periodontal sykdom	24 (1,1)
Annet (oralmotorisk behandling/ganeplater/ganeanomali, etc)	18 (0,8)

Av 1781 henvisningsårsaker registrert (en henvisning manglet slik informasjon), hadde 423 henvisninger mer enn en årsak (fra 2–4). Summen av henvisningsårsaker overstiger derfor antall henvisninger.

*BMP: Behavioural management problems

**TMD: Temporomandibular disorders

Figur 2 viser også at med økende avstand fra Bergen kommunes grenser, gikk antall henvisninger ned.

Spredningen på alder er vist i Figur 3 og viser at 73,4 % av henvisningene angikk barn og ungdom i alderen 7 til og med 15 år. Gjennomsnittsalderen på de som ble henvist var 11 år (11.08, SD: 4.04) med statistisk signifikant flere jenter (n=912) enn gutter (n= 869) (p<0,001).

Hele 423 henvisninger hadde mer enn en årsak (fra 2–4) (tabell 1). «Erupsjonsproblematikk» var den mest vanlige henvisningsårsaken (16,8 %), mens «Andre sykdomstilstander (ikke odontologiske) og syndromer» utgjorde 14,8 % av henvisningsårsakene og «Mineraliseringsforstyrrelse» 13,0 %. Henvisningsårsaker var registrert i 1780 henvisninger da det i en henvisning ikke var angitt årsak.

Tabell 2. Henviser sin yrkesbakgrunn fordelt på antall henvisninger

Yrkesgruppe	N = 1781 (100 %)
Allmenntannleger	1184 (66,5)
Kjeveortopeder	419 (23,5)
Tannpleiere	117 (6,6)
Lege	47 (2,6)
Fysioterapeuter, logopeder, psykologer	8 (0,5)
Andre odontologiske spesialister enn kjeveortopeder	6 (0,3)

Allmenntannleger var de som henviste mest (66,5 %), mens kjeveortopeder stod for 23,5 % av henvisningene (tabell 2). De fleste henvisningene (79,0 %) var fra offentlige ansatte. Ventetiden fra henvisningsdato var litt over to måneder (dager: 71,8, SD: 60,6) og lengst i 2018 (dager: 79,2, SD: 58,9). Sedasjon og /eller lystgass ble administrert til totalt 399 pasienter, mens 41 pasienter ble viderehenvist til narkose.

Tidsbruk for rådgivningstjeneste ble ført for hele året kun i 2019, og tidsbruken ble da rapportert til 261 timer rådgivningstjenester for enkeltpasienter. I tillegg brukte pedodontistene 252 timer til rådgivning av generelle problemstillinger som ikke var knyttet til bestemte pasienter.

Diskusjon

Ulike norske studier har synliggjort spesialisttjenesten i pedodonti og således gitt myndigheter og politikere oversikt over geografiske forskjeller i tilbudet nasjonalt. Denne studien dokumenterer tydelig at satsingen på pedodonti på Vestlandet har gitt resultater, både i form av økt antall utdannede pedodontister og økt henvisningsantall til tjenesten. Prosentandelen av den totale befolkningen barn og ungdom som ble henvist fra tidligere Hordaland, var markant høyere enn tilsvarende prosentandel rapportert i perioden 2006–2013 (0,23 % vs. 0,03 %) (2). Selv om henvisningsantallet var sammenlignbart med resultatet fra studien fra Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge (TkNN) (7), var det likevel langt under tilsvarende tall rapportert fra Sverige, som anslår at årlig har omtrent 1 % av barn og unge behov for spesialisttjenester i pedodonti (5, 8, 9). Det høyeste prosenttallet av henvisninger i forhold til folketall i denne studien var 0,7 % i 2017 for Bergen kommune i aldersgruppen 7–15 år. Det spesielt lave henvisningstallet fra tidligere Sogn og Fjordane fylke (0,04 %) i hele aldersgruppen 0–18 år, gir imidlertid grunn til bekymring om barn og ungdom får rimelig tilgang til spesialisttjenester slik Lov om tannhelsetjeneste (10) slår fast.

Denne studien viser også at fra år 2017 var henvisningsantallet synkende med størst reduksjon i året 2019. Dette kan ha sammenheng med mer bruk av rådgivningstjeneste, en tjeneste som kunne bidra til at pasienten kunne ivaretas lokalt, eller ha sammenheng med at det i starten av studieperioden eksisterte et oppsamlet behov. Fra medio 2019 ble det slutt på ordningen med at offentlige tannklinikker i tidligere Hordaland fylke fikk kostnadsfritt henvise til spesialisttjenesten i pedodonti, noe som sannsynligvis påvirket antallet henvisninger negativt. Det er mulig at dette også i fremtiden vil influere ytterligere negativt på henvisningstallene. På grunn av manglende ressurser ved Seksjon for pedodonti, IKO, UiB, er det i dag også stopp i spesialistutdanningen i pedodonti i Bergen, og det er uvisst når ett nytt opptak av kandidater vil skje. Så selv om denne oppfølgingsstudien har vist at satsingen i vest har gjort at flere barn og ungdom har fått spesialisttilbud i pedodonti, kan både dagens økonomiske barrierer for henvisninger og oppholdet i spesialistutdanningen på sikt føre til at situasjonen for pedodontien på Vestlandet igjen forringes. Situasjonen sår derfor tvil om fylkeskommunes «sørge for-ansvar» etter Stortingsmelding nr. 35 (11) blir oppfylt fremover.

I likhet med studiene ved TkNN og ved Universitetet i Oslo (UiO) med fokus på spesialisttjenesten pedodonti (7, 12), viste også denne studien at henvisningsantallet ble redusert i tråd med pasientens reisevei i antall kilometer. I tillegg var antallet henvisninger fra Bergen kommune alene for aldersgruppen 0–18 år høyere enn Hordaland fylke samlet (0,3 % versus 0,2 %). Tidligere Sogn og Fjordane fylke hadde svært lavt henvisningsantall, og en av grunnene til lite henvisninger derfra var sannsynligvis lang reisevei da fylket ikke hadde egen pedodontist tilsatt. Også sammenfallende med studiene ved TkNN og UiO (7, 12) var flest henvisninger i denne studien i aldersgruppen fra 7–15 år. Hvilken type oral sykdom/tilstand som dominerer i henvisningsårsakene til pedodonti, har variert opp gjennom tidene (9); f.eks. var det for noen tiår siden langt flere henvisninger av barn med høy kariesaktivitet, mens det nå har skjedd en økning i andre kategorier. I denne studien var erupsjonsproblemer den mest vanlige henvisningsårsaken (16,8 %), hvorav mange kom fra kjeveortopeder som ønsket blottlegging av hjørnetenner og påliming av kjeveortopedisk drag. Prosentandelen av totalt henvisningsantall var lik den som ble rapportert fra studien foretatt ved TkNN (7), men var høyere enn i den svenske kartleggingen, studien fra UiO og den tidligere studien fra UiB (5, 12, 2). At prosentandelen henvisninger med erupsjonsproblematikk var høyere i denne studien enn i den forrige ved UiB, var sannsynligvis fordi mange kjeveortopeder i nåværende studie henviste for kirurgisk blottlegging av hjørnetenner. Dette tilbudet har blitt etablert grunnet klinisk opplæring i pedodontisk kirurgi i spesialistutdan-

ningen i de senere år. Ved TkNN var den vanligste henvisningsårsaken barn og ungdom med andre sykdomstilstander enn odontologiske (7). Det er i vår tid en økende bevissthet om at barn og ungdom med visse andre sykdomstilstander bør unngå dårlig munnhelse, dels på grunn av at det i seg selv kan negativt påvirke den sykdomstilstanden, men også på grunn av at omfattende odontologisk behandling på barn med spesielle medisinske tilstander, kan være forbundet med en økt risiko for komplikasjoner og i noen tilfeller være risikofullt (13). Sammenlignet med friske barn, har også barn med enkelte andre sykdommer større risiko for dårlig munnhelse (14). Det er derfor spesielt viktig at det tidlig for denne gruppen tilrettelegges med preventive tiltak slik at de slipper ekstra plager fra munn og forringet munnhelse relatert livskvalitet. Andre sykdomstilstander og syndromer utgjorde i vår studie 14,8 % av henvisningsårsakene og var den nest vanligste, og utgjorde en større andel sammenlignet med den tidligere studien ved Seksjon for pedodonti, UiB (2). Denne økningen er muligens et resultat av oppstart av sykehusprosjektet ved HUS, som også har ført til økt samarbeide med TkVest-H. Det kan også ha sammenheng med at spesialistutdanningen i pedodonti hadde fått etablert et godt samarbeide med Barneklubben, HUS. Samlet kan dette ha bidratt til å gjøre legene mer bevisste på betydning av munnhelsen for den allmenne helsen. Barn og ungdom med bakenforliggende sykdom som i dag får oppfølging av pedodontist gjennom sykehusprosjektet, var ikke medregnet i henvisningstallet for denne studien, men gjennom personlig kommunikasjon med HUS, har vi fått rede på at de i perioden 2016–2019 mottok ca. 360 henvisninger til denne tjenesten og at det har blitt foretatt litt i underkant av 730 konsultasjoner. Dette kommer da i tillegg til henvisningene til TkVest/H og kan muligens bidra til å forklare noe av den observerte nedgangen i henvisninger til TkVest/H fra 2017.

I samsvar med erfaringer fra spesialisttjenesten i pedodonti i Sverige (5), viste prosentandelen tanntraumer i vår studie seg å være moderat og prosentandelen redusert sammenlignet med den forrige studie fra samme region (2). Barn og ungdom som ble hen-

vist i denne seksårsperioden ventet i gjennomsnitt ca. to måneder på spesialistundersøkelse. Henvisninger av barn og ungdom med akutte problemer ble imidlertid alltid prioritert slik at de ikke trengte å vente på time.

Kartleggingen av pedodontitjenesten i Sverige gjennom 25 år konkluderte med at det var et økt press på pedodontitjenesten med stigende antall henvisninger og at enkelte grupper også trengte kontinuerlig spesialistbehandling (5). Ettersom kartleggingen av henvisninger til pedodonti i denne artikkelen viser en langt lavere andel av befolkningen som henvises til spesialist i pedodonti i forhold til Sverige (5), hvor man har pedodontitilbud i hvert län, kan vi ikke slå oss til ro med at vårt tilbud er tilstrekkelig selv om barn og ungdom i større grad enn før får et tilbud. I høringsutkastet til Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og ungdom (0–20 år, Del 2 (15)), ligger det en bør-anbefaling om at hvert fylke bør ha spesialister i pedodonti med en dekningsgrad på 1 spesialist på 30000–35000 barn. Med bakgrunn i at færre henvises til spesialist jo lengre reiseavstand en har, bør det være et mål å tilstrebe en god geografisk fordeling av pedodontister i hele fylket for å gi bedre tilgjengelighet til spesialisttjenester. I tillegg må en tilstrebe at det ikke er økonomiske hindringer for å få henvisse barn til spesialisttjeneste.

Konklusjon

Satsingen på Vestlandet i pedodonti har gitt resultater i form av økt bruk av spesialisttjenesten i pedodonti i det tidligere Hordaland fylke, men er urovekkende lav for det tidligere Sogn & Fjordane fylke. Det henvises fortsatt langt færre barn og ungdom enn det som er anslått som nødvendig for å sikre et tilfredsstillende tilbud, og satsingen i pedodonti må derfor videreføres.

Takk

Vi vil takke tannlege Linda Kleppe Hasselgren for innhenting av data og pedodontist Tine Birkeland Sivertsen for opplysninger om antall henvisninger og konsultasjoner i pedodonti ved HUS.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Desentralisert spesialistutdanning av tannleger – organisatoriske og økonomiske konsekvenser. Rapport. IS-1991. Oslo: Helsedirektoratet; 2011.
2. Skeie MS, Ueland Johannesen J, Trydal Solheim KB, Johansson AK, Lillehagen M, Midtbø M. Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 254–8.
3. Regjeringen.no Statsbudsjettet 2013; <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2013/id697810/>.
4. Helsedirektoratet Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus. Rapport. IS-2128. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
5. Klingberg G, Andersson-Wenckert I, Grindefjord M, Lundin SÅ, Ridell K, Tsilingaridis G, Ullbro C. Specialist paediatric dentistry in Sweden 2008 – a 25-year perspective. Int J Paediatr Dent. 2010; 20: 313–21.
6. Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken. Befolkning (2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019). Tidligere Hordaland fylke, Sogn og Fjordane fylke. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/> (lest 20.11.2020).
7. Edblad E, Crossner CG. Pedodonti som klinisk spesialitet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge. De fem første åren. Nor Tannlegefor Tid. 2012; 122: 354–9.
8. Crossner C, Mejare I, Koch G. (1985) Barntandvård som spesialitet. Erfarenheter från tio års verksamhet och bedömning av framtida behov. Tandläkartidningen. 1985; 77: 607–11.
9. Dahlöf G, Schelin B. Pediatric dentistry as a speciality in Sweden. Responsibilities, changes during the past decade and future perspectives. Int J Paediatr Dent. 1990; 20: 46–9.
10. Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD): LOV 1983–06–03 nr 54: Lov om tannhelsetjenesten; 1983. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>.
11. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): St.meld. nr. 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester. 2006–2007. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/St-meld-nr-35-2006-2007-/id475114/>.
12. Vingsnes T, Omdahl F, Espelid I, Brusevold I. Lang reisevei reduserer sannsynligheten for henvisning til spesialistbehandling i pedodonti. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 868–73.
13. Foster H, Fitzgerald, J. Dental disease in children with chronic illness. Arch Dis Child. 2005; 90: 703–8.
14. Dahlöf G, Endrup Jacobsen P, Martens L. Children with chronic health conditions – implications for oral health. In: Koch G, Poulsen A, editors. Pediatric dentistry. A clinical approach. 3th ed. United Kingdom: John Wiley & Sons; 2017. p. 316–33.
15. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år – Del 2. Under behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-0-20-ar-del-2>.

ENGLISH SUMMARY

Skeie MS, AM, Johansson AK, Berggreen E.

Has the investment into pediatric dentistry been beneficial?

Referrals to specialists in pediatric dentistry in the western part of Norway, Hordaland, during 2014–2019.

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 262–8

The main aim of this study was to evaluate if the commitment in pediatric dentistry in the western part of Norway had increased the numbers of referrals compared to a previous mapping (in 2006–2013). Sub aims were to register the number and reasons of referrals, geographical spread, age composition, types of referring health personal, waiting time and to compare the results with other Norwegian and Swedish studies. All submitted referrals (n= 1781) to the specialist service during a six-year-period (2014–2019) were analysed. Compared to the previous mapping, the increase in referrals from previous Hordaland county was substantial (0.23 % versus 0.03 %). The longer the distance to the specialist

clinic, the fewer referrals were received. Especially the number of referrals from previous Sogn & Fjordane county was worryingly low. Three-quarter of all referrals was in the age group from 7–15 years, and eruption problems were the most frequent reason for referring. The mean waiting time was around two months. In addition, advisory service offered by the specialists played an important part of the service. The study shows that the initiative to strengthen pediatric dentistry has been beneficial for children and adolescents in our region. However, the initiative in pediatric dentistry must be prolonged to secure specialist service for all children and adolescents in the region.

INTELLIGENT KOMPOSITT

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal



Hvor mange ulike komposittyper og -farger behøver du for å skape tiltalende og varige restaureringer i alle kavitetsklasser? Velg CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 UNIVERSAL og opplev at bare noen få farger er nok.

1

1 FARGE FOR POSTERIOR

En enkelt universalfarge (U) er løsningen for alle posteriore restaureringer, uavhengig av fargen i målområdet.

2

2 FARGER FOR ANTERIOR

I det estetisk mer krevende fremre området kan du velge mellom Universal Light (UL) og Universal Dark (UD), avhengig av fargen i målområdet.

X

INGEN FARGEMÅLING

Takket være en intelligent optisk integrering smelter CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 UNIVERSAL sømløst sammen med omliggende tannvev.

HOVEDBUDSKAP

- Tannleger har lenge vært opptatt av muligheten for å gjenskape et tredje sett av tenner.
- Basalforskerne kjenner mange detaljer i tannutviklingen, men gjenskaping av humane tenner synes å være langt unna virkeligheten.
- Regenerasjon av enkeltkomponenter kan være mulig.

FORFATTERE

Nils Jacobsen, professor emeritus, Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer, NIOM, Oslo

Qalbi Khan, førsteamanuensis, Institutt for medisinsk biologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Arne Hensten, professor emeritus, Institutt for klinisk odontologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Korresponderende forfatter: : Qalbi Khan, e-post: qalbi.khan@uit.no

Akseptert for publisering 12.02.2021

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Jacobsen NJ, Khan Q, Hensten A. Drømmen om nye tenner. Nor Tannlegeforen Tid. 2021;131, 270–4

MeSH søkeord på norsk Tannutvikling, embryologi, regenerativ medisin, stamceller.

Drømmen om nye tenner

Nils Jacobsen, Qalbi Khan og Arne Hensten

Tannlegene vært opptatt av muligheten for å få dannet nye tenner lenge. Det har ført til et nøye studium av den embryonale tann-dannelsen for å kunne kopiere den eksperimentelt. Forskningen har imidlertid bare i liten grad kunnet anvende sine eksperimentelle oppsett på mennesker, men har benyttet seg av dyr som mus, rotter, minigriser og hunder, enkelte ganger i kombinasjon med in vitro oppdyrking av bestemte celler. Med utgangspunkt i stamceller både fra tannrelatert vev eller fra fettvev og benmarg, har man kunnet få utviklet nytt pulpavev eller rothinne med cement og fibre. På mus har man også fått en helt ny tannkim til å utvikle seg ved å transplantere de relevante cellene til en tom sokkel. Detaljkunnskapen om rollen til celler og signalstoffer ved tanndannelse har økt betydelig gjennom de siste årene, men det er vanskelig å se at mulighetene for å utvikle nye humane tenner er kommet nærmere. Kanskje kan det ligge en viss gevinst i regenerasjon av pulpa og periodontalt vev.

Tanken om et tredje sett av tenner har fått en viss aktualitet etter at stamcelleforskningen har åpnet flere muligheter for vevsregenerasjon. Luukko og medarbeidere (2004) har publisert en oversikt over dette tema basert på forskning på mus. På mus går utviklingen av tenner rimelig raskt, men prinsippene er de samme som for mennesker, der tannutviklingen går over flere år (1). Mange forskere har grepet fast i dette tema med den bakenforliggende motivasjon å finne frem til metodikker som kan anvendes på mennesker. Det følgende er et forsøk på å gi forenklet bilde av aktuell forskning som tar sikte på å regenerere tenner og tannrelatert vev.

Embryonal tanndannelse

Tidlig i tannlegestudiet blir vi kjent med at tennene utvikles fra ektodermale og ektomesenkymale vevstyper med en basalmembran mellom. Det hele starter med at en epitelfortykkelse går over i plakodeform. En plakode er en lokal fortykkelse av embryologisk ektoderm som utvikler seg til bestemte strukturer (øre, linse, tenner etc.). Den dentale plakoden utvikler seg videre til en knoppform som i sin tur går over i hette- og klokkeform. Den siste blir forløperen til tannkronens endelige form slik man kan se den på histologiske snitt (2,3). Disse ektodermale strukturene danner blant annet «emaljeorganet», som har evne til å indusere underliggende ektomesenkymalt vev (dental papilla) til å utforme pulpavev og dentinproduserende odontoblaste. Samtidig utvikles ameloblaste fra emaljeorganets cellelag som ligger nærmest dental papilla. Når kronestrukturen er fullført, danner epitelvevet den Hertwigske rotskjede/rotopitel som avgrenser og «orkestrerer» utformingen av tannroten. I følge Balic og Thesleff (2015) er kommunikasjonen mellom epitelialt og mesenkymalt vev et prinsipp som gjelder utformingen av alle organer av kombinert epitelial og mesenkymal opprinnelse (4). Det er altså et samspill mellom de to embryologiske vevene som får dem til å utvikle og definere hverandre mot spesifikke typer grupper av morfogenetiske celler og strukturer. Denne dansen mellom vevene utføres med hjelp av molekylærbiologisk signalisering, hvor signalveiene Wnt, BMP, FGF, Hedgehog og EDA ser ut til å spille en særlig viktig rolle (tabell 1). Kunnskap om disse prosessene er kartlagt primært ved å studere tanndannelsen hos mus og rotter (4).

Eksperimentell tanndannelse

Forskere har forsøkt å kopiere tannutviklingen ved å ta i bruk ny kunnskap innen stamcelleforskning og bioteknologi. Stamceller er primitive celler med bredt differensieringspotensiale. Dentale stamceller har sin opprinnelse i vev som pulpa, rothinne, apikalpapillen hos ikke ferdigdannede tenner og fra bindevevet rundt tannkimen (follikkelen). Epiteliale og ektomesenkymale stamceller fra tannkimen hos mus har, sammen med de riktige «scaffolds» (stil-

Tabell 1 Familier av morfogenetiske signalstoffer ved embryonal utvikling av tenner

Wnts – Forkortelse av flere ord:	Signalproteiner ved utviklingsprosesser.
BMP – Bone morphogenetic protein:	Morfogenetisk signalprotein for hårdvev.
FGF – Fibroblast growth factor:	Generell morfogenetisk signalprotein.
Hedgehog- Generelt i naturen:	Signalprotein ved celledifferensiering.
EDA – Ectodysplasin:	Signalprotein for tenner, hår, kjertler etc.

lasmaterialer), kunnet initiere tannutvikling in vitro. Ifølge Oshima og medarbeidere (2011) kunne slike in vitro kulturer utvikle seg til molarer som så kunne transplanteres til alveolen for en ekstrahert molar (5).

Stillasmaterialene er biomaterialer som bestemmer vevsstrukturen og kan eventuelt resorberes når veksten er fullført (6). Det settes store krav til slike materialer når det gjelder biokompatibilitet, porøsitet, mekaniske egenskaper og degraderingsevne. Stillasene består derfor av biomaterialer som i form og struktur etterlikner det vevet stamcellene skal vokse inn i. Det er kan være tale om organiske materialer som kollagen eller alginat eller syntetiske materialer som keramikk eller polymer. Porøse materialer gir muligheter for tredimensjonal cellevekst (7). Flere forskere har påpekt vanskelighetene med denne teknikken med hensyn til å utvikle nye tenner hos mennesker (8), mens andre har sett mer optimistisk på muligheten til å få et tredje sett av tenner til å vokse ved en kombinasjon av stamceller og biomaterialer (9). I 2019 ble det publisert en nøyaktig oppskrift på hvordan man kan produsere tannanlegg ved å dyrke humane celler under huden på rotter og griser ved å bruke gelatin metakrylat som stillas («scaffold») (10).

Regenerasjon av tannrelatert vev

Regenerasjon av tannrelatert vev med egne celler ligger nærmere de kliniske muligheter. En slik tilnærming for å restaurere et skadet organ eller skadet vev tilhører fagområdet «regenerativ medisin», som omfatter reparasjon av bestemte organdeler ved egne stamceller eller andre celletyper, eksempelvis for å reparere traumeskader, hudskader, kardiovaskulære sykdommer og cancer i tilfeller der organdonasjon ikke er aktuelt. Kjente eksempler er kondrocytter for å reparere skadet leddbrusk eller fibroblaster fra forhud for hudtransplantasjon (11).

Innen odontologien kan det være tale om regenerasjon av pulpavev, dentin og periodontale vevstyper som rothinne og cement. Utgangspunktet er ikke bare dentalt relaterte stamceller. Ifølge Hu

og medarbeidere (2018) kan stamceller fra fettvev og benmarg brukes. I tillegg har bioteknologisk forskning avklart at voksne humane celler av forskjellig slag kan utvikles til såkalte pluripotente stamceller, som kan programmeres til å bli celler av hvilken som helst ønsket vevstype. Kunnskap om dette er ervervet både ved vevskultur, dyreforsøk og kliniske forsøk, det siste ofte med hensikten å regenerere pulpavev eller skape nytt feste i dype periodontale lommer (6).

Pulparegenerasjon

Hvor står man så med hensyn til å få tannvev til å regenerere hos mennesker? Et meget tidlig forsøk på dette området ble utført av Hørsted og Nygård-Østby (1978). De undersøkte våre egne cellers evne til å reparere pulpavev etter pulpotomi. Etter 6 måneder viste histologi innvekst av et cellerikt, fibrøst bindevev, ispedd dentinpartikler som etter hvert gikk over til et godt vaskularisert bindevev. Det hele ble tolket som reparasjon (12). Omtrent 40 år etter gjorde japanske forskere en pilotstudie for å få humant pulpavev til å vokse etter pulpotomi ved å anvende nedfrosne stamceller høstet fra pasientenes egne, ekstraherte visdomstenner. Stamcellene ble oppdyrket i medium som inneholdt eget blodserum og vekstfaktor G-CSF (granulocyt kolonistimulerende faktor). Elektrisk pulpatesting, MRI-data og andre undersøkelsesteknikker viste tegn på innnervring og vaskularisering, noe som ble tolket som tegn på pulparegenerasjon. Forfatterne skriver imidlertid at det er langt igjen til dette kan bli en praktisk virkelighet i klinikken (13). Videre på dette området har kinesiske forskere transplantert stamceller fra pulpa på egne melketenner til traumatiserte tenner hos 26 unge pasienter og har observert tydelige tegn på fornyet blodomløp og nervefunksjon (14).

Eramo og medarbeidere (2018) har sammenfattet eksperimenter både på dyr og mennesker der det er anvendt forskjellige metodikker for å få multipotente stamceller i blod fra området rundt rotspissen til å fylle opp en omhyggelig rensert apikal del av pulpahulen. Blodkoagelet blir supplert med bioaktive vekstfaktorer og fungerer som «scaffold» for utvikling av fungerende pulpavev. En annen metode er å hente potensielle stamceller fra pulpa på egne ekstraherte visdomstenner, dyrke dem opp in vitro og transplantere dem til pulpahulen. I alle tilfeller er det snakk om kompliserte fremgangsmåter som er interessante innen forskning, men lite egnet i klinikken (15).

Hameed og medarbeidere (2019) har sammenfattet 15 kliniske forsøk etter århundreskiftet på å regenerere nekrotisk pulpavev på ikke ferdigdannede humane tenner ved å rense rotkanalen og la apikaldelen fylles med blod som grunnlag for nytt pulpavev. Det er påvist både økt dentintykkelse og fortsatt rotutvikling, inklusiv avslutning, men forfatterne er usikre på de egentlige histologiske og molekylære prosessene rundt deres funn (16).

Regenerasjon av periodontalt vev

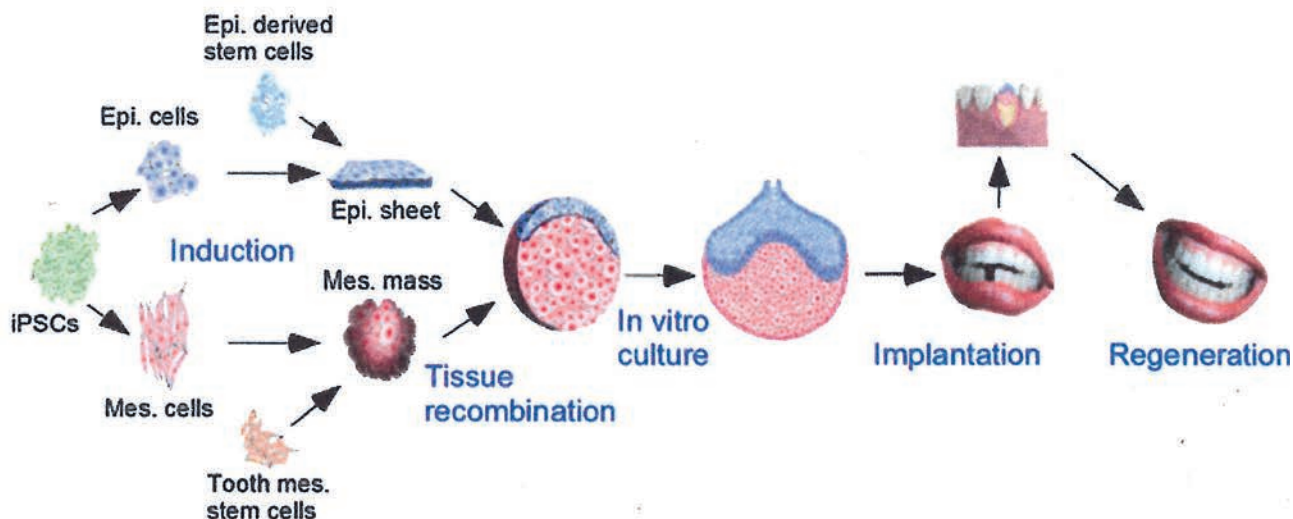
Ifølge Yoshida og medarbeidere (2012) kan stamceller fra egen rothinne og periost øke regenerasjon av periodontalt vev som ben, sement og rothinne hos dyr som minigris og hund. Det nevnes også om forskere som fikk godkjent bruk av egne, oppdyrkede periosteale celler sammen med plasma og hydroksyapatitt for regenerasjon av periodontalt vev hos periodontalpasienter (17). Noen år senere publiserte franske forskere en eksperimentell, bakterieindusert periodontittmodell på mus der vevsnedbrytningen kom i stand etter introduksjon av periodontale patogener på bestemte molarområder. Deretter ble egne ektomesenkymale stromaceller fra fettvev transplantert til det aktuelle området, som senere ble undersøkt med histologiske og biokjemiske metoder. Det viste seg at cement og nye rothinnefibrer, men ikke alveolært ben, hadde vokst frem der stromacellene ble transplantert. Det hele ble tolket som at stromaceller fra fettvev har potensiale for regenerasjon av periodontalt vev (18).

Det er også utført eksperimentelle undersøkelser der egne ektomesenkymale stromaceller fra munnhulen eller fra fettvev blir transplantert til periodontale defekter indusert med bor eller ligaturer på dyr som hunder og griser. Der ble det også observert regenerasjon av periodontalt vev som ben og cement. Forskerne er imidlertid forholdsvis når det gjelder anvendelse på mennesker (19).

Det foreligger da heller ikke alt for mange rapporter om human regenerasjon av periodontalt vev. En 10 år gammel rapport fra Taiwan belyser imidlertid problemstillingen: 3 mannlige periodontalpasienter mellom 25 og 42 år fikk ekstrahert 6 visdomstenner for å høste progenitorceller fra rothinnen. Cellene ble dyrket opp in vitro og deretter transplantert til benlommene på til sammen 16 tenner med periodontitt etter utført kirurgisk behandling. Etter opp til 72 måneders observasjonstid ble det målt betydelige forbedringer med vanlige periodontale målemetoder. Alle forbedringer ble tilskrevet celletransplantasjonen. Forskerne hadde alle tillatelser i orden og mener metodikken er trygg ettersom de anvender pasientens egne celler. De mener imidlertid at metodikken er for komplisert til å kunne anvendes i klinikken (20).

Diskusjon

Den siterte forskningslitteraturen er smakebiter av et stort kompleks av grunnforskning innen temaet regenerasjon av tenner og tannrelatert vev. Det foreligger særlig mange rapporter over regenerasjon av slike vevstyper vev på dyr, spesielt etter at man fikk større kunnskap og erfaring med stamceller. Noen av forskningsrapportene er også innom å kunne skape hele tannkimer som kan vokse videre til tenner. Det forekommer også enkelte rapporter som gjelder slike forsøk med humane tenner. Enkeltrapporter på dette området konkluderer ofte i en optimistisk tone med hensyn til fremtidig kli-



Figur 1. En skematisk fremstilling av regenerasjon av hel tann gjennom rekombinasjon (Tissue recombination) av epitelvev (Epi.sheet) og mesenkymalt vev (Mes. mass), uten bruk av stillasematerialer. Disse vevene skal kunne fremstilles fra deres aktuelle stamcellenisjer, eller gjennom reprogrammeringsteknikker relatert til induerte pluripotente stamceller (iPSCs). In vitro-rekombinasjon av disse vevene vil kunne tillate utvikling til knopp- eller hettestadiet, før en overføring til tannalveolen for å erstatte tapt tann. Modifisert etter Zhang & Chen (25).

nisk betydning, mens metaanalyser på samme området er mer forbeholdne. En samlet vurdering av manipulering av stamceller og signalstoffer til å kunne resultere i et organ som en human tann, beskrives blant annet av kinesiske forskere (21), men den kliniske anvendelsen virker ikke rundt hjørnet, selv om nytten av å kunne nydanne tenner er utvilsom for eksempel for barn med multiple agenesier. Den årelange tidsforskjellen for å gro tannvev hos menneske i forhold til smådyr som mus, trekkes ofte frem som en hindring, selv om alle andre faktorer skulle klaffe. Det advares også mot bruk av vekststimulerende molekyler for å øke veksthastigheten, da det kan ha uønskede bivirkninger (22).

Det synes derfor som at den økte detaljkunnskapen om kompliseringsgraden ved tanndannelse gjennom de siste årene, har fått mange fremstående forskere til å se målet om nydannede tenner fjerne seg. Thesleff (2018) påpeker således at de forskningsmessige muligheter ikke står i forhold til den kliniske virkeligheten hverken

ved programmeringen av stamceller til dentale celler eller ved tidsaspektet (23).

Da er det mer realistisk å kunne regenerere enkelte dentale vevstyper, eksempelvis celler og vev til erstatning av skadede strukturer i pulpa-dentin komplekset, der det er observert øket dentintykkelse og rotvekst (16). Også ved pulpitt er det gjort observasjoner som tyder på at regenerasjon av fungerende pulpavev er mulig (24). Videre ser det ut til at det ligger innenfor mulighetene å regenerere periodontalt vev som rothinne og cement.

Zhang og Chen (25) har publisert en interessant planskisse for veien videre mot regenerasjon av nye tenner (figur 1).

I overskuelig fremtid er det imidlertid realistisk å mene at endodontisk behandling og fyllingsterapi vil være den praktisk/kliniske løsningen på tannproblemer sammen med tradisjonell periodontalterapi, som inneholder elementer av regenerasjon. Og fortsatt vil nok implantater og broer være løsningen for tapte tenner.

REFERANSER

1. Luukko K, Kvinnsland I H, Kettunen P. Framstilling av tenner ved hjelp av stamceller – en nyvinning for klinisk odontologi i fremtiden? *Nor Tannlegeforen Tid.* 2004; 114: 872–4.
2. Jussila M. and Thesleff I. Signaling networks regulating tooth organogenesis and regeneration, and the specification of dental mesenchymal and epithelial cell lineages. *Cold Spring Harb Perspect Biol.* 2012; 4: 008425.
3. Hovorakova M, Lesot H, Peterka M, Peterkova R. Early development of the human dentition revisited. *J Anat.* 2018; 233: 135–45.
4. Balic A, Thesleff I. Tissue interactions regulating tooth development and renewal. *Curr Top Dev Biol.* 2015; 115: 157–86.
5. Oshima M & al. Functional tooth regeneration using a bioengineered tooth unit as a mature organ replacement regenerative therapy. *PLoS.* 2011; 6(7): e21531. doi: 10.1371/journal.pone.0021531
6. Hu L, Liu Y, Wang S. Stem cell-based tooth and periodontal regeneration. *Oral Dis.* 2018; 24: 696–705.
7. O'Brien Fergal J. Biomaterials & Scaffolds for tissue engineering. *Materials Today.* 2011; Vol 14, No 3, 88–95.
8. Zhang L, Morsi Y, Wang Y, Li Y, Ramakrishna S. Review scaffold design and stem cells for tooth regeneration. *Japanese Dental Science Review.* 2013; 49: 14–26.
9. Dadu SS, Tooth regeneration: Current status. *Indian J Dent Res.* 2009; 20: 506–207.
10. Smith EE, Yelick PC. Bioengineering tooth bud constructs using gelMA hydrogel. *Methods Mol Biol.* 2019; 1922: 139–150.
11. Mao AS, Mooney DJ. Regenerative medicine: Current therapies and future directions. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2015; 112 (47): 14452–9.
12. Hørsted P, Nygaard-Østby B. Tissue formation in the root canal after total pulpectomy and partial root filling. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1978; 46: 275–82.
13. Nakashima M, Iohara K, Murakami M, Nakamura H, Sato Y, Arijii Y, Matsushita K. Pulp regeneration by transplantation of dental pulp stem cells in pulpitis: a pilot study. *Stem Cell Res Ther.* 2017; 8(1): 61. Doi: 10.1186/s13287-017-0506-5
14. Xuan K, Li B, Guo H & al. Deciduous autologous tooth stem cells regenerate dental pulp after implantation into injured teeth. *Sci Transl Med.* 2018; 10, eaaf3227. doi: 10.1126/scitranslmed.aaf3227
15. Eramo S, Natal A, Pinna R, Milla E. Dental pulp regeneration via cell homing. *In Endodod J.* 2018; 51: 405–419.
16. Hameed MH, Gul M, Ghafoor R, Badar SB. Management of immature necrotic permanent teeth with regenerative endodontic procedures – a review of literature. *J Pak Med Assoc.* 2019; 69: 1514–20.
17. Yoshida T, Washio K, Iwata T, Okano T, Ishikawa I. Current status and future development of cell transplantation therapy for periodontal tissue regeneration. *Int J Dent.* 2012; 307024. Doi: 10.1155/2012/307024.
18. Lemaitre M, Monsarrat P, Blasco-Baque V, Loubieres P, Burcelin R, Casteilla L, Planat-Benard V, Kemoun P. Periodontal tissue regeneration using syngeneic adipose-derived stromal cells in a mouse model. *Stem Cells Trans Med.* 2017; 6: 656–665.
19. Monserrat P, Vergnes JN, Nabet C, Sixou M, Snead ML, Planat-Benard V, Casteilla L, Kemoun P. Concise review: mesenchymal stromal cells used for periodontal regeneration: a systematic review. *Stem Cells Transl Med.* 2014; 3: 766–74.
20. Feng F, Akiyama K, Liu Y, Yamaza T, Wang T-M, Chen J-H, Wang B-B, Huang GT-J, Wang S, Shi S. Utility of PDL progenitors for in vivo tissue regeneration: A report of 3 cases. *Oral Dis.* 2010; 16: 20–28.
21. Zhai Q, Dong Z, Wang W, Li B, Jin Y. Dental stem cell and dental tissue regeneration. *Front Med.* 2019; 13: 152–159.
22. Li L, Tang Q, Wang A, Chen Y: Regrowing a tooth: in vitro and in vivo approaches. *Curr Opin Cell Biol.* 2019; 61: 126–131.
23. Thesleff I. From understanding tooth development to bioengineering of teeth. *Eur J Oral Sci.* 2018; 126 Suppl 1: 67–71. doi: 10.1111/eos.12421.
24. Nakashima M, Iohara K, Murakami M, Nakamura H, Sato Y, Arijii Y, Matsushita K. Pulp regeneration by transplantation of dental pulp stem cells in pulpitis: a pilot clinical study *Stem Cell Res Ther.* 2017; doi: 10.1186/s13287-017-0506-5
25. Zhang Y, Chen Y. Bioengineering of a human whole tooth: progress and challenge. *Cell Regeneration.* 2014 3: 8

ENGLISH SUMMARY

Jacobsen N, Khan Q, Hensten A.

The dream of new teeth

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 270–4

The dental community has for a long time been fascinated by the thought of growing a third set of teeth. This has increased research interest in the processes of embryonal development of teeth for experimental copying. However, research of this kind cannot be performed on humans for medical and ethical reasons.

The researchers have used animals such as mice, rats, minipigs, dogs etc., sometimes in combination with in vitro cultivation of cell populations containing stem cells. With stem cells from different lo-

cations, pulp tissue and periodontal tissues such as cement and fibers have been developed. In mice, whole tooth germs could be grown after transplanting the relevant cells to an empty socket.

On the basis of the research reports cited here it is difficult to see that the possibilities of developing new human teeth are better than before the stem cell revolution, although there might be a clinical gain in the techniques for regeneration of pulpal and periodontal tissues.

EXTRA WHITE FOR ENHVER SMAK

Motvirker misfarging av tennene dine. Gir deg en ren og frisk følelse i munnen.



✓ **UNIK EFFEKT**
motvirker misfarging

✓ **XYLITOL**
stimulerer spyttdannelse

✓ **MIKROGRANULATER**
gir en følelse av rene tenner



FORFATTERE

Kåre Hatleberg, spesialtannlege. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE, Bergen

Johanna Svahn, spesialtannlege. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE, Bergen

Birgitte Fos Lundekvam, spesialist i allmennmedisin. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE, Bergen

Trine Lise Lundekvam Berge, spesialtannlege, forsker II, ph.d. Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE, Bergen

Kjersti Gjerde, overtannlege, ph.d.-stipendiat. Senter for søvnmedisin, Haukeland universitetssjukehus / Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Hilde Molvig Kopperud, laboratorieleder, dr. scient. NIOM – Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer, Oslo

Hilde Kristin Vindenes, spesialist i hud- og veneriske sykdommer, overlege, ph.d.-stipendiat. Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland universitetssjukehus / Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen

Lars Björkman, tannlege, med.dr., professor II. Leder for Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer, NORCE, Bergen / Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Lars Björkman,
e-post: Lars.Bjorkman@norceresearch.no

Akseptert for publisering 08.02.2021

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Hatleberg K, Svahn J, Lundekvam BF, Lundekvam Berge TL, Gjerde K, Kopperud HM, Vindenes H, Björkman L. Allergisk reaksjon i forbindelse med bruk av søvnapnéskinne. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2021; 131: 276–9

MeSH søkeord på norsk: Odontologiske materialer; Allergi; Kasusrapporter; Akrylplast

Kasusrapport:

Allergisk reaksjon i forbindelse med bruk av søvnapnéskinne

Kåre Hatleberg, Johanna Svahn, Birgitte Fos Lundekvam, Trine Lise Lundekvam Berge, Kjersti Gjerde, Hilde Molvig Kopperud, Hilde Kristin Vindenes og Lars Björkman

Langvarig behandling med søvnapnéskinner er godt undersøkt i vitenskapelige studier. De viser god effekt mot snoring og puste-stopp, og det har fremkommet få bivirkninger (1). CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) er regnet som «gullstandarden» i behandling av obstruktiv søvnapné, men på grunn av dårligere compliance med CPAP er en individuelt tilpasset og justerbar skinne (MAD; mandibular advancement device) et godt egnet behandlingsalternativ til CPAP. Søvnapnéskinne viser seg å være effektiv i å redusere alvorlighetsgraden av obstruktiv søvnapné (OSA) og også i å minske de negative helsekonsekvensene av OSA (2).

De to mest brukte søvnapnéskinnene i Norge i dag er Narval CC™ fra ResMed (ResMed SAS, Saint-Priest, Frankrike; <https://www.resmed.com/nb-no/consumer/products/dental-series/dental.html>) og SomnoDent fra SomnoMed (SomnoMed AG, Zug, Sveits; <https://somnomed.com/nb/>). Narval CC™ består hovedsakelig av nylon, og SomnoDent-skinnen er hovedsakelig fremstilt av metylmetakrylat (3, 4).

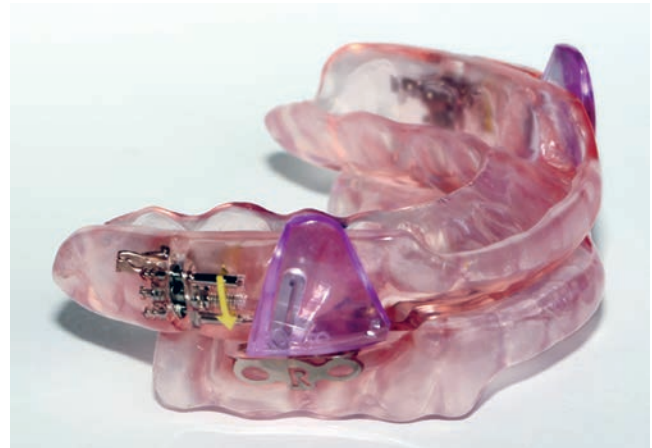
Kasus

En kvinne i 60-årene ble henvist til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer for utredning av en mulig allergisk reaksjon i munnhulen i forbindelse med bruk av en søvnapnéskinne. Pasienten hadde lavt stoffskifte og var medisinerert med Levaxin. Hun hadde tidligere fått påvist allergi mot nikkel og legemiddelet trimetoprim-sulfa. Hun hadde i tillegg glutenallergi og laktoseintoleranse.

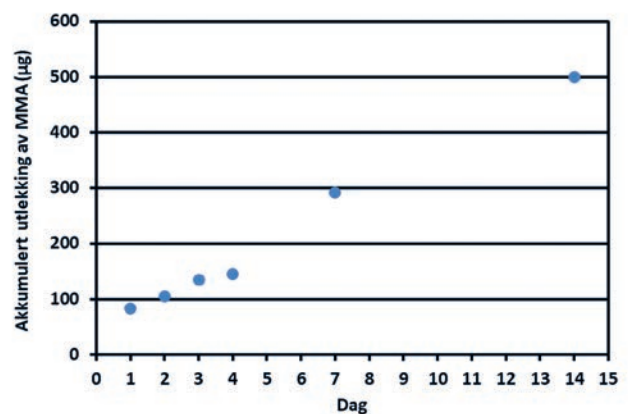
Pasienten var plaget av tretthet og var blitt henvist av fastlegen til Senter for søvnmedisin ved Haukeland universitetssjukehus. Der ble det konstatert patologiske pustestopp under søvn tilsvarende diagnosen obstruktiv søvnapné (OSA). Hun fikk derfor tilpasset en apnéskinne (SomnoDent Fusion Flex fra SomnoMed; figur 1) etter de gjeldende kliniske rutiner ved Senter for søvnmedisin.

Etter å ha brukt skinnen i en uke, fikk pasienten symptomer fra munnhulen. Det oppstod sår på tungen, sår på tannkjøttet og svie i munnen. Plagene tiltok, og som en følge av dette, sluttet hun å bruke skinnen. Først etter sju dager følte hun seg bra igjen. På dette tidspunktet trodde pasienten at symptomene fra munnen hadde sin årsak i noe hun hadde spist. Hun tok derfor skinnen i bruk igjen, men etter to dager fikk hun en kraftig reaksjon intraoralt. I tillegg til de symptomene som er beskrevet ovenfor, opplevde hun denne gangen at tungen hovnet kraftig opp. Ettersom søvn-senteret ved Haukeland universitetssjukehus var stengt for sommeren, oppsøkte pasienten lege på Volvat Medisinske Senter for akutt hjelp. Legen konstaterte flere røde, sårliknende forandringer i munnslimhinnen, men registrerte ingen slike forandringer i svelget. Pasienten hadde heller ikke pustevansker. Legen beskrev symptomene som en mulig allergisk reaksjon og anbefalte pasienten antihistamin (Zyrtec). Etter denne hendelsen sluttet pasienten å bruke apnéskinne, og hun har siden ikke hatt symptomer fra munnen.

Da Bivirkningsgruppen undersøkte pasienten, var det gått ca. to måneder siden hun hadde benyttet skinnen, og munnslimhinnen fremstod som normal, godt fuktet og uten patologiske forandringer. Som en del av utredningen ble pasientens apnéskinne sendt til NIOM (Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer) for å få dekket og karakterisert eventuelle utlekkingsstoffer. Skinne ble plassert i vann ved 37 °C med lett risting i 14 dager, og vannet ble skiftet



Figur 1. Eksempel på SomnoDent Fusion Flex apnéskinne fra SomnoMed. Foto: Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer.



Figur 2. Akkumulert utlekking til vann av MMA fra snorkeskinne. Etter 14 dager ble den samlede utlekkingen målt til 500 μg MMA.

hver dag. Prøver ble tatt ut og analysert etter dag 1, 2, 3, 4, 7 og 14. Analysene viste en kontinuerlig utlekking av metylmetakrylat (MMA) som over 14 dager ble beregnet til et gjennomsnitt på 36 μg per døgn (figur 2).

På bakgrunn av resultatet fra analysen ble pasienten henvist videre til Yrkesmedisinsk avdeling ved Haukeland universitetssjukehus for allergiutredning. Det ble utført epikutantest (lappetest) som benyttes for å påvise forsinkede (type IV) reaksjoner. Hun ble testet med utvidet Europeisk Baseline serie samt Dental Screening serie (Chemotechnique Diagnostics AB, Vellinge, Sverige). Testene ble anlagt på pasientens rygg under okklusjon (tildekking) i 48 timer

(IQ Ultra Chambers, Chemotechnique Diagnostics) og avlest dag 3 og dag 7.

Lappetesten viste en kraftig reaksjon (3+) på MMA ved avlesning dag 3, og 2+ reaksjon ved avlesning dag 7. MMA er identisk med stoffet som lekket fra apnéskinne. Pasienten hadde også tydelige reaksjoner (2+) på etylenglykol dimetakrylat (EGDMA) og 2-hydroksyetylmetakrylat (HEMA) dag 3 og dag 7. Hun hadde også en klar reaksjon på nikkel (1+ dag 3, 2+ dag 7).

På bakgrunn av denne utredningen ble det anbefalt å fremstille en nylonbasert apnéskinne (f.eks. Narval CC) til pasienten.

Diskusjon

Den opprinnelige apnéskinne var fremstilt i kald-polymerisert akryl (Orthocryl, Dentauro GmbH), i kombinasjon med materialet SMH B-Flex, som angivelig skal være skånsomt mot tenner og munnhule og gi pasienten bedre komfort (5). Kilden for utlekket MMA kan være både akryldelen og SMH B-Flex delen, som begge inneholder MMA (3, 4). Utlekk av restmonomerer fra kald-polymerisert akryl er betydelig høyere enn fra varm-polymerisert akryl, og risiko for bivirkninger er også større ved bruk av kald-polymerisert akryl enn varm-polymerisert akryl (6). Orthocryl er mye brukt i forbindelse med kjeveortopedisk behandling, men erfaringen med SMH B-Flex er mer begrenset. SomnoMed skriver om sine produkter at de skal oppfylle kravene i produktstandarden for protesebasismaterialer (ISO 20795 Dentistry – Base polymers), og at andelen restmonomer er mindre enn 2 %. Dette vil likevel ikke utelukke allergiske reaksjoner. Andelen rest-MMA i materialet SMH B-Flex er ikke kjent. I tillegg er det sannsynlig at variasjon ved produksjonen kan ha betydning for utlekking av restmonomerer. Kravene i produktstandarden er satt primært med hensyn til tekniske faktorer og ikke biokompatibilitet. Krav til biokompatibilitet er beskrevet i andre standarder (f.eks. ISO 10993–10, der tester for irritasjon og sensibilisering via hud er beskrevet).

Ut fra et bivirkningssynspunkt er nye typer behandlinger og nye typer materialer av spesiell interesse. Det er viktig at alle uønskede reaksjoner som opptrer i forbindelse med bruk av odontologiske biomaterialer blir rapportert til Bivirkningsgruppen. Fordi det i dette tilfellet var mistanke om at reaksjonene skyldes et konkret produkt, ble hendelsen i tillegg rapportert til produsentens representant i Norge.

Odontologiske biomaterialer er klassifisert som medisinsk utstyr. I henhold til gjeldende regler skal hendelser som har ført til eller kunne ha ført til død, eller alvorlig forverring av en pasients, brukers eller annen persons helsetilstand og som har eller kan ha sammenheng med bruk av medisinsk utstyr meldes til Statens legemiddelverk. Pasienten i dette kasuset opplevde at tungen hovnet

opp da hun brukte snorkeskinne, og at reaksjonen forsvant da hun fjernet skinne. Selv om reaksjonen ikke var livstruende eller førte til alvorlig forverring av pasientens helse, ble reaksjonen i tillegg rapportert til Legemiddelverket.

Ifølge bruksanvisningen for Orthocryl bør produkter fremstilt i dette materialet oppbevares i vann i tre dager etter polymerisering for å redusere pasientens eksponering for utlekkstoffer som f.eks. monomerer. I tillegg anbefales det at produktet oppbevares i vann når det ikke er i bruk. Dette kan sannsynligvis minske risiko for allergiske reaksjoner. I bruksanvisningen fra SomnoMed angis ikke allergi for metylmetakrylat som kontraindikasjon (5), men allergi mot substanser som lekker ut fra tannmaterialer bør vurderes som kontraindikasjon.

Pasienten fikk påvist allergi mot flere akrylater som kan inngå i dentale biomaterialer. Grunnen til dette kan være kryssreaksjon med stoffer som likner MMA (7). Pasienten hadde sannsynligvis blitt sensibilisert mot MMA, men reagerte i testen også på andre liknende metakrylater. Som en følge av dette bør hun unngå fremtidig tannbehandling med polymerbaserte materialer som inneholder MMA, EGDMA og HEMA (bl.a. protesematerialer, kompositter og resinsementer). Lysherdende, resin og resinmodifiserte glassionomersementer inneholder HEMA, og kan følgelig heller ikke benyttes. Et alternativt restaureringsmateriale for denne pasienten kan være kjemisk herdende glassionomersementer uten resinmodifisering. Disse skal ikke inneholde HEMA.

Konklusjon

Kasuset beskriver en pasient som fikk alvorlige plager i munnhulen ved bruk av en søvnapnéskinne. Analyser av skinne viste jevn lekkasje av metylmetakrylat. Videre viste en allergitest av pasienten kraftig reaksjon på metylmetakrylat, samt reaksjon på to andre metakrylater og nikkel.

Behandling med søvnapnéskinner fremstilt av kald-polymerisert akryl medfører risiko for materialrelaterte reaksjoner. Bivirkninger i forbindelse med bruk av nye typer materialer der erfaringen av materialet er begrenset, som f.eks. SMH B-Flex, bør dokumenteres og rapporteres. Rapportering kan gi økt bevissthet og muliggjøre minimering av risiko.

Takk

Takk til pasienten som har gitt skriftlig samtykke til publikasjon av denne kasuistikken.

Interessekonflikter

Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

REFERANSER

1. Uniken Venema JAM, Doff MHJ, Joffe-Sokolova D, Wijkstra PJ, van der Hoeven JH, Stegenga B, et al. Long-term obstructive sleep apnea therapy: a 10-year follow-up of mandibular advancement device and continuous positive airway pressure. *J Clin Sleep Med*. 2020; 16: 353–9.
2. Dieltjens M, Vanderveken O. Oral appliances in obstructive sleep apnea. *Healthcare (Basel)*. 2019; 7: 141.
3. SomnoMed Nordic AB. Säkerhetsdatablad: SMH BFLEX. Stockholm: SomnoMed Nordic AB; 2011.
4. Dentaurem GmbH & Co. KG. Safety Data Sheet: Orthocryl-liquid. Ispringen: Dentaurem GmbH & Co. KG; 2014.
5. SomnoMed Nordic AB. SomnoMed produktinformasjon: SomnoMed; 2020 [cited 2020 02.06]. Available from: <https://somnomed.com/nb/tannleger/somnomed-produktinformasjon/>.
6. Rose EC, Bumann J, Jonas IE, Kappert HF. Contribution to the biological assessment of orthodontic acrylic materials. Measurement of their residual monomer output and cytotoxicity. *J Orofac Orthop*. 2000; 61: 246–57.
7. Kanerva L. Cross-reactions of multifunctional methacrylates and acrylates. *Acta Odontol Scand*. 2001; 59: 320–9.

ENGLISH SUMMARY

Hatleberg K, Svahn J, Lundekvam BF, Lundekvam Berge TL, Gjerde K, Kopperud HM, Vindenes H, Björkman L.

Allergic reaction after treatment with a mandibular advancement device

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 276–9

Mandibular advancement devices (MADs) are used in the treatment of obstructive sleep apnea. A patient (woman in the 60-ies) was treated with a MAD (SomnoDent Fusion Flex; SomnoMed AG). She experienced reactions in form a burning sensation in the mouth, ulcers on the tongue and gingiva, and swelling of the tongue. The patient was examined by a physician who prescribed oral antihistamine (Zyrtec; cetirizine) and recommended the patient not to use the device. The symptoms disappeared after the use was terminated. Allergy test (patch test) with Dental Screening Series showed a strong positive reaction to methyl meth-

acrylate, and clear reactions to ethylene glycol dimethacrylate (EGDMA) and 2-hydroxyethyl methacrylate (HEMA). A continuous release of methyl methacrylate from the MAD was detected after immersion in water. Methyl methacrylate is one of the main constituents of the SomnoDent device. The reaction was reported to the manufacturer of the device and to the Dental Biomaterials Adverse Reaction Unit. Even though the reaction was not life threatening or led to a serious deterioration in state of health, the reaction was reported to the National Competent Authority (the Norwegian Medicines Agency).



Dentalstøp

Import

Kvalitet til lavpris

@ import@dentalstoep.no

☎ 55 59 81 70

🌐 dentalstoep-import.no

- ➔ Vi framstiller og trimmer alle modeller i Norge
- ➔ Ansvar for det tann-tekniske produktet ligger hos oss
- ➔ All kontakt foregår på norsk, med oss i Norge

- ➔ 5 års garanti på fast protetik, og 3 år på avtagbar
- ➔ Vi henter og sender arbeid daglig med Postnord, til hele landet. For å bestille opphenging, ring oss på 55 59 81 70, så ordner vi resten for dere

Vi tar også imot digitale avtrykk fra alle kjente system



For mer info
orisdental.no/henviser



Vi har spesialister tilgjengelig i hele Norge!

Vi i Oris Dental hjelper deg med dine pasienter når du trenger det.
Ønsker du å diskutere kliniske problemstillinger eller
behandlingsplaner? Da er vi her for deg!

ØSTLANDET

Oris Dental Aker Brygge
Tlf: 22 83 82 00
akerbrygge@orisdental.no

Yngvil Zachrisson
Kjeveortoped

Hauk Øyri
Oralkirurg

Oris Dental Bryn
Tlf: 22 27 82 22
bryn@orisdental.no

Hauk Øyri
Oralkirurg

Tanya Franzen
Kjeveortoped

Oris Dental Homansbyen
Tlf: 23 32 66 60
homansbyen@orisdental.no

Iman Saleh
Endodontist

Jan Akre
Periodontist

Zina Kristiansen
Oralkirurg

Arash Sanjabi
Endodontist

Oris Dental Lysaker
Tlf: 67 12 90 00
lysaker@orisdental.no

Hauk Øyri
Oralkirurg

Oralkirurgisk klinikk
Tlf: 23 19 61 90
post@oralkirurgisk.no

Dagfinn Nilsen
Oralkirurg

Erik Bie
Oralkirurg

Johanna Berstad
Oralkirurg

Oris Dental Rommen
Tlf: 22 21 02 96
rommen@orisdental.no

Hauk Øyri
Oralkirurg

Oris Dental Galleri Oslo
Tlf: 22 36 76 00
gallerioslo@orisdental.no

Shoresh Afnan
Oralkirurg

Josefine Forsberg
Protetiker

Parandosh Afnan
Kjeveortoped

Dan Grigorescu
Endodontist

Arne Loven
Endodontist

Mohammad Moafi
Oralkirurg

Esha Katyayan
Periodontist

VESTLANDET

Oris Dental Arken Åsane
Tlf: 55 19 77 50
arken@orisdental.no

Arild Kvalheim
Oralkirurg

Nicole Aria
Endodontist

Paul-Arne Hordvik
Protetiker

Torbjørn Pedersen
Oralkirurg

Vilhjalmur Vilhjalmsen
Endodontist

**Oris Dental
Kjeveortopedene i Arken**
Tlf: 55 19 40 50
kjevearken@orisdental.no

Marko Scepanovic
Kjeveortoped

Astrid Katle
Kjeveortoped

Oris Dental Brosundet
Tlf: 70 10 70 80
brosundet@orisdental.no

Seong Jeon
Oralkirurg

Geir Kristiansen
Protetiker

Marika Hæreid
Protetiker

Paul-Åsmund Vågen
Oralkirurg

Oris Dental Hinna Park
Tlf: 51 59 70 00
hinna@oris-stavanger.no

Annlaug Stensland
Kjeveortoped

Dyveke Knudsen
Endodontist

Eirik Salvesen
Periodontist

Torbjørn Hansen
Protetiker

Roshi Frafjord
Oralkirurg

Oris Dental Madla
Tlf: 51 59 70 00
madla@orisdental.no

Annlaug Stensland
Kjeveortoped

Bjørn Abrahamsen
Periodontist

Dyveke Knudsen
Endodontist

Eirik Salvesen
Periodontist

Gro Knudsen
Endodontist

Kasper Dahl Kristensen
Kjeveortoped

Roshi Frafjord
Oralkirurg

Torbjørn Hansen
Protetiker

MIDT-NORGE

Oris Dental Leutenhaven
Tlf: 73 53 45 45
leutenhaven@orisdental.no

Nikola Petronijevic
Endodontist

Oris Dental Munkegata
Tlf: 73 80 67 60
resepsjonen.munkegata@orisdental.no

Attila Nagy
Maxillo-facialkirurg

Oris Dental Sirkus Shopping
Tlf: 73 60 50 45
sirkus@orisdental.no

Tamas Hasulyo
Oralkirurg

Oris Dental Trondheim Torg
Tlf: 73 99 19 99
resepsjonen.trondheim@orisdental.no

Odd Bjørn Lutnæs
Periodontist

NORD-NORGE

**Grønnegata Tannlegesenter
Oris Dental**
Tlf: 77 75 30 30
gronnegata@orisdental.no

Anette Haseid
Kjeveortoped

Carl Fredrik Haseid
Protetiker

Kristin Sandvik
Kjeveortoped

Hans Thomas Brox
Oralkirurg

Oris Dental Harstad
Tlf: 77 01 94 90
post@oris-harstad.no

Harald Efraimsen
Periodontist

Hauk Øyri
Oralkirurg

Oris Dental Narvik
Tlf: 76 94 15 51
post@oris-narvik.no

Roshi Frafjord
Oralkirurg

Oris Dental Stokke
Tlf: 75 12 65 55
stokke@orisdental.no

Roshi Frafjord
Oralkirurg

SPØRSMÅL?

Tlf: 90 94 22 98
eirik@orisdental.no



Skadelig kjemisk forbindelse funnet i kulltannpasta

En ny NIOM-studie fant den giftige kjemiske forbindelsen naftalen i kulltannpasta. Naftalen står på EUs liste over forbudte stoffer i kosmetikk.

– I denne studien undersøkte vi egenskapene ved tannkremer laget av kull. Vi så på tilstedeværelsen av skadelige substanser, om de kan føre til abrasjon av dentin og evnen til å adsorbere fluorid, sier Ida S. R. Stenhagen.

Stenhagen er seniorforsker hos NIOM og ekspert innen organisk kjemi. Sammen med en gruppe kollegaer har hun undersøkt to ulike kulltannkremer (NAO Coco teeth whitening og COCO) på det norske markedet.

Bekymringsverdig funn

– Et av de mer bekymringsverdige funnene var tilstedeværelsen av naftalen i det ene produktet (NAO Coco teeth whitening) sier Stenhagen.

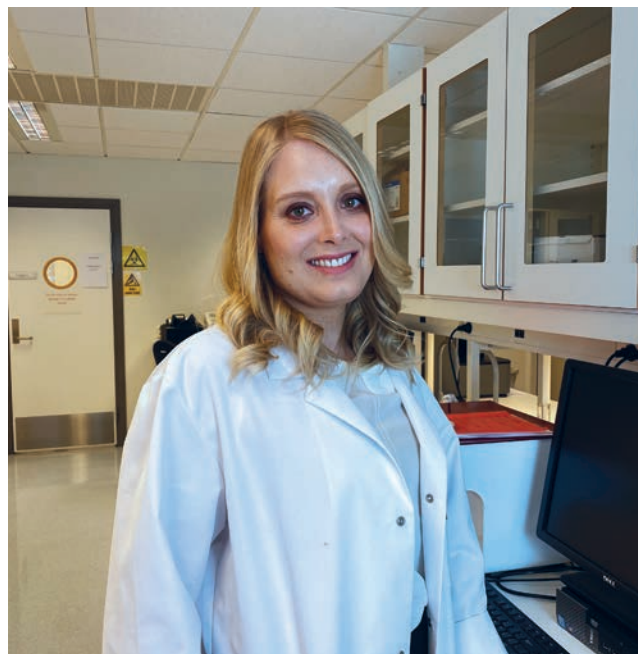
Hun forklarer at Verdens helseorganisasjon (WHO) og De forente nasjoner (FN) samarbeidsorganisasjon mot kreft, International Agency for Research on Cancer eller IARC, har konkludert med at naftalen muligens er kreftfremkallende for mennesker. EU har derfor forbudt bruken av stoffet i kosmetikk.

– Men produksjonsmetodene tatt i betraktning, er ikke funnet så overraskende, sier Stenhagen.

Kull fremstilles ved å fjerne vann og andre flyktige stoffer fra karbonbaserte materialer, slik som bambus, tre eller kokosnøttskall. For å øke porøsiteten aktiveres kullet ved høye temperaturer. Det er vanlig med en kombinasjon av gasser under produksjonen.

Adsorpsjon av fluorid og slitasje

– Vi gikk inn i prosjektet vel vitende om at aktivert kull kan adsorbere eller fjerne fluorid fra vann og jord. Dette fikk oss til å stille spørsmål ved om det samme ville skje med kull i tannkrem. Hvilket selvfølgelig ikke ville være bra, da fluorid i dentale hygieneprodukter har en kjent effekt mot karies, sier Stenhagen.



– Tilstedeværelsen av naftalen i kulltannpasta gir grunn til bekymring, sier seniorforsker Ida Stenhagen ved NIOM. Foto: NIOM.

Ingen av produktene som ble testet hadde imidlertid fluoridbindende egenskaper. Slitasjen som dentinet ble utsatt for gjennom pussing, var også innenfor grensene satt av ISO, den internasjonale organisasjonen for standardisering.

– Men tilstedeværelsen av naftalen gir grunn til bekymring, sier Stenhagen.

REFERANSE

In vitro abrasity and chemical properties of charcoal-containing dentifrices Macla F, Mulic A, Bruzell E, Valen H, Stenhagen ISR Biomaterial Investigations in Dentistry, Volume 7, 2020-Issue1, pages 164-174 <https://doi.org/10.1080/26415275.2020.1838284>

Vi kan lite om tenner. Men **mye** om tannleger.

Komplette IT-løsninger for helse

Som totalleverandør av IT-løsninger har Upheads langerfaring med pasientjournal, røntgen, og flere andre systemer for tannhelseforetak. Foretrekker du å ha server med journalene sentralisert eller i din egen klinikk, tilpasser vi og leverer det som passer best ditt behov.

Kontakt oss på telefon 51 22 70 70 eller gå inn på upheads.no

UPHEADS

«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.»



ORIS DENTAL

*Eirik Aasland Salvesen
Oris Dental. - Spesialist
i periodonti og leder for
Oris Academy*



Primært Sjögrens syndrom – orale og okulære aspekter



Foto: OD/UIO.

SHERMIN RUSTHEN

Shermin Rusthen disputerte den 29. oktober 2020 for ph.d.-graden ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Oslo med avhandlingen «Primary Sjögren's Syndrome – Oral and Ocular Aspects». Hovedveileder har vært Janicke Liaaen Jensen.

Hva skjer egentlig når spytt- og tårekjertlene ikke virker som de skal? Og hvilke konsekvenser vil det få for livskvaliteten? I en avhandling ved Det odontologiske fakultet har Shermin Rusthen sett nærmere på dette.

Temaene for avhandlingen hennes var å vurdere orale og okulære forandringer og oral helse relatert livskvalitet hos pasienter med Sjögrens syndrom. Det ble gjort omfattende undersøkelser av munnhule, spytt, øyets overflate og tårer. Videre ble forstyrrelser i smak- og luktfunksjon undersøkt, og bakteriene i spyttet ble analysert.

Det å ha tørre øyne og tørr munn er ofte svært smertefulle tilstander, noe som igjen kan resultere i at livskvaliteten forringes dramatisk for disse pasientene. Det å forstå hvordan disse tilstandene påvirker pasientene blir derfor avgjørende for å kunne bedre behandlingstilbudet.

Sjögrens syndrom gir helt spesifikke utslag på spytt- og tårekjertler, men det finnes også mange pasienter som ikke oppfyller kriteriene for diagnosen Sjögrens syndrom, men som strever med tørre øyne og tørr munn av ukjent årsak. Disse pasientene vies ofte lite oppmerksomhet i forskningen og dette ble også adressert i avhandlingen.

Nedsatt smak og smak- og luktfunksjon var tydelig til stede hos pasienter med Sjögrens syndrom i motsetning til kontrollgruppen. Dette funnet gjaldt også oral helse relatert livskvalitet, som var signifikant dårligere hos pasientene enn hos kontrollgruppen.

I to av artiklene ble resultater fra pasienter med Sjögrens syndrom også sammenlignet med pasienter som ikke oppfylte kriteriene for sykdommen, men hadde plager knyttet til tørr munn og tørre øyne, samt med friske kontrollpersoner. Det viste seg at Sjögrenspasientene hadde betydelig lavere salivasekresjon, noe som betyr at de produserer mindre spytt. Subjektiv følelse av munntørhet var utbredt hos begge pasientgruppene. Videre fant man at både Sjögrenspasientene og den andre pasientgruppen, hadde større grad av alvorlig tørre øyne enn den friske kontrollgruppen.

Det ble også undersøkt om det fantes forskjellige bakterier i spyttet hos pasienter rammet av Sjögrens enn hos andre. Bakteriene i spyttet ble kartlagt ved hjelp av PCR og 16S rRNA gensekvensering. Man observerte at noen bakterieslekter dominerte hos pasientene. Det var bakterieslektene *Prevotella*, *Veillonella*, *Streptococcus*, og *Haemophilus*. Spyttprøvene viste også tegn til at det eksisterte en mikrobiell ubalanse (dysbiose) hos Sjögrens- pasientene.

Hovedkonklusjonen fra disse studiene er at det er viktig med en tverrfaglig subjektiv og objektiv evaluering av pasienter med tørr munn og tørre øyne, fordi dette kan bidra til bedre livskvalitet og pasientomsorg. På sikt kan informasjon om sammensetningen av bakterieflora hos pasienter med Sjögrens kunne bidra til utformingen av salivære biomarkører til bruk i tidlig diagnostikk

REFERANSER

- Rusthen, Shermin; Kristoffersen, Anne Karin; Young, Alix; Galtung, Hilde; Petrovski, Beata; Palm, Øyvind; Enersen, Morten & Jensen, Janicke Liaaen (2019). Dysbiotic salivary microbiota in dry mouth and primary Sjögren's syndrome patients. PLOS ONE. ISSN 1932-6203. 14(6), s 1- 15 . doi: 10.1371/journal.pone.0218319 Fulltekst i vitenarkiv.
- Aqrabi, Lara Adnan; Galtung, Hilde; Vestad, Beate; Øvstebø, Reidun; Thiede, Bernd; Rusthen, Shermin; Young, Alix; Guerreiro, Eduarda; Utheim, Tor Paaske; Chen, Xiangjun; Utheim, Øygunn Aass; Palm, Øyvind & Jensen, Janicke Liaaen (2017). Identification of potential saliva and tear biomarkers in primary Sjögren's syndrome, utilising the extraction of extracellular vesicles and proteomics analysis. Arthritis Research & Therapy. ISSN 1478-6354. 19(1) . doi: 10.1186/s13075-017-1228-x Fulltekst i vitenarkiv.
- Rusthen, Shermin; Young, Alix; Herlofson, Bente Brokstad; Aqrabi, Lara Adnan; Rykke, Morten; Hove, Lene Hystad; Palm, Øyvind; Jensen, Janicke Liaaen & Singh, Preet Bano (2017). Oral disorders and oral health-related quality of life in patients with primary Sjögren's Syndrome. European Journal of Oral Sciences. ISSN 0909-8836. 125(4), s 265- 271 . doi: 10.1111/eos.12358 Fulltekst i vitenarkiv.
- Tashbayev, Behzod; Rusthen, Shermin; Young, Alix; Herlofson, Bente Brokstad; Hove, Lene Hystad; Singh, Preet Bano; Rykke, Morten; Aqrabi, Lara Adnan; Chen, Xiangjun; Utheim, Øygunn Aass; Utheim, Tor Paaske; Palm, Øyvind & Jensen, Janicke Liaaen (2017). Interdisciplinary, comprehensive oral and ocular evaluation of patients with primary Sjögren's syndrome. Scientific Reports. ISSN 2045-2322. 7:10761, s 1- 9 . doi: 10.1038/s41598-017-10809-w Fulltekst i vitenarkiv.

Zirkonzahn®



ZIRKONZAHN SHADE GUIDE PRETTAU® LINE

Monolitisk Prettau® zirconia fargeskala identisk med ferdig restaurering, i form av en premolar samt øvre og nedre fortenner (kan tilpasses).

SETT DITT KLINIKKNAVN PÅ DEN!




Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tyrol
info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com

Hos oss får du mest igjen for ditt dental- / gullskrap!



Merk: Det er en årsak til at dine kollegaer kommer til OSS år etter år.

Hos oss får du:

- Oversiktlig og detaljert raffineringsresultat.
- Betalt for faktisk resultat (ikke lav pris for kun bruttovekt).
- Mulighet å bytte til NOOR gullsmykker til VIP pris.

Enkelt og oversiktlig:

Send din sporbare postpakke med edelmetallskrap til oss.

Vi kjøper også ditt private skrapgull (gamle smykker, barrer, gullmynter, m.m.)

Ved oppgjør vil du få en detaljert oversikt på ditt unike raffineringsresultat.

Velg oppgjørsmåte: Utbetalt til konto eller bytte til NOOR gullsmykker eller gullkjeder.



Send e-post eller ring
hvis du ønsker mer informasjon !

Bilder på raffinering
for en gullsmed.

**I over 30 år har norske gullsmeder, tannleger og tanntekniker kjøpt av oss:
Diamanter • Gullsmykker • Halvfabrikata • Dentalgull • Raffinerings tjenester.
Vi kjøper alle typer edelmetaller: Dentalskrap, filing, smykker, verkstedskrap, m.m.**



NOOR EDELMETALL AS

E-post: info@norskedelmetall.no • Boks 300, 1401 SKI

64 91 44 00

BIVIRKNINGSSKJEMA

RAPPORTERING AV UØNSKEDE 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 betydningsfullt at skjemaet blir fylt ut og returnert. Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er). Data (inkludert rapportørens navn) blir lagret i en database ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer/NORCE for statistiske analyser. Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkessammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat

Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

☐ Lege, sykehus ☐ Lege, 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 reaksjon(er)?
☐ Ja ☐ Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(er)?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umiddelbart	innen 24 timer	innen 1 uke	innen 1 måned	innen måneder	ukjent til år

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Sviel/brennende følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Smakstørstyrrelser
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Tørthet
- ☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:

- ☐ Sviel/brennede følelse
- ☐ Smerte/ømheth
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Hudreaksjoner
- ☐ Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

- ☐ Muskler/ledd
- ☐ Mage/tarm
- ☐ Hjerte/sirkulasjon
- ☐ Hud
- ☐ Øynesyn
- ☐ Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:

- ☐ Tretheth
- ☐ Svimmelhet
- ☐ Hodepine
- ☐ Hukommelsesforstyrrelser
- ☐ Konsentrasjonsforstyrrelser
- ☐ Angst
- ☐ Uro
- ☐ Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
☐ Ingen

Intraoralt:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvilige forandringer
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Rubor
- ☐ Atrofi
- ☐ Impresjoner i tunge/kinn
- ☐ Amalgamatoveringer
- ☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

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

Annet:

Angi lokalisasjon:

Øvrige funn:

- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Urtikaria
- ☐ Sårblenmer
- ☐ Eksem/utslett
- ☐ Erytem/rubor

Annet:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)? ☐ Fyllinger (direkte teknikk) ☐ Innlegg, fasader ☐ Faste proteisiske erstattninger ☐ Avtakbare proteisiske erstattninger ☐ Bittfysiologisk behandling ☐ Midlertidig behandling ☐ Rotbehandling (rotfylling) ☐ Tannkjøtsbehandling ☐ Oral kirurgi ☐ Tannregulering ☐ Forebyggende behandling Annet: Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)? ☐ Amalgam ☐ Kompositt ☐ Kompomer ☐ Glassionomer ☐ kjemisk ☐ lysherdende ☐ Bindingsmaterialer ("primer/bonding") ☐ Isoleringe-føringsmaterialer ☐ Fissurføringsmaterialer ☐ Beskyttende filmer (f.eks. varmish, femiss, fluorlakk) ☐ Pulpaoverkappingsmaterialer ☐ Endodontiske materialer ☐ Sementeringsmaterialer ☐ vannbasert ☐ plastbasert ☐ Metall-keram (MK, PG) ☐ metalllegering ☐ keram ☐ Materialer for kroner/brøer/innlegg ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ keramisk ☐ Materialer for avtakbare proteser ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ Materialer for bittfysiologisk apparatur ☐ Materialer for implantater ☐ Avtaketmaterialer ☐ hydrokollid ☐ elastomer ☐ Midlertidige materialer – faste proteser ☐ Midlertidige materialer – avtakbare proteser ☐ Andre midlertidige materialer ☐ Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam) ☐ Andre materialer	Produktnavn og produsent av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e): Legg gjerne ved HMS-datablad.	Bivirkningsregisterets notater Mottatt: _____ Besvart: _____ Registrert: _____ Klassifisert: _____ Sign: _____ ☐ Ykesreaksjoner 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: 56 10 73 10 E-post: Bivirkningsgruppen@norce.no web: www.bivirkningsgruppen.no Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.  NORCE NORCE Norwegian Research Centre AS www.norce.no Ver 6.5
---	---	--

Effektiv fyllingsterapi uten tap av kvalitetet



Ivoclar Vivadent tilbyr deg et utvalg produkter til direkte fyllingsterapi som er avstemt til hverandre, noe som gjør det mulig å fremstille estetiske restaureringer av høy kvalitet med stor effektivitet.^[1-4]

Effektiv
Estetikk



Isolere



Bonde



Restaurere



Herde

www.ivoclarvivadent.se

Ivoclar Vivadent AB

Sales representative Norge: Anita Moen, mobil: 95 16 39 00

Gustav III:s Boulevard 50 | SE-169 74 Solna | info@ivoclarvivadent.se

ivoclar
vivadent
passion vision innovation

Prestisjeløs ledelse i krise og kaos

Bodil Kristina Lund tok over som instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved Universitetet i Bergen (UiB) i januar 2020 – med ansvar for 286 ansatte og 350 studenter. Kort tid etter er det riktig å si at verden var snudd på hodet. Covid-19 forandret alt.

 ELLEN BEATE DYVI
 NILS ROAR GJERDET

Jeg hadde vært leder i kort tid da koronaen kom, og jeg hadde heldigvis rukket å etablere både ledergruppen og den lederstrukturen jeg ville ha. Det var flaks, og samtidig helt nødvendig. Jeg ville aldri klart denne situasjonen uten dem.

Dette har vi kommet oss igjennom i fellesskap.

– Da dette skjedde hadde jeg ikke lært den nye jobben min ennå, og plutselig satt jeg her med 150 e-poster om dagen, og arbeidsdager fra 07.00 til over midnatt.

– Jeg bestemte meg raskt for at det var viktig å fatte beslutninger fort. Å fatte beslutninger gjør nemlig at en retter blikket fremover. I en slik sammenheng er det også viktig å være prestisjeløs. Det vil si ikke være redd for å gjøre feil, og ha lav terskel for å ombestemme seg.

– I midten av mars i fjor hadde vi tusen spørsmål, og ingen svar. Det var bare å ta i bruk sitt indre kompass, og tenke: hva er best for de ansatte, hva er best for studentene og hva er best for pasientene – og ta beslutninger ut fra det. Uten frykt for at noe ikke ble helt etter regelboken. De tre nevnte hensynene er mye viktigere, og en må lære seg å leve med å gjøre feil.

Noe er gått etter planen

– Hvilke planer hadde du da du tok over som instituttleder, og hvordan gikk det med gjennomføringen av det du hadde tenkt?

– Det har i grunnen gått ganske bra. Det er ikke sånn at alt er satt på vent. Vi har kunnet gjennomføre mye selv om covid-19 har gjennomsyret hele året og virksomheten. Jeg kan nevne to store prosesser som var igangsatt, og som

skulle gjennomføres. Det første var å få på plass en ny avtale med fylkeskommunen. Den forrige avtalen, med Hordaland, var gått ut før jeg tiltrådte. Siden det skulle komme ny fylkestannlege i Vestland og ny leder ved IKO ventet man til vi begge var på plass. Og avtalen er også kommet på plass. Den andre store saken som var besluttet er utarbeidelsen av en ny studieplan. Det arbeidet er riktignok blitt noe forsinket og skjøvet litt på, men nå er vi i god gang med det også.

– Ellers har det vært et år med brannslukking og ledelse i krise og kaos det første halvåret, og ledelse i krise det siste halve året. Der er vi fortsatt, og jeg må bare berømme personalet, som har vist seg tilpasningsdyktige og lydhøre. Et utrolig viktig stikkord i denne sammenhengen er kommunikasjon, sier Lund, og forteller at hun har forelest om kriseledelse.

Kriseledelse

– Nå har vi en god struktur på det med kommunikasjon, med faste gode rutiner.

– Tålmodighet er et annet viktig stikkord. Vi mennesker er ulike og takler kaos og frykt ulikt. De som står i frontlinjen i klinikken er modige mennesker. Vi vet ikke hva de har av pårørende for eksempel, som det kan være helt maktpåliggende å beskytte mot smitte. Vi vet at mange er redde, og at redsel og aggresjon er tett koblet sammen. Dette må vi vise forståelse for.

– Og det er viktig å vise tillit. En måte å vise tillit på er å la mennesker gjøre feil og mislykkes, fordi de da samtidig utvikles. Som leder er det viktig å gi slipp på kontrollbeho-



Bodil Kristina Lund forlater den beste jobben hun har hatt i juli 2021.

vet, og formidle videre at andre kan gjøre det samme. Akademikere er ofte høyt presterende mennesker med høye krav til seg selv, og noen takler det med å ikke være perfekte litt dårligere enn andre.

– I denne tiden har det vært ekstra viktig å tørre å ta noen sjanser. Og jeg synes de ansatte har vært pragmatiske og vært gode på å finne egne løsninger. Mye i undervisningen måtte legges om, nærmest over natten. Ved siden av at

vi er gått fra kvantitative til kvalitative og individuelt tilpassede utdanningskrav generelt, har denne tiden ført til en ytterligere pedagogisk omlegging i den retning, som følge av et akutt mandat fra Kunnskapsdepartementet.

– Som nevnt er jeg tilhenger og ser nødvendigheten av prestisjeløst lederskap og stor grad av delegering. En delegert tillitsbasert organisasjon går ut fra at alle gjør det

de skal. Da blir det også unødvendig å bruke tid på å rapportere og kontrollere alt mulig.

– Som leder er jeg også åpen for å ta imot kritikk og lytte til alle. Jeg er ikke den som forsvarer alt jeg har gått inn for til siste bloddråpe. Jeg justerer mye heller, når jeg får kritikk eller gode forslag.

– Noe av det beste vi har oppnådd i denne tiden er gode kommunikasjonslinjer og evne til raske beslutninger. Det tar vi med oss videre, også etter at krisen er over.

– Jeg er opptatt av holdbarhet. Vi kan ikke jobbe som om hver dag er den siste. Personalet blir trøtt, og personalet er den viktigste ressursen vi har.

– Sist sommer, da vi visste at dette skulle bli langvarig måtte vi tenke på best mulige langsiktige løsninger. Det vi blant annet har gjort er å gi alle seksjoner mandat til å tilpasse personalsituasjonen fortløpende. Det har naturligvis vært mer fravær enn vanlig, ettersom det er et krav om å være hjemme ved den minste antydning til symptom.

– Jeg kan legge til at det har vært ti tilfeller der vi vet at det har vært smittede inne hos oss. Det vi også vet er at det ikke har vært noen tilfeller av smittespredning i organisasjonen. Vi testet bredt, for å unngå å ikke fange opp symptomfrie bærere. At vi ikke fikk noen smittespredning sier sitt om at vi er lojale mot smittevernrutinene i alle ledd, noe som er svært betryggende for alle som oppholder seg her.

Tett samarbeid

– Hvordan har dere samarbeidet med de andre odontologiske lærestedene i Norge, og kanskje andre land?

– Vi er blitt tettere, opplever jeg, vi tre i Norge. Vi har delt erfaringer og blitt inspirert av hverandre. Vi opplever også at vi har et fellesskap som vi er stolte av. Tannleger som yrkesgruppe har opplevd lite smitte, til tross for at vi er så utsatt. Vi er profesjonelle nok til å kunne stole på rutinene. Uformelt har jeg også hatt mye kontakt med kolleger i Sverige. Der har de vært interessert i hva man har gjort i Norge, som har klart seg så bra i denne situasjonen. Jeg har også vært leder i den nasjonale gruppen i Sverige som skulle utarbeide hygienerutiner for arbeid med aerosolgenererende prosedyrer i tannhelsetjenesten under koronapandemien. I forbindelse med det arbeidet har det vært mye nyttig erfaringsutveksling.

– Hvordan er samarbeidet mellom IKO og de andre instituttene ved Det medisinske fakultet ved UiB?

– Jeg må si det fungerer svært godt å være en del av noe større. Fakultetet er en viktig støtte.

I forbindelse med covid-19 er de andre blitt oppmerksomme på oss på en annen måte – og det at vi mottar 400 pasienter per dag og nærmest er et lite sykehus innenfor universitetet, som i utgangspunktet ikke er rigget for å drive klinikk. Jeg opplever stor forståelse for at vi er viktige. Samtidig ser jeg det som en stor fordel å være en del av noe større. Vi blir flere som er med når det tas beslutninger, og da blir beslutningene bedre. Slik er det i ledergruppen ved IKO, og slik er det ved fakultetet. Det kommer mange kloke innspill når vi er flere som tenker sammen. Før pandemien tenkte jeg at et universitet er en konserverende virksomhet. Nå tenker jeg ikke det lenger. Her snur man seg rundt og tenker nytt, veldig raskt. Det viser seg blant annet i det at vi i våres åpnet en akuttklinikk på rekordtid – over helgen.

Studentene kilde til konstant uro

– Hvordan har studentene hatt det det siste året, tror du?

– Studentene er en kilde til konstant uro i denne situasjonen. Jeg vet at det har vært veldig tøft å være student. Samtidig opplever jeg dem som lydhøre, forståelsesfulle, dyktige og ambisiøse. Og de er naturligvis urolige for om de får tilstrekkelig ferdighetstrening nå i denne tiden. For de som gikk ut i fjor viste det seg at de aller fleste allerede hadde godkjent klinisk praksis i de fleste emnene. Så akkurat det var en lettelse. Vi lot også sisteårsstudentene jobbe ved akuttklinikken og løste noe på den måten. Samtidig måtte og må vi tenke på hvert enkelt kull og hva som er flaskehalsen for dem, og hva som skal til for at de ikke blir hengende etter og mangle noe. Vi gjennomfører derfor stadige risikanalyser. Og det ser ut til at vi kommer i mål, med både tannlege- og tannpleierstudentene, blant annet ved at vi har forlenget dette vårsemesteret med to uker. Målet er at alle skal fullføre på normert tid, og der er ikke siste ord sagt. Samtidig tror vi det skal gå. Noe er jo fortsatt usikkert med tanke på hvordan smittesituasjonen vil utvikle seg fremover og hvordan vi vil måtte forholde oss. Når mars er over vet vi mye mer om hvorvidt det kommer en tredje bølge eller ikke, tror jeg. Og fra høsten av tror jeg situasjonen i Norge er langt mer forutsigbar enn den har vært på lenge.

– Når det gjelder den sosiale situasjonen tenker jeg at den er bedre for våre studenter enn for de som bare har teoretiske fag. Derfor er jeg også mest bekymret for tannlegestudentene på de tidlige semestrene, som ikke kjenner medstudentene sine så godt ennå, og som bare har teoretisk undervisning.

– De tre lærestedene søkte Folkehelseinstituttet om å komme frem i vaksinasjonskøen. Er det kommet noe svar på det?

– Det vi har oppnådd er at vi har fått oppmerksomhet rundt at vi er helsepersonell og samfunnsviktige, og ikke som annet universitetspersonell. Dette er viktig selv om vi ikke rykker frem i vaksinekøen.

Anstrengt økonomi

– Hvordan er den økonomiske situasjonen ved IKO, og hvordan har instituttet klart seg økonomisk i denne spesielle tiden det siste året?

– IKO hadde og har fortsatt en anstrengt økonomi. Samtidig ser jeg lyst på fremtiden. Vi driver utdanning og forskning på høyt nivå, og det er blant annet kommet store bevilgninger til forskningsprosjekter. Jeg laget en prognose våren 2020, da krisen rammet, og vi ligger bedre an enn prognosen tilsier. Noen måneder har vi ligget over budsjett. Samtidig har vi fortsatt et økonomisk underskudd. Året med covid-19 har medført et inntektsbortfall, og det har vi fått støtte fra UiB til å dekke inn. Samlet sett har det vært et ganske godt år. Og jeg vil legge til at arbeidsmiljø og

pasientsikkerhet har kommet først. De to tingene er viktigere enn økonomi.

– Hvordan vil du beskrive forholdet mellom IKO og kompetansesenteret, og hvordan opplever du rekrutteringssituasjonen til ledige stillinger ved IKO?

– Vi samarbeider godt med kompetansesenteret. Situasjonen har satt seg, og vi har funnet en fin form. Når vi utlyser stillinger ved IKO nå får vi en stor mengde søknader. Det er en klar forskjell fra før pandemien. Det er tydelig at flere enn tidligere ser verdien av en trygg og stabil arbeidsplass, også i krisetider. I motsetning til mange andre har det ikke vært snakk om å permittere noen i denne tiden.

Trist å gi seg

– For meg personlig må jeg si at dette er den beste jobben jeg har hatt. Den er sammensatt på en måte jeg liker veldig godt. Og jeg er heldig å samarbeide med veldig dyktige folk. Jeg er veldig lei meg for at jeg skal slutte i denne jobben til sommeren. Samtidig er det behovet for å være sammen med familien i Sverige som er blitt avgjørende, forteller Bodil Lund som ser frem til å ri av stormen sammen med kollegene ved IKO frem mot sommeren.



Investorer søkes til meget attraktive direkteinvesteringer innen fast eiendom.

På vegne av erfarne eiendomsutviklere søkes investorer til direkte investeringer i sentralt beliggende eiendommer i Norge. Prosjektene kjennetegnes av:

- Full transparens, attraktiv avkastning, sikkerhet i eiendommen og hurtig exit.
- Forventet avkastning på 20-40 prosent, uten giring.
- Avtaler og dokumenter kvalitetssikres av eiendomsmegler med oppgjørsfunksjon.
- Investeringsbeløp på mellom 3 og 40 millioner per prosjekt hvor minstebeløp er satt til en million.

Kontakt Christoffer: cg@gusterudbygg.no eller Morten: morten@rimeligeboliger.no

rimeligeboliger.no og gusterudbygg.no

Førsteårsstudentene har det vanskeligst sosialt

Lena Monsen overtok som leder av NTF Student i januar 2020. Kort tid etter endret studenttilværelsen seg drastisk for alle hennes medlemmer i inn- og utland.

ELLEN BEATE DYVI

Monsen er nå avtroppende leder av foreningen, og fjerdeårsstudent i Tromsø. Hun forteller at akkurat nå dreier den største usikkerheten seg om semesteret blir utvidet eller ikke, og hvor lenge.

Dette har innvirkning på muligheten til å søke sommerjobb, noe som er vanskelig så lenge en ikke vet når sommerferien begynner, og eventuelt slutter.

– Det er uforutsigbart, og vanskelig å planlegge.

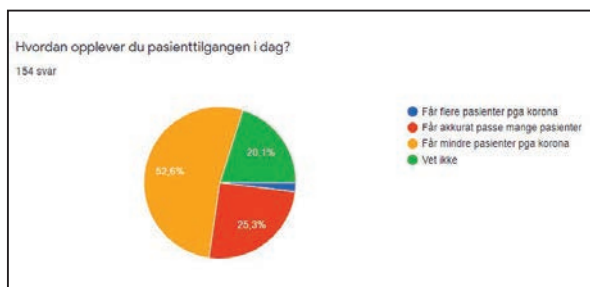
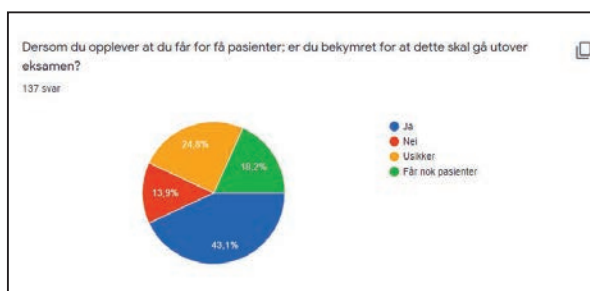
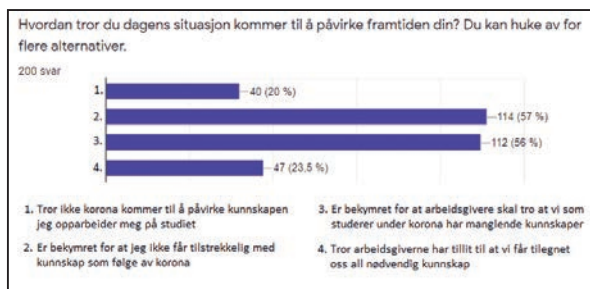
Sommerjobben er viktig for inntekten. Mange odontologistudenter har ikke anledning til å jobbe ellers i året, fordi studiet er krevende. I fjor mistet jeg og mange andre tre uker med inntekt i sommerferien. Samtidig gjaldt krisepakken og kompensasjonsordningen bare frem til 15. juni, så vi som er studenter og jobber i ferien hadde ikke krav på å få noe dekket der.

– Samtidig er det fint at semesteret blir utvidet, hvis det innebærer at vi får det vi trenger av undervisning og får studieåret godkjent. Det er selvsagt det aller viktigste.

– Lærestedene gjør det beste ut av situasjonen og legger til rette så godt de kan. Det er ikke der problemet ligger. Det er myndighetenes regler og krav som er problemet.

– Hva var det første som inntraff, som påvirket din studiesituasjon?

– Kullet mitt hadde akkurat begynt med klinikk med ekte pasienter. Ettersom vi skulle ut i praksis til høsten var det viktig å få nok trening først. Hvis vi ikke var klare, kunne



Fra undersøkelsen «Studiesituasjonen for norske tannlegestudenter, 2020» ved NTF Student.

vi ikke gå ut i praksis. Alt dette ble veldig usikkert og uklart da studentklinikken ble stengt.

– Ellers er så å si all undervisning blitt digitalisert. Alle seminarer og forelesninger foregår på nett. Noe som ikke kan gjøres digitalt er blitt utsatt. Det skal vi visst få tatt igjen. Vi vet også at det blir hjemmeeksamen. Nå er studentklinikken åpen som vanlig. Og det er mange pasienter som avbestiller. Dermed blir det mindre trening. Det er derfor de diskuterer å utvide semesteret.

– Hva får dere av henvendelser fra medlemmene i denne tiden?

– Det er litt av hvert, og ikke bare koronarelaterte ting. Og mye dreier seg om det. Mange er frustrert på grunn av usikkerhet. Det viser også en undersøkelse vi gjennomførte før jul. Der var det en god del ting som kom frem i kommentarfeltet, som vi ikke har offentliggjort, for ikke å identifisere respondentene. Situasjonen tar på, både fysisk og psykisk. Førsteårsstudentene, som ennå ikke kjenner noen på studiet og er nye på studiestedet er nok de som opplever det vanskeligst sosialt.

– Studentlivet blir veldig annerledes i denne situasjonen. Alt utenom selve studiet er forandret også, treningsak-

tiviteter og mange andre ting lar seg ikke gjøre. Vi kan ikke arrangere noen treff vi heller. Geilo-seminaret som samler studenter fra alle lærestedene er avlyst, og jeg kunne heller ikke reise til Polen og møte studentene der.

– Hvordan er situasjonen for utenlandsstudentene?

– Utenlandsstudentene har hatt lignende og tilsvarende problemer som oss her. De opplevde mye usikkerhet våren 2020. Nedstengningen kom tidligere der. Nå er de mer i gjenge enn oss i Norge, ser det ut til, særlig ved de lærestedene hvor studentene er blitt prioritert i vaksinekøen. Det gjelder nok ikke alle, og jeg vet at det er slik ved noen av lærestedene i Polen. Vi som studerer i Norge er også blitt foreslått prioritert i vaksinekøen, ved en henvendelse til norske myndigheter fra dekanene eller lederne ved lærestedene. Det kom som en respons på en kronikk jeg hadde i Dagens Medisin om situasjonen for tannlegestudentene.

– Er det noe du vil si til medlemmene dine, avslutningsvis?

– Ja! Det blir bedre. Vi jobber for det. Og ta kontakt med oss i NTF Student, uansett hva det skulle være.



Kirurgiklinikken
tann • kjeve • ansiktskirurgi

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

www.kirurgiklinikken.no

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

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

Tannlege
Eva Gustumhaugen Flo
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Margareth Kristensen
Ottersen
spesialist i kjeve- og
ansiktsradiologi

Ny region og koronautbrudd – ett år etter:

Mye arbeid, mye kreativitet

– Hvordan det har vært å lede en tannhelsetjeneste etter fylkessammenslåingen og i perioden med koronasituasjonen det siste året? Vi har spurt fylkestannlege Claes T. Næsheim i Innlandet, ett år etter fylkessammenslåing og koronautbrudd, som inntraff så å si samtidig.

 KRISTIN AKSNES

Det har vært en spesiell tid. Det er spennende å være leder i en motgangstid som covid-19 representerer. Én ting er å være leder når alt går oppover og resultatene blir bedre og bedre, en annen ting er når ting butter imot.

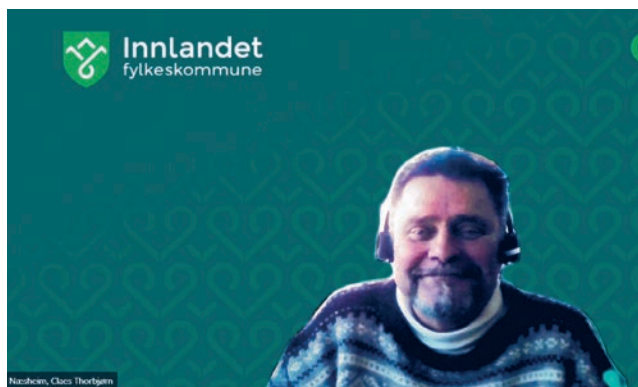
Det er da du får prøvd lederegenskapene dine, og jeg har sporet stor evne til kreativitet og innovasjon hos de ansatte og mine seks overtannleger. Håndteringen av covid-19 hadde ikke vært mulig hvis ikke ledelsen og de ansatte i tannhelsetjenesten og fylkeskommunedirektørens krisestab hadde vært så tilstedeværende og gjort et så stort arbeid. Her har vi vært en godt sammensveiset kommunal organisasjon også.

– Vi gikk inn i 2020 med en ny strategiplan for tannhelse Innlandet, der vi hadde som hovedmål at vi skulle forsøke å holde tannhelseresultatet hos barn og unge på 2019-nivå i planperioden fram mot 2024. Vi hadde historisk gode tannhelseresultater i 2019 for hele Innlandet, og vi er av den oppfatning at nå er det bra nok. Når vi har 50 prosent

kariesfrie attenåringer i Hedmark alene, betyr det at det nesten ikke er noen forskjell mellom de som har null hull og de som har to tenner med karies. Da tenker jeg at vi må begynne å bruke mer tid på de som har mer behandlingsbehov enn friske, sunne barn under 18 år, – i tråd med Blankholmutvalgets føringer.

– Men selv om vi gjør et godt forebyggende arbeid i Innlandet, er det klart at det er samfunnet utenfor tannklinikken som er bestemmende. Derfor må vi ha kjennskap til folkehelseprofilen i kommunen hvor klinikken ligger. Det er en metodikk vi har utarbeidet i både Hedmark og Oppland, at vi skal reflektere over egne resultater i lys av kommunens folkehelseprofil.

Vi hadde bare så vidt vedtatt dette styringsdokumentet, så kom covid-19. Det var en vesentlig samfunnsendring, og effekten av den er det ikke sikkert vi ser før det har gått noen år. Men det vi ser allerede nå, er at antall bekymringsmeldinger og varsler om omsorgssvikt fra tannklinikken er halvert i forhold til årene før. Det er en bekymring.



Skjermdump fra Teams-intervju med Claes Næsheim, fylkestannlege i Innlandet.

Covid-19

– Hva har dere møtt av nye oppgaver etter covid-19?

– I mars 2020 inviterte jeg til et fellesmøte med lederne i privat sektor i

Hedmark og Oppland, og alle ledere, tillitsvalgte og staben hos fylkestannlegen. Vi opparbeidet raskt et eget covid-19-dokument, med god hjelp fra Universitetet i Oslo med Pål Barkvoll, som tok initiativ til samarbeid med fylkestannlegene i Innlandet, Viken, Telemark og Vestfold og Oslo.

Dette var før Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) kom med retningslinjer for tannhelsetjenesten. Jeg tror det var viktig at vi lagde vårt eget regelverk for smittevern, for her var det mye forvirring i begynnelsen. Dette dokumentet har vi holdt ved like hele tiden, med fylldige referater fra våre egne møter og med daglige rapporter fra privat og offentlig sektor, i tillegg til etter hvert FHIs oppdateringer. Vi hadde ca. 39 Teams-møter fra 16. mars til midten av mai. Da begynte det eksterne systemet med drift av smittevernutstyr å falle på plass, og vi kunne gjenåpne samtlige klinikker. Det kommer i tillegg til omtrent like mange møter med krisestaben til fylkesrådmannen samt tillitsvalgte for å utarbeide gode arbeidslivsordninger. Vi hadde et betydelig etterslep for pasienter med forsinket innkalling etter forrige tertial, og det vil nok gå både dette året og langt inn i 2022 før vi er helt à jour.

– Vi har ganske mange voksne betalende, og det er kanskje de som er blitt mest skadelidende. Vi har måttet prioritere de lovpålagte gruppene, og de vi vet er særlig sårbare.

Forsterket smittevern

– Vi har merket noe økt fravær hos de ansatte, folk følger jo retningslinjene og skal ikke gå på jobb hvis de er det minste forkjølet. Vi har også en ganske betydelig ikke-møtt-problematikk, og pasientene skal heller ikke møte når de er forkjølet. Totalt sykefravær i tannhelsetjenesten i Innlandet lå på ti prosent i 2020, men det synes jeg ikke er så avskrekkende.

Ingen av våre ansatte er blitt smittet på jobb, men vi har hatt noen tilfeller av karantene. Det betyr jo at det forsterkede basale smittevernet fungerer.

Tannhelsetjenesten taper

– Hva er blitt bedre og hva har vært de eventuelle vanskelighetene i forbindelse med fylkes-sammenslåingen?

– Hedmark og Oppland har vært heldige i sammenslåingen. Jeg ble spurt om jeg kunne være fylkestannlege i Oppland da Bjørn Ellingsæter gikk av i 2018, og fungerte som fylkestannlege i Oppland fra 2018 fram til sammenslåingen, parallelt med at jeg var fylkestannlege i Hedmark. På den måten har vi fått lov til å tjuvstarte med sammenslåingen sammenlignet med mange andre regioner.

– Når vi skal utarbeide felles styringsdokumenter innenfor tannhelsetjenesten, kommer forskjellene mellom fylkene fram. Det har vært forskjellige gode rutiner og framgangsmåter i de respektive fylkene, som er høyt verdsatt hos meg som leder. Her blir det en balansegang når det gjelder hva som skal med i de nye styringsdokumentene, som ikke skal ha egne Hedmark- eller Oppland-avtrykk, men være noe eget.

Jeg synes vi har klart sammenslåingsprosessen godt. At også covid-19-situasjonen er gått bra, er nettopp et resultat av at vi kjente hverandre godt fra før. Overtannlegene har kjent hverandre siden to år før sammenslåingen.

– Hvis jeg skal oppsummere mine inntrykk av sammenslåingsprosessene, vil jeg si at jeg synes tannhelsetjenesten taper.

– For det første var et samlet odontologisk miljø enige om at det var viktig at tannhelsetjenesten skulle være drevet av fylkeskommunen, noe det også endte opp med til slutt. Men resultatet, etter at vi er blitt til nye regioner, er at tannhelsetjenesten, med få unntak, er kommet lenger ned i organisasjonen. Vi er ikke lenger organisert på lik linje med kultur, næring, samferdsel og skole. For eksempel har tannhelsetjenesten i Innlandet blitt lagt under videregående skole. Tannhelsetjenesten er en viktig samfunnsaktør, og vi burde ha stått på lik linje, ikke under. Dette er et dårlig signal med tanke på hva som ble vedtatt i Stortinget.

– Det andre området jeg mener tannhelse tapte på, er i tildelingen av smittevernutstyr i startfasen av covid-19. Det var andre som fikk tildelt utstyr, og vi måtte bruke våre rammeavtalepartnere for å få tak i det smittevernutstyret som fantes, men prisen var ti ganger så høy.

– Her viste folk stor evne til kreativitet og innovasjon, fordi flere distrikter og flere overtannleger gikk i dialog med for eksempel sanitetskvinner om å sy smittefrakker, som vi skulle ha i begynnelsen. Det var umulig å få tak i. Og for å skaffe visir, gikk vi til universitetsmiljøet på Gjøvik, som hadde en 3-D-printer. De kunne lage visir, for det fantes jo heller ikke.

Det var først ut på sommeren at man begynte å se at kanskje tannhelsetjenesten også skulle inn i Altinn og registrere behov for smittevernutstyr, ikke bare primær- og spesialisthelsetjenesten. Men det var ganske lite av det som sentrale og regionale helseforetak bestilte inn til Norge som faktisk kom ut i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Vi har heller ikke fått noen form for økonomisk kompensasjon fra staten per dags dato. Innlandet tapte 14,1 millioner i behandlingsinntekter på voksenbehandling. Men på én måte er vi heldige, i og med at vi har høy turn- over slik at vi kan spare lønnsmidler. Innlandet fylkeskommune opprettet et såkalt koronafond i juni i fjor og her har vi fått kompensert noe, men vi har ikke fått noe fra sentralt hold.

Når det gjelder evalueringsgrupper som skal evaluere myndighetenes håndtering av koronapandemien, er heller ikke tannhelsetjenesten med. Vi er som ofte ellers utelatt i utgangspunktet, vi må banke på, gjerne med god hjelp av Tannlegeforeningen.

Bemanningssituasjonen

– Hva er situasjonen i dag – er organisasjonen på plass? Har dere besatt alle stillinger?

– Vi leverte en utredning om klinikkstruktur i tannhelsetjenesten Innlandet i februar. En av de store utfordringene for tannhelsetjenesten i vårt fylke er at det er vanskelig å besette stillinger ute i distriktet. Vi har høy turnover, enkelte år opp i 30 prosent. Det er vanskelig både ute i distriktene og i mer sentrale strøk. De aller fleste tannlegene vi rekrutterer kommer fra Oslo, og de blir ikke over tid. Ett til to år er stort sett det vi kan håpe på. Ute i distriktene er det lange perioder med vakanser. Det var derfor fylkespolitikkerne bestilte en utredning. Jeg har vel kanskje intervjuet tusen tannleger fra jeg ble fylkestannlege i 2009, og nesten alle sammen sier noe om at de ønsker et robust fagmiljø. De vil for eksempel ikke jobbe på enmannsklinikker. I utredningen foreslo vi at for å sikre stabilitet og en god kvalitativ tjeneste for innbyggerne i Innlandet, ville vi sentralisere og gå fra 41 til 27 klinikker.

Denne utredningen fikk god tilbakemelding for grundighet fra fylkeskommunedirektøren. Men før utredningen i det hele tatt ble offentliggjort, hadde jeg vært i regionrådsmøte og orientert om prosessen. Da hadde Senterpartiet (SP) og Arbeiderpartiet allerede bestemt seg, og de gikk ut og sa at det ikke var snakk om omstrukturering. Vi skal ha det som vi har det. Alle klinikker skal være som de er, og det er en garantist for god tannhelse. Selv om jeg prøvde å argumentere med at det ikke er sånn at den gode tannhelsen kommer fordi det er en tannklinikk eller et legekontor i hver kommune, det er folkehelseprofiler som determinerer hvorfor det er ulikheter. Men de hadde bestemt. Da er det igjen slik at tannhelse er viktig politisk, men man lytter ikke til hva som er det reelle behovet.

Det er valg til høsten, og hvis ting ikke endrer seg radikalt, kan det ligge an til at Senterpartiet (SP) vil få en stor delegasjon i Stortinget. Distrikt og sentralisering er viktig for SP, og alt som lukter av sentralisering er utelukket i utgangspunktet.

Rekruttering

– Det ble mye vanskeligere rekrutteringsmessig da de sluttet å uteksaminere tannleger to ganger i året, i juni og i januar. Nå er det slik at når de 70 tannlegene i juni uteksamineres fra Universitetet i Oslo, som er vår hovedrekrutteringskanal, er det ganske mange om beinet. Da er det intervjuprosesser i Innlandet, som i andre fylker, fra april til slutten av august. Når vi får ledige stillinger om vinteren og tidlig vår er det nesten tomt for aktuelle kandidater. Vi har kandidater fra land som får autorisasjon, men vi vet at de har lite praksistrening, og vi kan ikke sette dem på en énmannsklinikk ute i distriktet alene. Det gjør det atskillig vanskeligere, i tillegg til det forholdet at man ikke lenger har beordringsplikt for tannleger, slik man hadde før 1970. Da måtte alle tannleger ha ett års plikttjeneste etter endt utdanning, i distrikt. Legene har jo denne ordningen fortsatt. Men det er nok tannhelsepolitisk veldig krevende.

– I alle intervjuer med alle de flotte, godt kvalifiserte og selvstendige kandidatene som kommer fra fakultetene sier jeg: Lytt til en gammel mann og bli ett til to år. Det er et kort tidsaspekt i et langt liv, men den kompetansen, den mestringen, den læringen du får ved å se igjen pasienter og arbeid du har gjort tidligere, den er gull verdt. Men det hjelper lite. Folk slutter i prøvetiden, fordi det plutselig ble ledig en 20 prosent stilling privat i Oslo.

Nye fylker og koronautbrudd – ett år etter

Den 1. januar 2020 fikk Norge ny fylkesstruktur med 11 fylker, seks av dem nye: Troms og Finnmark, Innlandet, Vestland, Viken, Vestfold og Telemark og Agder. Trøndelag ble etablert som ett fylke allerede 01.01.2018.

Den 12. mars 2020 stengte Norge ned for å begrense koronapandemien. To krevende situasjoner skulle håndteres på én gang.

Tidende har stilt fylkestannlegene i de nye fylkene følgende spørsmål:

– Hvordan har det vært å lede en tannhelsetjeneste etter fylkessammenslåingen og i perioden med koronasituasjon det siste året?

– Hva er blitt bedre og hva har vært de eventuelle vanskelighetene i forbindelse med fylkessammenslåingen?

Hva er situasjonen i dag – er organisasjonen på plass? Har dere besatt alle stillinger?

– Hva har dere møtt av nye oppgaver etter covid-19, og hvordan er de blitt løst?

Ikke alle har hatt anledning til å svare. En har ønsket å la seg intervju, mens andre har valgt å besvare spørsmålene skriftlig. Her er svarene vi har fått skriftlig:



Agder:

Gradvis oppbygging av ny struktur

Fungerende avdelingsleder for tannhelsetjenesten i Agder fylkeskommune, Jannecke Hübert, svarer slik på e-post:

Hva er blitt bedre?

I Agder har vi siste året jobbet med en gradvis oppbygging av ny struktur. Vi har fått på plass felles nye retningslinjer for de ansattes rettigheter og plikter. Vi har forsøkt å få med «det beste» fra hvert av de tidligere fylkene, og vi har utjevnet noe av forskjellene mellom de to tidligere organisasjonene.

I forkant av sammenslåingen var det blant enkelte ansatte en del misnøye. Denne er betydelig redusert nå ett år senere. Dessverre har vi i 2020 ikke kunnet arrangere felles samlinger for alle ansatte på grunn av pandemien.

I løpet av våren 2021 skal vi sammen med vår IT-leverandør fullføre et stort IKT-prosjekt med blant annet felles database og nytt røntgen system.

Vanskeligheter/ utfordringer

Det er utfordrende å forene to organisasjoner med ulik historikk, organisering og kultur. Aust-Agder var tradisjonelt «folketannrøkt»-fylke med stor grad av voksenbehandling, bonusordninger og desentralisert klinikkstruktur.

Vest-Agder var i større grad et «skoletannlege»-fylke, mye på grunn av Kristiansand som aldri har hatt folketannrøkt. Det var mer sentralisert klinikkstruktur, med noe større og autonome klinikkenheter og delegert ansvar til

klinikklederne (budsjett/ økonomi, personaladministrasjon/ ansettelse).

Det har vært ustabil ledelse i administrasjonen, der nytilsatt leder for avdeling tannhelse begynte på våren, og sluttet etter kort tid. Det har vært krevende å tiltre som «fungerende leder» i høst, uten at staben ble tilført flere ansatte.

Covid-19 pandemien har selvfølgelig vært en utfordrende for den daglige drift, og det ble ekstra utfordrende at denne kom samtidig med sammenslåingen av fylkene. Jeg mener vi håndterer pandemien på god måte, og her må jeg bare rette en takk til alle ansatte har bidratt til at vi klart oss gjennom dette første året.

Er organisasjonen på plass?

Det oppleves som om tannhelsetjenesten ennå ikke er kommet helt plass i den nye organisasjonen. Det er fremdeles mange ting som må avklares. Men vi har fått en god fremdrift. I disse dager leverer vi en tannhelsestrategi for perioden 2021–2024 til politikerne. Denne vil bidra til å sette en retning på hvor vi skal.

Er stillingene besatt?

Vi har hatt en del utskifting, ustabilitet og underbemanning på grunn av oppnådd pensjonsalder, permisjon og sykefravær, så ledige stillinger i løpet av året har det vært. Vi har fremdeles ledige stillinger og kan bare oppfordre flere til å søke seg til tannhelsetjenesten i Agder.

Covid-19

Pandemien er håndtert på en tilfredsstillende måte. Pandemien har ført til noe etterslep på innkallinger og



Jannecke Hübert.
Foto: privat.

rutineundersøkelser. Det er viktig å presisere at vi har klart å opprettholde et godt og forsvarlig behandlingstilbud til alle grupper.

Vi har gjennomført smittevernstiltak hele året i tråd med nasjonale retningslinjer. Det er ikke påvist noe smittespredning via tannklinikken våre. Der vi har hatt smitte / trolig smitte blant ansatte er det kommet som følge av private forhold.

Det har vært et samarbeid med lokalforeningen og privatpraktiserende tannleger i Agder. Tannhelsetjenesten har etablert en klinikk for mistenkt smittede og bekreftet smittede pasienter, uansett om pasienten tilhører for offentlig og privat sektor. Klinikken er fremdeles i drift, men pr i dag har vi ikke behandlet noen bekreftet smittede pasienter, og kun få tall mistenkt smittede.



Trøndelag fylkeskommune
Trööndelagen fylhkentjielte

Trøndelag:

– Heretter må vi snakke om organisasjonsutvikling, ikke sammenslåing



Kari Strand

Trøndelag ble slått sammen til ett fylke. 1. januar 2018 og har dermed fått en god del erfaring med sammenslåing av to tidligere fylker.

Fylkestannlege Kari Strand i Trøndelag fylkeskommune svarer slik på e-post:

Hva er blitt bedre og hva har vært de eventuelle vanskelighetene i forbindelse med fylkessammenslåingen?

– Mitt sammenligningsgrunnlag er fra årene som fylkestannlege i Nord-Trøndelag. Det nye fylket er tre ganger så stort som «mitt gamle». Det som først og fremst er blitt bedre, er at tannhelsetjenesten i Trøndelag har flere ansatte til å løse alle oppgavene. Den offentlige tannhelsetjenesten har og får. Det er en stor fordel å ha mange å spille på, og jeg opplever at det alltid er noen som har interesse for og engasjement til å løse nye oppdrag.

– Sammenslåingen har medført mye arbeid og mange utfordringer. Vi har måttet tåle å stå i mye usikkerhet

underveis og likevel ha tro på at vi ville lande på beina. Det har likevel først og fremst vært en positiv utfordring og opplevelse, takket være det gode, konstruktive samarbeidet både i den sammenslåtte ledergruppen og med tillitsvalgte.

– Nord- og Sør-Trøndelag var som kjent de to første fylkeskommunene som slo seg sammen. Vi hadde på flere måter et veldig godt utgangspunkt. For det første var sammenslåingen frivillig: Prosessen startet etter politisk initiativ fra Nord-Trøndelag og sammenslåingen ble uten press utenfra vedtatt av begge fylkesting. For det andre var de to fylkeskommunene relativt like, også tannhelsetjenestene.

– De største utfordringene hadde vi med å harmonisere lønns- og arbeidsvilkår, men det viktigste var løst i god tid før 2018. IKT var dessuten et krevende område, og de første dagene og ukene etter sammenslåingen var nok dette gjenstand for de største frustrasjonene.

Hva er situasjonen i dag – er organisasjonen på plass?

– Vi var forberedt på at ikke alt ville være på plass til sammenslåingstidspunktet. Noen spørsmål hadde vi bevisst utsatt – fordi vi måtte prioritere mer prekære saker. Andre spørsmål har dukket opp etter hvert. Det har stadig blitt avdekket flere ulikheter mellom praksis i de to tidligere fylkeskommune, der vi må finne fram til hva som skal være regelen i Trøndelag. Jeg mener vi må kunne si at organisasjonen er på plass nå, heretter må vi snakke om organisasjonsutvikling, ikke sammenslåing.

Har dere besatt alle stillinger?

– Ved årsskiftet hadde vi seks ledige tannlegestillinger. I de fleste av dem er det ansatt nå. Vi har en del skifte i stillinger i deler av fylket, men ikke mange stillinger som er ledige i lange perioder.

Hva har dere møtt av nye oppgaver etter covid-19, og hvordan er de blitt løst?

– Koronapandemien ga oss mange nye oppgaver og en annerledes arbeidshverdag, som var preget av beredskapsledelse og ikke ga plass til så mye annet.

Det betydde en omorganisering av klinikkdirften, omfattende innsats av mange ansatte for å skaffe smittevernustyr, utarbeiding og stadig revisjon av prosedyrer basert på oppdaterte risikovurderinger, løpende informasjon til ansatte og publikum, og så videre.

– Oppgavene løste vi i fellesskap, først og fremst med omfattende møtevirksomhet (på Skype eller Teams selvfølgelig). Ledergruppen, som ble supplert med hovedverneombud-

det, hadde daglige møter i to måneder fra 11. mars. Arbeidsmiljøutvalget hadde også hyppige møter i denne perioden, og vi hadde flere kontaktmøter med tillitsvalgte enn vanlig.

– I disse møtene diskuterte vi oss fram til løsninger etter hvert som nye problemstillinger dukket opp.

I denne situasjonen var det uten tvil en fordel at det hadde gått et par år fra sammenslåingen, slik at vi hadde veletablerte ledelsesstrukturer og samarbeidsfora. Vi hadde nyttige erfaringer fra sammenslåingsprosessen. Det var en stor fordel at vi kjente hverandre godt på forhånd når vi plutselig ble henvist til å samhandle kun digitalt.



Vestfold og Telemark

FYLKESKOMMUNE

Vestfold og Telemark:

Mer komplett offentlig tannhelsetjeneste

Direktør for Tannhelse og forebygging i Vestfold og Telemark, Turid Kristoffersen, har svart slik på e-post:



Turid Kristoffersen

– Hva er blitt bedre og hva har vært de eventuelle vanskelighetene i forbindelse med fylkessammenslåingen?

Bedre

– Den offentlige tannhelsetjenesten i Vestfold og Telemark har også tidligere samarbeidet godt på en rekke områder. Likevel var de forskjellige, og Den «nye» offentlige tannhelsetjenesten i Vestfold og Telemark fylkeskommune er blitt mer komplett enn da det var to fylker. Det gjelder både folkehelsearbeidet, spesialisttilbudet, narkose- og TOO-tilbudet og det generelle allmenntilbudet på tannklinikkene.

– En viktig og positiv endring ved sammenslåingen er at sektor for tannhelse og forebygging er blitt en større, mer synlig og sterkere involvert sektor i fylkesrådmannens ledergruppe. Vi har også fått en egen utviklingsenhet som skal jobbe målrettet for å skape en tidsmessig tannhelsetjeneste som vektlegger økt kvalitet, kompetanse og videreutvikling gjennom å ta i bruk ny teknologi og nye digitale løsninger. Samlet sett har dette bedret mulighetene for å ivareta vårt viktige samfunnsoppdrag i større grad enn tidligere.

Vanskeligheter

– Jeg vil ikke si at vi har hatt vanskeligheter, men vi har hatt noen utfordringer, særlig med tanke på organisasjonsstrukturen. Vi har ingen ledere mellom direktør og klinikkledere slik at direktøren har et betydelig lederspenn. Dette er utfordrende, særlig i den omstillingsprosessen vi har gått gjennom. Selv om vi var tidlig ute med felles møter mellom de to fylkene er mye endret, og det å bygge en felles kultur der både ledere og medarbeidere er trygge, er en lang og kompleks prosess som ikke kan løses ved såkalte «happenings» eller «spin-off meetings». Det må bygges gjennom gode og tillitsfulle relasjoner mellom ledere og ansatte over tid.

– Hva er situasjonen i dag – er organisasjonen på plass?

– Organisasjonen er på plass, og på tross av koronapandemien har vi klart å etablere en profesjonell klinikkledergruppe med dedikerte og motiverte medarbeidere som jobber godt og målrettet for et bredt og solid tannhelsetilbud i det nye fylket. Det har vært en del utfordringen med å rekruttere kompetente klinikkledere til enkelte klinikker, men vi har stadig flere ledere som har tilegnet seg formell lederkompetanse eller er i gang med dette.

– Har dere besatt alle stillinger?

– Vi har få problemer med å rekruttere kompetente medarbeidere ved sentrale klinikker, men i indre og øvre deler av Telemark har vi utfordringer med å rekruttere tannleger, særlig på mindre klinikker. Det overrasker litt, fordi nettopp på disse klinikkene vil man ha et stort mangfold av pasienter og kliniske utfordringer slik at man på relativt kort tid kan bli en komplett tannlege. Vi har etablert gode rutiner for bred opplæring, men det hjelper lite når disse tannlegene søker seg vekk etter et års tid. Fylkeskommunen jobber derfor aktivt for å innføre stabiliseringstillegg for disse stillingene.

– Hva har dere møtt av nye oppgaver etter covid-19, og hvordan er de blitt løst?

– De største utfordringene var å skaffe tilstrekkelig smittevernustyr, og å få bemanningskabalene til å gå opp ved mindre klinikker. Det kunne være flere fra en profesjonsgruppe som ikke kunne jobbe med pasienter fordi de tilhørte en eller flere risikogrupper, mens det var overfall i andre profesjonsgrupper. Vi måtte derfor stenge flere små klinikker for lengre perioder. Likevel viste alle ansatte usedvanlig ansvar og fleksibilitet og jobbet på andre klinikker selv om det innebar både omstilling og lengre reisevei til jobben.

Tannlege på hjul

– et nytt tilbud til papirløse migranter og rusavhengige

Kirkens Bymisjon har startet prosjektet Tannlege på hjul i Oslo etter inspirasjon fra tilsvarende tiltak i Sverige, Nederland og Storbritannia.

Tanken er at det skal bli lettere å nå papirløse migranter og rusavhengige, som ellers ikke har et tilbud om tannhelsetjenester eller ikke kan nyttiggjøre seg det ordinære tilbudet. Det oppleves at behovet er stort for å kunne gi en økt mulighet til å hjelpe pasienter med smerter og behandlingsbehov, som ikke har mulighet til å nyttiggjøre seg andre tilbud. I dag går papirløse og rusavhengige ofte med smerter og stort behandlingsbehov lenge, noe som medfører stor lidelse og en stadig forverring av helsetilstanden.

Felles for disse gruppene, i tillegg til at de har store munnhelsebehov, er at de lever ustabile liv, ofte har dårlig råd og lever på utsiden av samfunnet. Mange kan ha vanskelig for å ha tillit til fremmede eller det offentlige systemet. Dårlig munnhelse bidrar dessuten til andre problemer som til dårlig ernæring og utenforskap.

Prosjektleder i Kirkens Bymisjon, Wojoud Mejalli, forteller at de er godt i gang med etableringen av tilbudet. De har kontakt med en leverandør av bil som skal romme tannklinikken, en annen som skal stå for skap, innredning og infrastruktur og en tredje som skal stå for montør av utstyr. En skisse av klinikken er tegnet i samarbeid med Dental Sør.



Wojoud Mejalli er prosjektleder for Tannlege på hjul i Kirkens Bymisjon. Foto: Privat.

Tannlege på hjul:

Mål

- **Etablere en mobil tannklinikk som tilbyr tannhelsetjenester til utsatte grupper i Oslo sentrum.**
- Dokumentere målgruppenes helsesituasjon, føre statistikk og samarbeide med forskere ved Det odontologiske fakultet i Oslo.
- Jobbe for målgruppens rett og tilbud til tannbehandling, og for at tilbudet ved prosjektslutt videreføres i samarbeid med aktuelle aktører innen tannhelse.

Målgruppe

- Papirløse migranter, mennesker uten oppholdsgrunnlag og med begrensede rettigheter i velferdsstaten
- Personer med alvorlig rusmiddelavhengighet i kombinasjon med somatiske og psykiske lidelser.

Samarbeid og organisering

- Gjennom samarbeid med Tannlegeforeningen og Det odontologiske fakultet vil vi utvikle prosjektet, dokumentere og dele erfaringer.
- Prosjektet er basert på frivillige innsats og er avhengig av rekrutteringen av frivillige tannhelsepersonell.
- Prosjektgruppen består av representanter fra Det odontologiske fakultetet, Tannlegeforeningen og Kirkens Bymisjon Oslo.
- Prosjektet er et samarbeid mellom Helsesenteret for papirløse og 24SJU.

Bakgrunn og behov

Det er få ting som er så synlig og knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn, rettighetsstatus og helse som munnhelse. Årsaker kan være:

- Begrenset tilgang og tilgjengelighet til målgruppen.
- Sammenhengen mellom munnhelse og psykisk/fysisk helse.

Visjon

- Tannlege på Hjul tar utgangspunkt i å nå målgruppen der de er, uten at de trenger å endre på livet sitt eller situasjonen sin for å få tilgang på munnhelsehjelp.
- Nytenkende på et helseområde der helsepersonell tradisjonelt er fysisk bundet opp av høy materiell standard og utstyr.
- Gjennom en mobil tannklinikk i en ombygd lastebil vil kunne bevege oss til fysiske plasser som er tilgjengelig for målgruppen og tilby all munnbehandling på et sted.
- Prosjektet vil inspirere tannhelsetjenesten med en modell som er overførbart til tannbehandling for andre sårbare grupper.

24SJU

- **Oppdrag** å bidra til bedre helse og økt sosial inkludering for de mest utsatte rusavhengige som oppholder seg i Oslo sentrum.
- **Målgruppen** er mennesker med alvorlig rusmiddelavhengighet i kombinasjon med somatiske så vel som psykiske lidelser, ofte preget av dårlig allmenntilstand og langvarige sosiale problemer som fattigdom, ustabile boforhold, prostitusjon, kriminalitet og sosialt utenforskap.
- **Kjennetegn** ved gruppa er at de ikke i tilstrekkelig grad har vært nådd gjennom, eller er i stand til å nyttiggjøre seg av, det ordinære tjenestetilbudet. Dermed får de verken tilgang til eller nyttiggjort seg rettighetene de faktisk har.
- **Munnhelsen** for mange i denne livssituasjonen er kort og godt en katastrofe. Dette forsterker og opprettholder deres sosiale utenforskap.

Helsesenteret for papirløse migranter (Helsesenteret)

- Drives og finansieres av Kirkens Bymisjon og Røde Kors.
- **Oppdrag:** Helsesenteret tilbyr tverrfaglig primærhelsetjeneste der pasientene kan få konsultasjon og oppfølging med bla. lege, psykolog, fysioterapeut, sykepleier og jordmor.
- **Målgruppen** er papirløse migranter, dvs. mennesker som befinner seg i Norge uten oppholdstillatelse.
- **Kjennetegn:** De preges av å være i en meget vanskelig situasjon og mange helseproblemer er sammensatte og trenger kontinuitet og oppfølging. En ser også helseproblem som burde vært forebygget og behandlet på et tidligere tidspunkt.
- **Munnhelse:** pasientenes dårlige munnhelse er stort problem og der muligheten for behandling i det offentlige helsevesenet og hos privatpraktiserende tannleger er svært liten.

Trenger utstyr

Tannlege på hjul er i dialog med Det odontologiske fakultet i Oslo, som ønsker å bidra med utstyr.

– Alt annet utstyr vil vi være glade for å få hjelp til, forteller Mejalli, som inviterer tannleger som har pent brukt utstyr de ikke lenger trenger, som for eksempel en autoklav og andre nødvendigheter, til å ta kontakt.

Planen er å få Tannlege på hjul-klinikken klar til bruk i løpet av året, og tidspunktet vil blant annet avhenge noe av utviklingen med covid-19.

– Hvor vil dere plassere bilen når den er klar, og hva tenker dere om åpningstidene for den mobile tannklinikken?

– Vi vil plassere oss på steder i Oslo sentrum som oppleves som trygge for brukerne vi vil nå, og også veksle mellom ulike steder der vi kan nå begge de to målgruppene. Åpningstidene er ikke bestemt ennå, og vi ser for oss at det vil være hensiktsmessig å tilby tannbehandling i bilen på ettermiddags- og kveldstid, blant annet fordi vi vil være avhengige av frivillige, som ofte har annen jobb på dagtid.

Prosjektet har mottatt støtte fra Stiftelsen Dam, og er et samarbeid mellom Helsesenteret for papirløse, som Kirkens Bymisjon og Røde Kors står bak, og 24SJU, som er Kirkens Bymisjons døgntilbud til de mest utsatte rusavhengige i

Oslo. Med i prosjektgruppen er Det odontologiske fakultet i Oslo og Tannlegeforeningen, i tillegg til avdelingslederne for 24SJU og Helsenteret for papirløse og en seniorrådgiver for fag og utvikling i Kirkens bymisjon.

Wojoud Mejalli som selv har tannlegeutdanning fra Jemen understreker at klinikken skal være et forsvarlig og trygt tannhelsetilbud som følger alle lover og regler som helsepersonelloven, tannhelsetjenesteloven, og reglene for smittevern og strålevern.

Langtidsperspektiv

Prosjektet er foreløpig treårig, og har som mål å arbeide for målgruppens rett til tannbehandling, og for at prosjektet videreføres utover de første tre årene. En del av prosjektet er å dokumentere målgruppenes helsesituasjon og samarbeide med forskere ved Det odontologiske fakultet i Oslo.

– Vi tenker også at prosjektet vil kunne inspirere tannhelsetjenesten med en modell som er overførbar til andre sårbare grupper, sier Mejalli.

Hvis du vil ta kontakt med prosjektet for å høre hva de trenger av utstyr når du prosjektlederen på denne e-post-adressen: Wojoud.Mejalli@bymisjon.no

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

Tidende ønsker å oppmuntre til gode oversiktsartikler i tidsskriftet. Prisen på 40 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den artikkelen som vurderes som den besete publiserte oversiktsartikkelen i løpet av to åranger av Tidende.

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

å opprettholde norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2021.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:
– artikkelens systematikk og kilde-
håndtering

– innholdets relevans for Tidendes lesere
– disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet
– illustrasjoner

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren

VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

De fleste av oss spiser brødkiver
eller andre kornprodukter i løpet
av en dag. Bytter du ut fine
kornprodukter med grove,
får du i deg mer næringsstoffer
og holder deg mett lenger.
Det skal ikke så mye til.
Med noen små grep blir
det beste du vet litt
sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

VIKTIGE VURDERINGER VED KJØP AV DIN NESTE DENTAL UNIT

Ved etablering av tannlegepraksis eller oppussing av eksisterende tannklinikk, er innkjøp av den dentale uniten trolig klinikkens viktigste investering. Hvilke faktorer bør vurderes i beslutningsprosessen?

Det er svært viktig å velge riktig unit med tanke på at tannlegen jobber ved uniten opp mot 8 timer om dagen, 5 dager i uken, i omkring 36 år. Med andre ord, dette valget må bli riktig!

Tidligere innebar det å kjøpe unit mest å velge farge og pris. I kontrast til dette er dagens klinikkeiere klar over at den riktige dental unit, med dens innebygde teknologier og muligheter, påvirker ikke bare pasientkomforten og arbeidshelsen for operatørene, men også effektiviteten og lønnsomheten for hele tannklinikken.

Hva er så nøkkelfaktorene man bør ta i betraktning?

Ergonomi er helt grunnleggende

Forekomsten av MSD (Musculoskeletal disorders - Muskel og skjelett sykdommer) varierer mellom 10,8 og 97,9 prosent blant tannleger, tannhelsesekretærer og tannlegestudenter. Ryggen, nakken, skuldrene og håndleddene er de mest rammede områdene. MSD resulterer ofte i sykefravær, eller til og med for tidlig pensjon.^{1,2}

XO SEAT er designet for å sitte godt under behandlingene, uten unødvendig belastning på kropp, nakke eller hode, time etter time, dag etter dag. Med XO FLEX dental unit kan nakkestøtten justeres slik at pasientens hode kan plasseres i seks ulike posisjoner. Kombinert med å kunne jobbe i posisjonene fra klokken 9 til klokken 12, gir dette den beste oversikten over hver tannflate uten å måtte bøye og anstrenge nakke, rygg eller overkropp.

Hvert instrument på uniten har et unikt, individuelt balansert instrumentoppheng. Dette gir perfekt balanse og ingen belastning i fingre, hender, armer eller skuldre.

I tillegg er sugeslangene intuitivt plassert for enkelt å kunne få tak i dem. Etter bruk slippes bare slangene, og de trekkes automatisk tilbake i holderen.

Investeringen skal være lønnsom

Den beste måten å maksimere verdien på uniten er ved å spare tid - uten å påvirke kvaliteten på behandlingen.

Med XO FLEX kan tannlegen bestemme når man ønsker å jobbe alene eller med assistent. Uansett har man alltid rask og enkel tilgang til instrumentene, sugene og materialene – alt med maksimal konsentrasjon og effektivitet. Dette sparer tid, øker produktiviteten og reduserer driftskostnadene.

Avslappede og fornøyde pasienter

Kvalitet, god beliggenhet og riktige priser er ikke nok for å sikre fornøyde pasienter. Pasienten må også ha en god opplevelse. Uniten har bryggen med instrumenter plassert over pasientens bryst. De er da utenfor pasientens synsfelt, noe som fører til roligere pasienter.

Pasient stolen fra XO gir optimal komfort med sine mange muligheter for justering. En unik nakkestøtte og integrert albuestøtte er standard.



Enkelt å ivareta smittevern

Av hensyn til smittevern er det viktig å merke seg at XO FLEX maksimerer beskyttelsen mot krysskontaminering. Alle unit- og stolfunksjoner kan styres ved kun å bruke fotkontrollen. Man trenger med andre ord ikke berøre uniten med hendene. Alt som likevel berøres av tannlegen eller assistenten kan tas av, desinfiseres og autoklaveres. Alle overflater er glatte og lette å rengjøre, og unitens metalleder er belagt med et innovativt antibakterielt belegg.

Styrker den profesjonelle tannbehandlingen

Dedikerte tannleger som er opptatt av kvalitet blir styrket og motivert av utstyr som muliggjør full utnyttelse av deres evner.

Med XO FLEX kan fotkontrollen styre samtlige av unitens funksjoner, instrumenter, pasientstol og lys. Dette sikrer tannlegeteamet fullt fokus på pasienten og pasientens munn.

Automatisk "chip blow" er en unik XO funksjon som gjennom å blåse tørr luft synliggjør tennene uten å bytte fra turbin eller mikromotor til trefunksjons-sprøyte for å tørlegge. Slik kan tannlegens fokus forbli på arbeidsområdet og behandlingen.

En annen unik funksjon hos XO er at vannmengden på håndstykkene lett kan justeres. Riktig vannmengde er essensielt; for lite vann gir risiko for vevsnekrose, for mye vann påvirker visibiliteten negativt.

For å lese mer om XO CARE og om hvordan utøve ekstraordinær tannbehandling, følg linken www.xo-care.com eller kontakt våre lokale XO-partnere:

Dental Service AS
Ove Pedersen
5155 Bønes
+4755221900
post@dental-service.no
www.dental-service.no

Oslo Dental AS
Torvet 10
4836 Arendal
+4794470902
post@oslodental.com
www.oslodental.com

1 Lietz J, Kozak A, Nienhaus A. Prevalence and occupational risk factors of musculoskeletal diseases and pain among dental professionals in Western countries: a systematic literature review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(12):e0208628.

2 Leggat P, Kedjarune U, Smith D. Occupational health problems in modern dentistry: a review. Ind Health. 2007;45:611-21.



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

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



SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Nytt styre i NTF Student

NTF Students oppgave er å ivareta studentmedlemmenes interesser, bidra til gjennomføring og videreutvikling av arrangementer og aktiviteter, samt bidra til medlemsverving og formidle informasjon. NTF Student har 600 medlemmer og studentforeningen er et eget organ i NTF på lik linje med lokalforeningene. Studentforeningen er et bindeledd mellom de ulike lærestedene for odontologi, og er studentenes stemme i samfunnsdebatten og innad i NTF.

Det nye styret består av åtte representanter, to fra hver av de norske og utenlandske institusjonene.

Fordeling av verv (leder, nestleder, informasjonsansvarlig m.m.) foretas på NTF Student sitt årsmøte 13. mars.

Følgende er valgt inn i det styret for 2021

UiB

Lars Eikehaugen Fadnes, 2.år

Elise Janson, 2.år

UiO

Dalal Jaber, 2. år

Dalia Shwan, 2. år

UiT

Stine Arnesen, 3. år

Sara Strand, 3. år

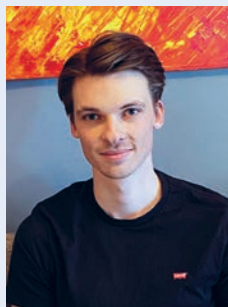
Utenlandske institusjoner

Maiken Wang, 4. år, Poznan University of Medical Sciences (PUMS).

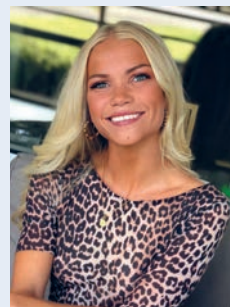
Rayyan Rezaei 3. år, Latvias Universitate i Riga.

For mer informasjon om NTF Student

– se www.tannlegeforeningen.no/student og/eller www.facebook.com/NTFStudent



Lars Eikehaugen Fadnes, 2.år, UiB.



Elise Janson, 2. år, UiB.



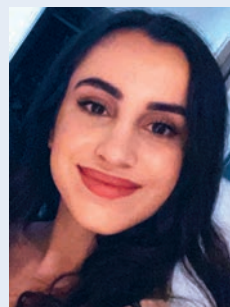
Sara Strand, 3. år, UiT.



Stine Arnesen, 3. år, UiT



Dalal Jaber, 2. år, UiO.



Dalia Shwan, 2. år, UiO



Maiken Wang, 4. år, Poznan University of Medical Sciences



Rayyan Rezaei 3. år, Latvias Universitate i Riga.

Kunngjøring:

NTFs representantskapsmøte 2021: Innsending av forslag til saker

Årets viktigste begivenhet i NTF er representantskapsmøtet, som etter planen arrangeres 26.–28. november på Gardermoen. I den anledning minner vi om at forslag til saker som ønskes behandlet av representantskapet, må være sendt fra NTFs organer til sekretariatet *innen 1. mai*.

Medlemmer kan sende forslag til sakslisten (private forslag) til lokalforeningens styre innen 1. april. Lokalforeningen må komme med innspill til sakslisten, inkludert eventuelle private forslag med sin begrunnede innstilling, *innen 1. mai*.

Forslagene sendes til post@tannlegeforeningen.no og merkes «Sak til Representantskapet 2021».

Hovedstyret avgir sin innstilling til hvilke saker som skal behandles av representantskapet og fremsetter forslag når det er påkrevd. Representantskapssakene med hovedstyrets innstilling publiseres på foreningens nettsider senest *15. oktober*, sammen med ytterligere saksdokumenter.

Representantskapsmøtet er NTFs viktigste politiske arena, og vi oppfordrer alle til å fremme forslag til saker dere er opptatt av og mener er viktige for foreningen!



KJEVEORTOPED 1
Nationaltheatret stasjon

**Lang erfaring med alle typer kjeveortopedisk
behandling for barn og voksne.**

*Labial eller lingual apparatur (Incognito) -
Invisalign - Preprotetisk kjeveortopedi -
Periorehabilitering - TMD - Snorkeskinner*

**Ingunn Berteig og
Tor Torbjørnsen**

Spesialister i kjeveortopedi

**Ruseløkkveien 6, 0251 Oslo, rett
over gata for Nationaltheatret
stasjon, utgang Vika**

**post@kjeveortoped1.nhn.no
Tel 22838700
www.kjeveortoped1.no**

Kunngjøring:

Valg til NTF 2021

Kjære medlemmer og tillitsvalgte:

Bruk forslagsretten!

2021 betyr valg i NTF og i år står valgkomiteen overfor en spesiell utfordring. Nesten samtlige møteplasser hvor vi observerer foreningen i arbeid og går i direkte dialog ansikt til ansikt med medlemmer og tillitsvalgte, har vært avlyst. Mer enn noen gang tidligere er det viktig at du benytter deg av forslagsretten. Det finnes mange dyktige medlemmer og tillitsvalgte i NTFs foreningsverden. Kom med forslag til gode kandidater!

Under årets representantskapsmøte 26.–28. november skal det foretas følgende valg:

Hovedstyret

Til hovedstyret skal det velges president, visepresident og fem medlemmer, foruten to varamedlemmer.

I hovedstyret inngår også en representant med vararepresentant fra NTFs sentrale forhandlingsutvalg (SF) og fra NTFs sentrale næringsutvalg (SNU). Disse velges direkte av henholdsvis Lønnspolitisk forum og Næringspolitisk forum.

Ordfører og varaordfører

Til representantskapet skal det velges ordfører og varaordfører.

NTFs etikkråd

Til NTFs etikkråd skal det velges leder, nestleder og tre medlemmer.

NTFs fag- og etterutdanningsutvalg

Til fag- og etterutdanningsutvalget skal det velges leder, nestleder og tre medlemmer.

NTFs valgkomité

Det skal velges en valgkomité på fem medlemmer.

NTFs kontrollkomité

Til kontrollkomiteen skal det velges leder, nestleder og tre medlemmer.

NTFs redaksjonskomité

Til redaksjonskomiteen for NTFs Tidende skal det velges leder, nestleder og tre medlemmer.

NTFs sentrale ankenemnd for klagesaker

Til ankenemnden skal det velges to medlemmer og ett varamedlem.

Sykehjelpsordningen for tannleger

Til styret for sykehjelpsordningen skal det velges leder, to medlemmer og tre varamedlemmer.

Valgordning

Valgene foretas av representantskapet. Alle medlemmer av NTF har rett til å sende forslag på kandidater, og kan sende disse direkte til valgkomiteen eller gjennom sin lokalforenings styre. Lokalforeningene blir tilskrevet direkte fra valgkomiteen. De foreslåtte kandidatene skal være forespurt og ha akseptert at de tar imot valg.

Alle valg gjelder for to år fra nærmeste årsskifte.

Kom med forslag til kandidater

Fortegnelse over NTFs tillitsvalgte finnes på NTFs nettsted. Tillitsvalgte som ikke ønsker gjenvalg, bes melde dette skriftlig til valgkomiteens leder innen 12. april.

Forslag på medlemmer til valgkomiteen sendes representantskapets ordfører Ranveig Roberg innen 15. juni på e-post: roberg@ranveig.net.

Alle andre forslag på kandidater bes sendt leder av valgkomiteen Torbjørn Fauske innen i 20. mai på e-post: torbjornfauske@gmail.com.

Årsrapport 2020 tilgjengelig på NTFs nettsted

Årsrapporten for 2020 gir deg et enkelt og visuelt sammendrag over aktiviteter og høydepunkter for annerledesåret vi har vært gjennom.



I rapporten finner du mer informasjon om blant annet;

- viktige datoer og hendelser
- nye medlemstilbud
- kommunikasjon og medlemsrådgivning under pandemien
- NTFs etterutdanningstilbud 2020
- økonomiske nøkkeltall 2019 vs 2020
- oversikt medlemstall og tillitsvalgte

Munnhelsedagen 2021

Frokostmøte om viktigheten av god munnhelse og riktig ernæring ved sykdom

Dato: Fredag 19. mars kl. 09:00 – 10:00

Sted: Nettbasert

Munnhelse og ernæring påvirker vår generelle helse. Sykdom i munnen kan ha direkte påvirkning på en rekke generelle sykdommer, og omvendt. God munnhelse er grunnleggende for god ernæring, som igjen står helt sentralt i behandling og oppfølging av syke og pleietrengende. Konsekvensene av dårlig munnhelse og suboptimal ernæring blir spesielt tydelige hos pasienter med kreft, demens, diabetes, hjerte-karsykdommer, samt hos multimedisinerte pasienter med munntørrehet.

NTF og KEFF inviterer til frokostwebinar om dette viktige temaet i forbindelse med markeringen av Verdens munnhelsedag.

Mer informasjon og påmelding finner du på
www.tannlegeforeningen.no/kurs



Den norske
tannlegeforening



KEFF

KLINISKE ERNÆRINGSFYSIOLOGERS FORENING
TILSLUTTET FORSKERFORBUNDET



Hold
av datoene!
**27.-29.
april**

Digital konferanse

Diabetesforum 2021

Konferansen er utviklet i samarbeid med Norges ledende eksperter innen diabetesbehandling og diabetesforskning. Konferansen er digital og består av to deler:

- **Forskningsforum (27.-28. april)** presenterer banebrytende diabetesforskning av ledende forskere.
- **Fagforum (28.-29. april)** gir deg nyttig og oppdatert informasjon om diabetesbehandling.

Konferansen er en unik tverrfaglig møteplass for helsepersonell og forskere som er opptatt av å gjøre hverdagen bedre for mennesker med diabetes.

Fagforum er godkjent med 12 timer i NTFs etterutdanning.
Se **diabetes.no/diabetesforum2021** for mer informasjon.

Tre gode grunner til å delta på Diabetesforum 2021

- Bli oppdatert på det aller siste innen diabetesbehandling.
- Øk din kompetanse om en voksende samfunnsutfordring.
- Få siste nytt innen diabetesforskning.



Helsedirektoratet

diabetesforbundet



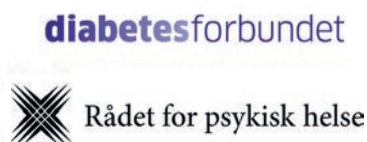


JA til folkehelse for alle

Regjeringen har valgt å gjøre skadelige og usunne varer billigere og mer tilgjengelige, midt i en pandemi. Budsjettforliket fra høsten 2020 er et tilbakeslag for folkehelsen. I en tid der god helse viser seg å være viktigere enn noen gang, er prisavslag på skadelige varer det siste vi trenger.

NTF har sluttet seg til et folkehelseopprop som sier nei til billigere snus, alkohol og sukker – og ja til folkehelse for alle. Er du enig?

Bli med og
signer oppropet
du også!



Se www.kreftforeningen.no/ja-til-folkehelse-for-alle/

12th EAPD INTERIM SEMINAR

23-24 APRIL 2021

OSLO, NORWAY

VIRTUAL EVENT



Velkommen til EAPD interimseminar

Påmeldingen har nå åpnet!

European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) sitt interimseminar arrangeres annethvert år på ulike steder i Europa. I 2021 skulle seminaret arrangeres i Oslo, men grunnet pandemien blir arrangementet digitalt.

Tid: 23.-24. april 2021

Sted: Online

Temaet for seminaret er "Management of deep carious lesions" – nye teknikker, metoder og materialer for kariesbehandling samt sedasjons- og atferdsteknikker til bruk på engstelige pasienter.

Seminaret vil være på engelsk, og det blir både norske og utenlandske foredragsholdere. Det vil bli posterpresentasjoner av aktuell forskning. Seminaret vil være åpent for alle tannleger med og uten medlemskap i EAPD, og gir kurspoeng i NTF.

Velkommen!

For mer informasjon se www.eapd2021.eu

Organized by  **E.A.P.D.**
EUROPEAN ACADEMY OF PAEDIATRIC DENTISTRY

 **NFP**
Norsk forening for pedodonti



NORSK SPESIALISTFORENING I PEDODONTI



**Den norske
tannlegeforening**



Har du oppdatert din medlemsprofil?

For at NTF skal nå ut til alle medlemmer med viktig informasjon, og for at du som medlem skal få fullt utbytte av medlemskapet, er vi avhengig av å ha oppdatert kontaktinformasjon.

Logg deg inn på www.tannlegeforeningen.no/minside "Min medlemsprofil" og sjekk at vi har riktig kontaktinfo og arbeidsforhold registrert.

**Den norske tannlegeforening**

Angi søkeord 

[Kontakt oss](#) 

[Om NTF](#) [Medlemskap](#) [Fag og politikk](#) [Jus og arbeidsliv](#) [Kurs og etterutdanning](#) [Min side](#)

Startside / [Min side](#)

Min side

Ola Tannlege
Medlemsnr: 123456
E-post: post@tannlegen.no
Mobiltelefon: 90909090
Arbeidssted: -

Tellende kurstimer: 3 av totalt 40
Ord. kurstimer: 3
Overførte kurstimer: 0
Spesialistutdanning: 0
Andre kurs: 0
Dispensasjon kurstimer: 0


Min medlemsprofil


Min kursprofil


Registrering av timer


Nettbaserte kurs


Medlemsregister


Medlemsfordeler


Kurspåmelding

Min side

[Min medlemsprofil](#) >

[Min kursprofil](#)

[Registrering av timer](#)

[Nettbaserte kurs](#)

[Medlemsregister](#)

[Bruk av NTFs logo](#)

[For tillitsvalgte](#) >



Æresmedlem Jan Henrik Parow, Trondheim, er 90 år

Alltid like vitale og engasjerte Jan Parow fyller 90 år 15. februar. Og i nesten 60 av disse årene har han vært tillitsvalgt i NTF, både lokalt og sentralt. Intet verv har vært for stort, intet for lite.

Dette engasjementet har resultert i en serie utmerkelser; hederstegn, æresmedlemskap i Sør- Trøndelag tannlegeforening og i NTF sentralt, og den gjeveste Kongens fortjenstmedalje (i gull), den gang det ennå var to valører på denne medaljen.

Etter oppvekst i Harstad og utdanning i München (eksamen 1956) var han noen år militærtannlege og offentlig ansatt tannlege ulike steder i Norge, før han i 1959 landet i Trondheim for godt. Der drev han en travel privatpraksis fram til sen pensjonering, ved siden av at han var timelærer ved tannhelsesekretærutdanningen i Trondheim.

Samfunnsengasjementet har alltid vært stort, og han har sittet både i Trondheim bystyre og formannskap og hatt styreverv i Sør-Trøndelag Høyre. Frivillige organisasjoner har også nytt godt av hans store arbeidskapasitet.

I Sør-Trøndelag Tannlegeforening er vi svært takknemlige for alt arbeid han har nedlagt for NTF gjennom disse 60 årene, fra han startet som medlem av opplysningskomiteen på sekstitallet til han avsluttet som infosekretær og kollega-

hjelper på sent totusentall. I løpet av dette tidsrommet har han hatt alle de verv man kan ha i en lokalforening. Han har vært en dyktig leder, og i egenskap av dette gitt inspirasjon til senere tillitsvalgte. Mange er de ferske ledere som opp gjennom årene har fått gode råd og veiledning fra ham. Det har vært lett å spørre ham om råd.

Sentralt har han også lagt ned et betydelig arbeid. Fartstiden i representantskapet er lang, likeså tiden i fagnemnda, i spesialitetsrådet og i etterutdanningsrådet ved Institutt for klinisk odontologi i Oslo. Han gjorde en utrettelig innsats for å få innført obligatorisk etterutdanning, noe han var opptatt av i hele sin tid som tillitsvalgt.

I hovedstyret satt han på åttitallet, og i hele ti år var han representantskapets varaordfører og ordfører. De tillitsvalgte fra denne tiden vil huske en dyktig møteleder og en helt spesiell ordkunstner. Slike elegante formuleringer tror jeg neppe vi har hørt i Tannlegeforeningen, hverken før eller siden.

De siste årene før koronaen har han tilbragt mye tid i huset i Spania, hvor han også lever en aktiv tilværelse med mange oppdrag, venner og familie. Det er en gave å være så vital.

Vi gratulerer med de nitti, og ønsker mange gode år framover med Grete og resten av familien!

Anne Grethe Beck Andersen

Arbeidsliv

NTF og Skattebetalerforeningen har inngått en avtale om skattejuridisk bistand til NTFs medlemmer. Avtalen inkluderer rabatt på veiledende timepriser for rådgivning om skatte- og avgiftsrettslige problemstillinger utover det NTF selv har ressurser til å bidra med. Avtalen er inngått som et samarbeid mellom Tannlegeforeningen, Skattebetalerforeningen (SBF) og SBF Skatteadvokater AS (SBFAS). SBFAS er et advokatkontor som er heleid av SBF.

Ved behov for rådgivning skal medlemmer ta kontakt direkte med SBFAS som vil gi en rabatt på sin til enhver tid veiledende timepris. Det vil i hvert tilfelle utarbeides en skriftlig oppdragsbekreftelse, og alle salærer og honorarer faktureres direkte fra SBFAS til klienten. NTFs medlemmer har også mulighet til å delta på SBFs nettkurs og ordinære kurs til medlemspris.

Merverdiavgift på kosmetisk tannhelsetjenester – hva må jeg vite om mva.-reglene?

 **HILDE ALVSÅKER, RÅDGIVER SBF SKATTEADVOKATER AS**

Artikkelen redegjør for hovedreglene om konsekvensene der tannleger nå blir mva.-pliktige som følge av nye regler om mva. på kosmetiske helsetjenester i noen situasjoner. Artikkelen tar ikke stilling til når en behandling er mva.-pliktig tjeneste, men vi minner om at det er viktig med god journalføring og dokumentasjon slik at det klart fremgår hvilken behandling som er medisinsk/odontologisk begrunnet og hvilken behandling som ikke er det.

Fra 1. januar 2021 er omsetning av kosmetisk kirurgi og kosmetisk behandling blitt mva.-pliktige tjenester. Det betyr at tannleger som yter slike tjenester, og som før ikke trengte å forholde seg til merverdiavgift på annen måte enn å betale den, nå må lære seg mva.-reglene. I denne artikkel skal vi se på de generelle regler som gjelder for mva.

Registrering i Merverdiavgiftsregisteret

Hovedregelen er at det skal beregnes mva. ved omsetning av alle varer og tjenester. Når omsetningen har oversteg kr 50 000 i løpet av en 12-måneders periode og omsetningen skjer

i næring, har virksomheten rett og plikt til registrering i Merverdiavgiftsregisteret.

Registreringen innebærer at omsetningen skal faktureres med utgående mva. og virksomheten får fradrag for inngående mva. ved kjøp av varer og tjenester. Virksomheter som fyller vilkårene for registrering kalles avgiftssubjekter.

Registrering kan ikke skje før omsetningen har passert kr 50 000. Virksomheter som har betydelige anskaffelser før omsetningen er kommet over minstegrensen, kan imidlertid søke forhåndsregistrering. Med betydelig anskaffelser menes her verdi over kr 250 000, mva. inkludert. Forhåndsregistrering er en likviditetsmessig fordel, fordi virksomheten får fradrag for inngående mva. på et tidligere tidspunkt.

Det er den næringsdrivende selv som må sørge for registrering når vilkårene er oppfylt. Registrering skjer via Altinn. I 2021/2022 åpner Skatteetaten en ny portal, som vil gjøre registrering enklere og raskere. Melding om registrering sendes elektronisk og svar mottas samme dag eller senest neste virkedag. Det er tilgang til portalen via Altinn, Brønnøysundregisteret og skatteetatens nettside.

Unntak fra mva.

Omsetning av noen bestemte varer og tjenester er unntatt mva. bl.a. helsetjenester. Unntakene er spesielt nevnt i mva.-lovens kapittel 3. Næringsdrivende som har omsetning som er unntatt mva, skal ikke være registrert i Merverdiavgiftsregisteret. skal ikke fakturere utgående mva. for denne omsetningen og har ikke rett til fradrag for inngående mva.

Virksomheter som tidligere kun omsatte helsetjenester unntatt mva., skal registreres når omsetningen av mva.-pliktige tjenester har oversteget kr 50 000 etter 1. januar 2021.

Fritak fra mva.

Omsetning av noen bestemte varer og tjenester er fritatt mva. Fritakene er spesielt nevnt i mva.-lovens kapittel 6, som for eksempel omsetning av varer og tjenester til utlandet og el-biler. Næringsdrivende som har omsetning som er fritatt, skal være registrert og har fradragsrett for mva, men skal ikke fakturere utgående mva.

Skattemelding

Avgiftssubjekter skal deklare merverdiavgift ved å sende «Skattemelding MVA» til skatteetaten. I skattemeldingen skal både omsetning som er mva.-pliktig og omsetning som er unntatt mva., deklarerer. Mva. som er fakturert kalles utgående mva. Mva. som påløper ved kjøp av varer og tjenester kalles inngående mva. På skattemeldingen oppgis både utgående og inngående mva, og motregning av beløpene viser hva avgiftssubjektet skal innbetale til staten.

Deklarering skjer terminvis seks ganger i året. Se mer om frister og betaling på skatteetatens nettsider:

<https://www.skatteetaten.no/skjema/mva-melding-for-allminnelig-naring/>

Når virksomheten har vært registrert ett år, kan den søke om å få levere én skattemelding i året, hvis den årlige mva.-pliktige omsetningen er under en million kroner. Betalings- og leveringsfrist er 10. mars det påfølgende året.

Fradrag for mva.

Registrerte avgiftssubjekter kan kreve fradrag for mva. på kostnader som er til bruk i mva.-pliktig virksomhet, se Lov om merverdiavgift (merverdiavgiftsloven) § 8-1. For noen bestemte kostnader er fradragsretten imidlertid avskåret. Det gjelder for eksempel kost og naturaltelser til ledelse og ansatte, serveringstjenester og personbiler, se mva.-loven § 8-3 og § 8-4. Mva. på for eksempel kaffe og mat til de ansatte kan derfor ikke trekkes fra.

Mva. på kostnader som også er til bruk for andre formål, som omsetning som er unntatt mva. eller til privat bruk, kan det bare kreves delvis fradrag. Dette gjelder for eksempel driftsmidler, husleie, regnskapsføring, strøm, telefon og renhold. Delvis fradrag kan kreves på grunnlag av tre ulike fordelingsprinsipper. Hovedprinsippet er fradrag etter den antatte bruk, alternativt kan areal eller omsetning benyttes.

Antatt bruk

Delvis fradrag kan kreves i den grad kostnaden er til *antatt bruk* i mva.-pliktige virksomheter. Hva som er antatt bruk beror på skjønn og må avgjøres konkret. Det er den næringsdrivende selv som må utøve skjønnet, og her finnes det ingen sjablonregler. Noen ganger kan bruken fastslås nøyaktig, fordi den kan måles for eksempel ved automatisk telling av brukstid av et



Sykehjelpsordningen

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

For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no



driftsmiddel eller ved å bruke flere strømmålere. Andre ganger kan det være få sikre holdepunkter for å kunne vurdere bruken.

Siktemålet er å komme frem til den mest mulig riktige fordelingen av bruken innenfor og utenfor mva.-området. Ved fordelingen må den næringsdrivende bruke et forsvarlig forretningsmessig skjønn. Som støtte for skjønn kan tidligere erfaringer brukes, men er det en nystartet virksomhet er ikke det mulig. Dersom det er svært vanskelig å fastsette den antatte bruk, kan omsetning brukes som fordelingsnøkkel.

Areal

Ved oppføring, drift og vedlikehold av bygg er det fradragsrett for de faktiske kostnader til areal som brukes i avgiftspliktig virksomhet. Dersom prisen antas å fordele seg jevnt per kvadratmeter, kan areal benyttes som fordelingsnøkkel.

Som eksempel tenker vi oss et bygg på totalt 10 000 kvm hvor 4 000 kvm brukes til mva.-pliktig virksomhet og 6 000 kvm til virksomhet som ikke er mva.-pliktig. Da kan virksomheten kreve fradrag med 40 prosent.

I bygg er det ofte areal som brukes både innenfor og utenfor mva.-loven. Det kan gjelde inngangsparti, trapper, resepsjon eller behandlingsrom.

For slike fellesareal kan forholdsmessig fradrag ikke fordeles på grunnlag av arealfordelingen i bygget for øvrig, fordi det ikke nødvendigvis gjenspeiler bruken. Fradraget må da baseres på et skjønn over den antatte bruk. Dersom det er svært vanskelig å finne den antatte bruk, kan omsetning brukes som fordelingsnøkkel.

Eksempel:

I et bygg på totalt 12 000 kvm brukes 4 000 kvm (33,3 prosent) i mva.-pliktig virksomhet, 6 000 kvm (50 prosent) til virksomhet som ikke er mva.-pliktig og 2 000 kvm (16,7 prosent) er fellesareal. Virksomheten kan kreve fradrag med 33,3 prosent pluss et skønnsmessig fradrag for fellesarealene.

Omsetning

For felles driftskostnader, som f.eks. rengjøring og strøm, kan omsetning brukes som fordelingsnøkkel. Da kan fradrag kreves for så stor del som svarer til den mva.-pliktige omsetningen, mva. ikke medregnet, fordelt på virksomhetens samlede omsetning i forrige regnskapsår. I den totale omsetningen regnes også tilskudd med. Hvis tilskuddet gis til hele virksomheten, vil ikke tilskuddet påvirke fordelingsnøkkelen.

På samme måte som areal, gir ikke omsetning nødvendigvis uttrykk for kostnadens antatte bruk i mva.-pliktig virksomhet.

Det er derfor et vilkår for å bruke omsetning som fordelingsnøkkel at omsetningen i rimelig grad gjenspeiler den antatte bruk.

Husleie

Utleie av fast eiendom er unntatt mva. og husleie skal derfor faktureres uten mva. Hvis utleier leverer andre varer og tjenester som ledd i utleien, som f.eks. som strøm og renhold, skal heller ikke disse ytelsene faktureres med mva. Husleie og tilleggsytelser/felleskostnader til et tannlegekontor som kun omsetter unntatte tannhelsetjenester, skal faktureres uten mva.

Dersom det ikke er utleier, men for eksempel et driftsselskap som fakturerer strøm, renhold osv, skal det faktureres med mva. Da anses ikke omsetningen som ledd i utleien, men som selvstendige ytelser av mva.-pliktige varer og tjenester.

Utleier av bygg, som leier ut til mva.-pliktige virksomheter, kan velge frivillig registrering i Merverdiavgiftsregisteret. Husleien og andre varer og tjenester som leveres som ledd i utleie, skal da faktureres med mva. Som følge av lovendringen vil noen tannlegekontor bli registreringspliktige for mva. Det åpner for at utleier kan fakturere husleien med mva.

Hensikten med frivillig registrering er at både utleier og leietaker skal ha fradragsrett for mva. Utleier vil ha fradragsrett for mva. på kostnader til oppføring, oppussing, drift og vedlikehold av areal som er omfattet av den frivillige registreringen. Leietaker har fradragsrett for mva. på husleien – helt eller delvis.

Den frivillige registreringen gjelder bare de areal som brukes i mva.-pliktig virksomhet. Hvis leietaker bruker et rom eksklusivt til omsetning utenfor mva.-loven, kan arealet ikke omfattes av den frivillige registreringen og en del av husleien skal faktureres uten mva. Brukes et areal helt eller delvis til omsetning innenfor mva.-loven, kan utleier fakturere husleien med mva. I de tilfeller leietaker bruker et areal både innenfor og utenfor mva.-pliktig virksomhet, har leietaker bare rett til delvis fradrag for mva. på husleien. Merverdiavgift på husleien vil derfor i slike tilfeller være fordyrende for leietaker. Hvis vilkårene for frivillig registrering er oppfylt, er det utleier som velger om husleien skal være med eller uten mva. Spørsmål om eventuell mva. på husleien kan imidlertid være gjenstand for forhandling mellom partene.

Utleie av praksis og oppdragstakermodellen

Leietannlegemodellen

Endringen der det nå innføres mva. på kosmetiske helsetjenester i noen situasjoner, medfører ikke noen endringer i den leien en tannlege som leier seg inn hos en praksis skal betale til

praksiseier. Tannlegens leie omfattes oftest av unntak fra mva. ved utleie av tannlegepraksis, se mva.-loven § 3-2 (4). Unntaket er betinget av at utleier er tannlege og selv yter helsetjenester og at mer enn 50 prosent av inntektene kommer fra helsetjenester. Se mer om momsreglene ved leie i artikkel i Tidende nr. 5 2006: *Momssaken ved veis ende – slik ble reglene.*

Oppdragstakermodellen

Der tannlegene selger tannhelsetjenester til praksiseier og praksiseier fakturerer pasientene, omtales dette som oppdragstakermodell eller kontraktørmodell. Omsetning av tannhelsetje-

nester er unntatt mva, og både tannlegens omsetning og praksiseiers omsetning er omfattet av unntaket. Hvis tannhelsetjenesten gjelder kosmetisk behandling som etter de nye reglene skal omfattes av mva.-plikt, skal oppdragstaker fakturere praksiseier med mva. når omsetningen av slike tjenester når 50 000 kroner. Praksiseier må også være mva.-registrert og skal fakturere pasientene med mva. for behandling som omfattes av de nye reglene.

SBFAS kan kontaktes på telefon 45 95 61 71 eller via deres kontaktskjema på www.sbfskatteadvokater.no

Send dine tanntekniske arbeider digitalt til Sverige

Är du intresserad? Kontakta oss för mer information.
Skicka ett mail till michael@tumbadental.se



Spør advokaten

Kan jeg pålegge ansatte å ta koronavaksine?

 **SILJE STOKHOLM NICOLAYSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF**

Svar:

Det er ingenting i veien for å oppfordre ansatte til å vaksinere seg, men det kan ikke pålegges fra arbeidsgivers side. Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å beskytte pasientene mot smitte og til å medvirke ved gjennomføringen av nødvendige tiltak. Spørsmålet er hvor langt de nødvendige tiltakene kan strekkes.

Helsepersonelloven § 4 pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra «helseperso-

nellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.»

I denne sammenheng innebærer det at det enkelte helsepersonell har ansvar for å beskytte sine pasienter mot smitte. Vaksinasjon er et av flere virkemidler, og det finnes også andre tiltak som beskytter pasientene. Ansatte som ikke tar imot tilbud om vaksinasjon, kan bli omplassert eller bli nektet å utføre nærmere spesifiserte arbeidsoppgaver. Dette er lite praktisk i de fleste tannklinikker, ansatte må da bruke nødvendig smittevernsutstyr for å beskytte både seg selv, kolleger og pasienter.

Arbeidssøkere som ikke ønsker å opplyse om vaksinasjonsstatus, må behandles som om de ikke er immune.

Det er bare der andre smitteverntiltak ikke er tilstrekkelig, arbeidstaker ikke kan utføre andre arbeidsoppgaver og i tillegg motsetter seg vaksiner, at det vil kunne finnes saklig oppsigelsesgrunnlag.

Smittevernloven åpner for at myndighetene kan pålegge innbyggere og helsepersonell å ta vaksiner, men det er foreløpig ingenting som tyder på at denne hjemmelen vil bli brukt med tanke på koronavaksinasjon.

Norsk Orthoform  ETABL. 1930
Depot as

VI HAR MER ENN 30 ÅRS ERFARING

SPØR OSS
OM TANNBLEKING

WHITE DENTAL BEAUTY NOVON 5 % MILD

Ypperlig for pasienter som lett opplever ising og er ekstra følsomme i tennene. Brukes i skinne 4 timer per natt. NOVON gjør at materialet akselererer og gjør blekebehandlingen trygg, effektiv og skånsom.

White Dental Beauty fås også i 10 % og 16 % karbamidperoksid, og i 6 % hydrogenperoksid, slik at du enkelt kan finne den behandlingen som passer din pasient.



Telefon 22 76 01 40 | bestilling@norskorthoform.no | www.norskorthoform.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

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

Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist
tlf. 995 62 420

Buskerud Tannlegeforening

Anna Karin Bendiksbj,
tlf. 31 28 43 14

Lise Opsahl,
tlf. 32 84 81 32

Finnmark Tannlegeforening

Sara Anette Henriksen
tlf. 95 77 84 10

Haugaland Tannlegeforening

John Magne Qvale,
e-post: johnqvale@gmail.no

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

Åsne Kraugerud Sørberg,
tlf. 99 48 71 04

Nordland Tannlegeforening

Sigmund Kristiansen,
tlf. 915 63 725

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

Olav Kvitnes,
tlf. 909 14 325

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening

Bjørn T. Hurlen,
tlf. 906 50 124

Unni Tømmernes,
tlf. 47 84 88 05

Nord-Trøndelag Tannlegeforening

Anne Marie Veie Sandvik,
tlf. 74 09 50 02

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

Oppland Tannlegeforening

Pål Vidar Westlie,
e-post: paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 61 27 02 31

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 22 18 19 01

Harald Skaanes,
tlf. 67 54 05 11

Rogaland Tannlegeforening

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

Mona Gast
e-post: Mona@tsmg.no

Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,
tlf. 63 81 58 74

Sogn og Fjordane Tannlegeforening

Synnøve Leikanger,
e-post: s.leikanger@gmail.com

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 57 86 06 71

Sunnmøre Tannlegeforening

Siv Svanes,
tlf. 997 48 895
e-post: siv.svanes@gmail.com

Hege Leikanger,
e-post: tannlege@leikanger.as
tlf. 70 13 10 80

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 Helen 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,
e-post: tstveter@gmail.com

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 00
e-post: lin.bendiksen@
tannlegeforeningen.no

Snakk om etikk

Moralsk nøytralisering – eller «å strekke strikken»

✍ **MARIA E. ALVENES OG KIRSTEN HALONEN, NTFs RÅD FOR TANNLEGEETIKK (2016)**

«Neglisjering av faglige retningslinjer og manglende innsikt i egen virksomhet førte til den største erstatningssaken innen norsk odontologi.» Det skriver forfatterne Knut Tornes og Evelyn Neppelberg i artikkelen «Hva gikk galt? Tannimplantatskandalen på 1990-tallet» i Tidende (nr. 2, 2016)

Så galt går det heldigvis svært, svært sjelden, men problemstillingen er ikke helt ukjent i daglig praksis, nemlig det å «strekke strikken», ta snarveier faglig, eller velge å tolke regler til fordel for egen interesse snarere enn pasientens, mens en overfor pasienten gir inntrykk av å gjøre dem en tjeneste ved å spare tid, spare utgifter «på sikt» eller lignende.

§1 Ethiske regler

«En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å verne om sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn».

I grunnutdanningen utgjør faglige standarder, etikk og moral «fyrstårn», men hva skjer når unge tannleger kommer ut i store praksiser der forretningsdrift er blitt viktigere enn faglige standarder? Der den uerfarne tannlegen blir møtt med inntjeningskrav og kanskje også får høre utsagn som: «Vi bytter ikke fyllinger i molarer i denne praksisen, vi lager en krone!» eller «Her i denne praksisen bruker vi Helfo-regler sånn!» eller «Å bytte en fylling uten at det er helt nødvendig er noe alle gjør!».

Det går jo «bra», pasienten er underlegen med hensyn til den faglige vurderingen. Pasienten stoler oftest på tannlegens anbefaling, kanskje enda mer dersom begrunnelsen for f.eks. protetikk medfører Helfo-refusjon slik at pasienten kommer bedre ut økonomisk, der og da. Men hva skjer med oss som profesjonsutøvere når vi velger slik?

Førsteamanuensis Øyvind Kvalnes, Handelshøyskolen BI, skrev artikkelen «Profesjon og interesse: Om moralsk nøytralisering blant tannleger» i Tidende (nr. 5, 2015).

Han beskriver blant annet moralsk dissonans, moralsk nøytralisering og til sist normalisering av tvilsom adferd. Ved dissonansen fristes utøveren til å prioritere egeninteressen fremfor pasientens interesse. Det trenger ikke være økonomisk – kanskje ønsker en å utvikle seg innenfor ett spesielt fagfelt og vrir valgt terapi mot dette. Så nøytraliseres valget ved å finne argumenter for at det er akseptabelt, og til sist blir det som i utgangspunktet var avvik, ansett som «normalen», «her gjør vi det sånn!», strikken er strukket, men hvor lenge holder den?

Vi anbefaler å gå tilbake til Tidende nr. 5, 2015, enten papirversjonen eller på nettet <http://www.tannlegetidende.no/i/2015/5/d2e1180> og lese Kvalnes artikkel der hovedbudskapet var:

- Tannleger bør være på vakt mot tilløp til moralsk nøytralisering i egne rekker. Dette er forsøk på å overbevise seg selv om at det likevel er akseptabelt å prioritere egeninteressen fremfor pasientens interesse.
- En interessekonflikt er noe annet enn et etisk dilemma, siden det ikke er snakk om et valg mellom to tilnærmet likeverdige alternativer, men et valg mellom rett og galt.
- I en interessekonflikt er det rimelig klart hva som er rett, men fristende å gjøre det som er galt.

I arbeidet med artikkelen ba Kvalnes en gruppe norske tannleger om å beskrive en interessekonflikt de kunne stå i. Spørsmålet var om pasienten som setter seg i tannlegestolen kan regne med å få den behandlingen de trenger.

Tannlegene mente at behandlingen som utføres ofte kunne være farget av tannlegens egne foretrukne metoder. Hensynet til egen økonomi eller faglig utvikling kan prioriteres fremfor hensynet til pasienten, uten at sistnevnte har mulighet til å gjennomskue dette. Fristelsen kan være å sikre seg størst mulig fortjeneste, og å holde på med noe som en synes er faglig spennende.

Tannlegene nevnte konkrete eksempler på interessekonflikter:

- Bytte ut gamle fyllinger
- Trekke en tann
- Lage en krone istedenfor en fylling.

Fra pasientens siden kunne dette være unødvendig behandling. Tannlegen kan likevel foreslå den, enten fordi det er økonomisk gunstig og gir en høyere faktura, eller fordi det er faglig spennende. Det ble også vist til en situasjon der tannlegen hadde investert i nytt og dyrt utstyr. Tannlegen har da gode grunner til å bruke utstyret selv om pasienten strengt tatt ikke trenger det.

Artikkelen fastslår at interessekonflikter forekommer blant tannleger, og det er ikke åpenbart at de håndteres på en forsvarlig måte.

Det stilles også spørsmål ved om det er mulig å forebygge at tannleger behandler pasientene sine på måter som ikke er fundert i faglige vurderinger av hva pasienten trenger. To allment aksepterte svar innen profesjonsetikk er at forsvarlig adferd kan bygges opp gjennom:

- Fokus på holdninger og verdier
- Praktisk etikktrening

En har lenge ment at etiske feiltrinn kan forhindres ved at profesjonsutøveren får kjennskap til verdier som ærlighet, åpenhet og integritet. Man har også trodd at en ærlig tannlege vil være disponert for å spille med åpne kort overfor pasienten sin, og ikke utnytte kunnskapsovertaket til å prioritere egne faglige og økonomiske interesser på bekostning av pasientens interesser.

I artikkelen vises det til at de siste tiårenes moralpsykologiske studier viser at det er grunn til å betvile verdien av dette.

Hva er det da som foregår når normalt oppegående og redelige personer går imot sine moralske overbevisninger, og gir etter for fristelsen til å sette seg selv først.

Forskerne har kalt denne prosessen for **moralsk nøytralisering**.

Det finnes flere nøytraliseringsteknikker, som f.eks:

Benektelse av ansvar: «Det er sjefen som bestemmer, jeg gjør bare det jeg får beskjed om». «Alle kollegene mine gjør det samme».

Benektelse av skade: «Pasienten har råd til det, han kommer ikke til å merke noe negativt».

Det er altså etter en prosess med moralsk nøytralisering at grunnlaget legges for tvilsom adferd.

Hva kan så gjøres for å demme opp for at tannleger utnytter kunnskapsovertaket sitt i forhold til pasientene? Det er avgjørende å identifisere og kritisere tilløp til moralsk nøytralisering. Det er grunn til å ta på alvor at dette forekommer blant tannleger. Kvalnes skriver i sin konklusjon at tannleger må ha fokus på dette i sin hverdag.

«Forebyggelse kan skje ved at en etablerer et ytringsklima på jobb for å utfordre forsøk fra kollegaer på å snakke seg bort fra at det er galt å prioritere seg selv fremfor pasienten. På den måten går det an å forhindre overtredelser som kan føre til normalisering av moralsk tvilsom atferd». Videre forespeiler han avslutningsvis at: «Bevissthet om moralsk nøytralisering kan være en sentral byggekloss i forebyggende etikkarbeid blant tannleger i årene som kommer».

(Artikkelen er tidligere publisert i NTFs Tidende nr. 5, 2016)



Dentalstøp
Tannteknikk

@ post@dentalstoep.no

☎ 55 59 81 70

🌐 dentalstoep.no

➔ Monolittisk zirconia ...
Ingen porselen, ingen «chipping»

➔ Vi tar imot digitale avtrykk fra alle
intraorale scannere

➔ Arbeider på alle kjente implantatsystem



Det er stor usikkerhet rundt avvikling av kurs i tiden fremover på grunn av koronasituasjonen. Vi ber medlemmene følge med på NTFs nettsted og ta kontakt med de respektive arrangørene for mer informasjon om kursene.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

15.–16. april		Midt-Norgemøtet – Avlyst
17.–18. juni	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium
4.–6. nov	Bergen	NTFs landsmøte

Andre kurs, møter og aktiviteter

18. mars	Nettmøte	NTFs tariffkonferanse
19. mars	Nettmøte	Munnhelsedagen 2021 – Munnhelse og ernæring ved sykdom
22.–24. april	Nettbasert	Conseuro European Federation of Conservative Dentistry (EFCd)
23.–24. april	Nettbasert	EAPD
27.–29. april	Nettbasert	Diabetesforum
20. mai		Møte i Sentralt forhandlingsutvalg
2.–3. juni		Hovedstyremøte
3.–4. juni		Forum for tillitsvalgte
7.–8. juni		NOAT-møte, Nordiske Offentlig Ansatte Tannlege
10.–13. juni	Nettbasert	IAPD virtual congress
17.–18. juni	København	Tandfaglige dage
21.–24. juli		IADR General Session
25.–27. aug	København	Tillitsvalgtskurs KS II
1.–2. sep		Hovedstyremøte
16.–17. sep		Næringspolitisk forum
23.–24. sep	Bristol Hotel Oslo	Lønnspolitisk forum
26.–29. sep	Sydney	FDI World Dental Congress
13. okt		Hovedstyremøte
17.–19. nov		Riksstämman & Swedental
25.–26. nov		Hovedstyremøte
26.–28. nov		NTFs Representantskapsmøte

Viktige datoer 2022

13.–15. jan 2022

24.–25. mars 2022

3.–5. nov 2022

Bergen

Trondheim

Norges Varemesse Lillestrøm

Vestlandsmøtet

Midt-Norgemøtet

NTFs landsmøte

Det vil ikke bli avholdt nye TSE-moduler våren 2021.
2. samling av høstens Modul 10 som skulle vært holdt
høsten 2020 gjennomføres våren 2021. Informasjon om
høstens TSE-moduler vil komme i løpet av våren.

Les mer på

www.tannlegeforeningen.no/TSE



TANNEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Tidende er et nivå 1-tidsskrift

Det innebærer at publisering gir poeng i universitetenes publiseringssystemer, og at tidsskriftet har godkjente rutiner for fagfelleevaluering samt presenterer ny innsikt i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning.

Rop på sommer'n, så kommer'n!

Tidende kommer med sommernummer i år også. Og nå ber vi om tips fra leserne.

Vet du om en kollega som gjør noe utenom det vanlige? Kjenner du noen som driver med noe som det er hyggelig eller morsomt å lese om? Vi trenger gode ideer.

Send en e-post til tidende@tannlegeforeningen.no.



<< tilbakeblikk

19/21

Kvindelige tandlæger

Et par smaa spørsmål og et ganske litet forslag
«I det sidste har enkelte profylaktiske røster hævet sig for en indskrænket adgang til institutet for kvindelige studenter, dels fordi institutet har vist tendens til at bekræfte sit renommé som egteskapsbureau, og dels fordi enkelte av de færdige kvindelige tandlæger ikke undser sig for ikke at sætte sin utdanning høiere end at de kan gaa hen og gifte sig med en i eller utenfor standen, hvilket ikke netop er noget særegent for tandlægestanden, men ogsaa forekommer blant kvinder som er statsutdannet i andre brancher. Men at der p. gr. av denne mulighed er lagt dem hindringer i veien for denne utdanning, kjender ialfald ikke jeg til – og noget cølibatsløfte kan man vel neppe fordre som betingelse for optagelse?»

Fra et brev til redaktøren av Holmboe-Henrichsen

🕒 Fra Tidende nr. 4, mars, 1921j

19/71

Videreutdanning i samfunnsodontologi

«Den første nordiske videreutdanning i samfunnsodontologi eller sosialodontologi, eller som man i engelskspråklige land sier «dental public health», ble etablert i Oslo i september 1970. Det er en videreutdanning som man har tatt i bruk for i U.S.A. i mange år, og det finnes selvstendige skoler for public health, hvor man etter endt kurs og eksamen mottar sin degree som Master of Public Health.

Hva er samfunnsodontologi? Faget er ennu så nytt at det finnes mange forskjellige definisjoner som ligner hverandre mer eller mindre. I Oslo er man enige om følgende definisjoner: «Samfunnsodontologi er læren om hvordan hele samfunn kartlegges og analyseres med sikte på gjennomførelse av organiserte foranstaltninger for å fremme summen av tannhelse.»

🕒 Fra Tidende nr. 3, mars, 1971

20/11

Fra on time til online

En av tre norske arbeidstakere blir kontaktet av jobben utenom arbeidstid en gang i uken eller oftere. 4,2 prosent blir kontaktet vedrørende arbeidet utenom arbeidstid hver dag. Det viser tall som Arbeidsliv i Norden kan presentere fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om arbeidsmiljø som ble gjennomført i 2009, der nesten 10 000 nordmenn ble spurt.

For første gang ble et spørsmål om hvor ofte de ansatte forstyrres av sin arbeidsplass på fritiden tatt med i en slik undersøkelse.

– Før handlet det om å være on time. Nå handler det om å være online, sier Asbjørn Grimsø, forsker på Arbeidsforskningsinstituttet i Oslo i en kommentar til undersøkelsen, som for første gang peker på at med sosiale medier og smarttelefoner er de ansatte alltid tilgjengelige, og at det har oppstått en gråsoner hvor det er usikkert hva som er arbeidstid og hva som er jobb.

🕒 Fra Tidende nr. 4, mars, 2011

Undersøker overgangen mellom arbeid og pensjon

Fra arbeidsliv til pensjonisttilværelse – hva kjennetegner en slik overgang og hva er med å avgjøre når den skal skje?

For noen er prosessen enkel og etterlengtet, for andre kan pensjonering oppleves som en kompleks og krevende separasjonsprosess.

På oppdrag fra Senter for seniorpolitikk skal Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet i samarbeid med Høgskolen i Innlandet, gi oss ny kunnskap om denne overgangen og dermed bidra til økt forståelse for pensjoneringsatferd som fenomen, skriver Senter for seniorpolitikk.

Senter for seniorpolitikk kunngjorde to FoU-prosjekter på Doffin i fjor høst. Det første prosjektet er en metastudie om bransjespesifikke strategier for at flere kan forlenge sine yrkeskarrierer (tildelt Fafo). Prosjektet som settes i gang nå har søkelys på eldre arbeidstakere (60+) og personer som nylig er blitt pensjonister. Vi vil undersøke deres tanker og refleksjoner rundt å forlate et arbeidsliv og gå over til en ny tilværelse som pensjonist, skriver Senter for seniorpolitikk.

Prosjektet vil besvare mange ulike spørsmål om hvordan en slik overgang planlegges og hvilke refleksjoner som gjøres, både før, under og etter pensjonering:

Hvilken betydning har arbeidsplassen for den individuelle transformasjonsprosessen i overgangen fra å være yrkesaktiv til en

tilværelse som pensjonist? Hva tenker eldre arbeidstakere og de som nettopp er blitt pensjonister om livskvalitet i alderdommen? Hvilke drømmer har de? Og finnes planer om fortsatt aktivitet i frivillighet eller tidvis arbeid? Hva kunne bidratt til at de hadde fortsatt i arbeid en stund til? Dette er noen av spørsmålene som inngår i oppdraget.

Ny kunnskap vil gi oss bedre forutsetninger for å forstå drivkrefter, motivasjon og opplevelser blant de eldste. Dette bidrar til økt innsikt i hva som skal til for at flere kan fortsette lenger i arbeid. Prosjektet vil formidle relevant kunnskap til ledere, tillitsvalgte og eldre arbeidstakere. Slik skal de få et bedre grunnlag for å utvikle gode senkarrierer på den enkelte arbeidsplass – for både dagens og morgendagens seniorer.

«Senter for seniorpolitikk har de siste årene styrket satsningen på FoU-prosjekter. Vi ønsker å bidra til at arbeidslivet får kunnskap slik at de kan utvikle bedre og mer konkrete strategier, og da trenger vi flere praksisnære prosjekter. Dette prosjektet vil bringe nye perspektiver til den eksisterende forskningen på et viktig felt for oss», sier direktør Kari Østerud.

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

GTO

OsteoBiol benerstatning



Ideell viskositet og unike håndteringsegenskaper

www.technomedics.no/gto

ExamVision

Lupebriller



Krystallklart bilde!

www.technomedics.no/ev

Race EVO

Nytt roterende system



En videreutvikling av de velkjente Race-filene

www.technomedics.no/race-evo



TECHNOMEDICS

mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

Amerikanske helsemyndigheter om amalgam

US Food and Drug Administration har etter lang tids vurdering gitt ut anbefalinger om amalgamfyllinger. De uttrykker forsiktighet i forbindelse med kvikksølveksponering hos visse grupper, men støtter ikke amalgamforbud nå, heller ikke fjerning av fungerende amalgamfyllinger. Noen av momentene ligner på de som var aktuelle for norske helsemyndigheter i sin tid.

Dental Amalgam Recommendations

Dental amalgam / uh-mal-guhm /, sometimes called "silver-fillings," is a mixture of mercury, silver, copper, tin, and zinc used to fill cavities in teeth.

What Should I Know Before Getting A Dental Amalgam Filling?

Dental amalgam fillings may release small amounts of mercury in the form of a vapor (gas) that can enter the body through inhalation. While there are no known health risks associated with swallowing small particles of dental amalgam, breathing in mercury vapors may be harmful to certain groups of people. At this time, the FDA does not support a ban of the use of dental amalgam.

The FDA recommends that high-risk populations (listed below) avoid dental amalgam, if possible and appropriate. Talk to your dental provider about other available treatment options.

Who Is High-Risk And Should Consider Other Treatment Options?

Children, especially those younger than six

People with neurological impairment or kidney dysfunction

People who are sensitive to mercury, silver, copper, tin, or zinc

Nursing mothers

Women who are pregnant or planning to become pregnant

Should Dental Amalgam Fillings Be Removed?

If your filling is in good condition and your dentist or health care professional says there is no decay below the filling, the FDA recommends you **should not** have your amalgam filling removed, unless medically necessary.

For more information, please visit www.fda.gov/dental-amalgam.

Ny leder i Akademikerne stat

Kari Tønnessen Nordli ble 2. mars enstemmig valgt til leder i Akademikerne stat. Hun kommer fra stillingen som forhandlingssjef for statlig sektor i Tekna og har vært utvalgsmedlem i Akademikerne stat siden 2011. Nordli etterfølger Anders Kvam som har vært leder siden 2014, skriver Akademikerne.

– Akademikerne har forenklet forhandlingsbestemmelsene og fått gjennomslag for at forhandlinger om lønn skjer kollektivt i den enkelte virksomhet. Dette gjør det enklere for våre medlemmer å få en god lønnsutvikling mens staten lettere kan beholde viktig kompetanse, sier den nyvalgte lederen.

Nordli peker på at rammen i konkurranseutsatt sektor de senere årene er blitt et tak for det enkelte oppgjør i offentlig sektor og at dette setter den frie forhandlingsretten under press.

– Vi står nå foran et nytt lønnsoppgjør. Jeg er opptatt av at behovene i staten må danne grunnlaget for lønnsforhandlingene, og at frontfaget fungerer som det skal, som en norm over tid. Mange statlige virksomheter strever med å rekruttere og holde på riktig kompetanse og enkelte har høy bruk av innleid arbeidskraft. Lønnsoppgjørene skal nettopp bidra til å løse slike utfordringer, sier hun.

Personalia

Dødsfall

Roald Julius Bjarne Lorentzen, f. 21.09.1931, tannlegeeksamen 1956, d. 15.09.2020

VISSTE DU AT BRUS OG SAFT ER DEN VIKTIGSTE ÅRSAKEN TIL AT BARN FÅR I SEG FOR MYE SUKKER?

Mange av oss har lett for å gi barna brus eller saft når de er tørste. Plutselig blir inntaket av sukker større enn man tror. Bytter du ut brus eller saft med vann til hverdags, er mye gjort. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir hverdagen litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

 **Helsedirektoratet**

MINNEORD



Steinar Kvinnsland
1932–2021

Vår gode kollega professor Steinar Kvinnsland gikk bort 27. november, 89 år gammel.

Kvinnsland vokste opp i Nordland og i Trøndelag, og ungdomsårene hadde han på Sandnes.

Han studerte odontologi i Glasgow med eksamen i 1957. Der avla han også spesialisteksamen i oral kirurgi før han forlot Skottland. I 1960 kom han til Oslo for å spesialisere seg i kjeveortopedi. I den perioden fikk han ett års stipend ved Guy's Hospital i London for å studere behandling av barn med anomalier i ansiktet. Tannlegeutdanningen i Bergen var nå under etablering og han valgte å fortsette der, først tre år ved Kjeveortopedisk avdeling, for deretter å flytte over til Anatomisk institutt i 1965. I 1970 disputerte han med en avhandling om ansiktets utvikling og vekst i fosterperioden. Han ble dosent og i 1982 professor samme sted.

Med sin brede odontologiske bakgrunn var kliniske problemstillinger alltid grunnleggende for Kvinnslands forskning. Sentralt stod ansiktets vekst og utvikling hos barn født med leppe-kjeve-ganespalter. Sammen med plastikk-kirurger og øre-nese-hals-avdelingen ved Haukeland sjukehus ble det i begynnelsen av 60-årene etablert et behandlingsteam for denne pasientgruppen. Kvinnsland hadde ansvar for den preoperative del av behandlingen av alle nyfødte barn som kom til Haukeland sjukehus fra hele Vestlandet og de nordlige fylkene i Norge. Kompliserte kasus fra andre deler av landet ble også sendt til Haukeland sjukehus. Målet med denne

behandlingen var å tilrettelegge for et godt estetisk resultat etter kirurgi hos disse barna. Han hadde tett kontakt med tilsvarende miljø internasjonalt, spesielt i Dublin og Liverpool hvor han også hadde flere kortere opphold. I mange år representerte han Norge i utlandet med foredrag og resultater fra sin forskning på ansiktets vekst og utvikling. Han hadde også opphold ved University of Washington. I de senere årene arbeidet han med nerve-systemets regulering av vevsreaksjoner ved eksperimentell tannflytting.

Han veiledet mange odontologer til lisensiatgrad og flere doktorgradsstipendiater, også fra de medisinske miljø. Han var faglig sterk. Med sin raske replikk og med glimt i øyet formidlet han i nær 40 år kunnskap til en hel generasjon tannlege- og medisinerstuderter, og logopeder. Han likte godt å undervise studentene.

Mange vil nok huske ham for hans musikalske bidrag i sosialt samvær, på tannlegemøter og internasjonale møter. Han satte seg gjerne til pianoet, deltok i studentrevyer, og i mange år spilte han i et tannlegeorkester. Kvinnsland var lett omgjengelig, positiv og uhøytidelig i sin væremåte og alltid i godt humør. Han likte godt å ha sin arbeidsplass ved preklinikken i Bergen.

Fred over hans minne.

**Tidligere kollegaer ved Institutt for
biomedisin, UIB**
Päivi Kettunen
Karin Heyeraas
Keijo Luukko

MINNEORD



Alexander Stepanenko
1979–2021

Vår kjære venn og kollega, Alexander Stepanenko, døde brått 18. januar 2021. Han ble gravlagt ved Nesodden kirke 5. februar 2021.

Alexander ble født i 1979 og vokste opp på Jevnaker på Hadeland i en familie med stor interesse for sportsskyting. Han begynte selv tidlig med skyting og konkurrerte på skytterstevner allerede i en alder av 5–6 år. Korpsmusikk var den andre store interessen i barndommen. Alexander var en dyktig klarinettist og spilte i Jevnaker skolekorps og

Jevnaker Ungdomskorps, før han som 19-åring ble tatt opp til vernepliktstjeneste som klarinettist i musikkroppen i Drillkontingen-ten i Hans Majestet Kongens Garde.

Høsten 2002 begynte Alexander på tannlegestudiet ved Universitetet i Oslo. Han var en seriøs og faglig dyktig student, og var godt likt blant medstudenter. Han deltok på mange sosiale aktiviteter i studentmiljøet, blant annet hadde han flere overnattinger på Tannlegehytta og spilte klarinett i tannlege-studentorkesteret Odontoblæsten. I studieti-den bodde han i studentkollektiv sammen med kamerater fra hjembygda («Røagutta»). Dette forble en sammensveiset vennegjeng som Alexander var en uerstattelig del av. Alexander møtte sin kone, Linn, mens han var student. De fikk datteren Mathilde i 2009 og sønnen Marcus i 2013.

Etter endt tannlegeutdanning i 2007 fikk Alexander jobb i Den offentlige tannhelse-tjenesten i Østfold. Etter kort tid ble han headhuntet til en privat praksis i Sarpsborg. Der var han assistenttannlege i noen år før han overtok eierskapet i 2013. Sammen med sin kone drev han praksisen i tre år. Deretter arbeidet han en periode med innovasjons-prosjekter innen praksisdrift, før han bestemte seg for å fokusere på det han brant mest for; behandling av pasienter med sterk tann-behandlingsangst. Alexander hadde allerede i en årrekke vært et engasjert og aktivt medlem i Norsk forening for odontofobi, og de siste årene ble han også en sentral bidragsyter i foreningen, både med verv og forelesnings-oppdrag. Han vil bli dypt savnet i fagmiljøet.

I august 2017 startet Alexander hos Tannhelsetjenesten kompetansesenter Øst

(TkØ) som eksponeringstannlege i TOO-prosjektet. Der arbeidet han med pasienter som har vært utsatt for tortur, overgrep og/eller har odontofobi, for å gjøre dem i stand til å motta tannbehandling. Alexander var akkurat en slik tannlege TOO-tilbudet trengte. I tillegg til sitt empatiske, trygge og omsorgs-fulle vesen, hadde han både kunnskapene og kommunikasjonsferdighetene som kreves for å håndtere traumatiserte og sårbare pasienter. Han stilte store krav til seg selv, både medmenneskelig og faglig, og hadde en brennende appetitt på å stadig utvikle seg selv og faget videre. Ønsket om å lære mer og bidra i kompetansehevingen i TOO gjorde at han det siste året fulgte videreutdannelsen i kognitiv terapi. Alexander var en svært respektert og viktig ressurs i TkØs TOO-tilbud. Han var en dyktig, varm og raus kollega som inspirerte alle. Han var opptatt av å inkludere andre, og lett å be om hjelp når kollegaer trengte råd og veiledning.

Tross krevende og alvorlig jobbatematikk hadde Alexander alltid et varmt smil og glimt i øyet. Med sitt lune nærvær, sin smittende humor og snertne replikker hadde han en egen evne til å skape trivsel rundt seg.

Vi er alle takknemlig for den tiden vi fikk dele med Alexander, og det er ufattelig trist at han ikke er blant oss mer. Våre tanker og dypeste medfølelse går til Alexanders familie, som han var så stolt av og glad i.

Vi lyser fred over Alexander Stepanenkos minne.

**Simen E. Kopperud,
Jorun Torper,
Øyvind Kvalheim og
Hilde Vogt Toven**

tidende

Frister og utgivelsesplan 2021

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

STILLING LEDIG

ASSISTENTTANNLEGE SØKES TIL EIDSVOLL VERK

Vi søker tannlege i 40–80 % stilling med oppstart fra april eller etter avtale. Vi er i dag 2 tannleger, 1 tannpleier og 2 tannhelsesekretærer. Moderne klinikk med 4 behandlingsrom, OPG, dental laser (Fotona LightWalker), Quick sleeper mm.. Søkere må ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftlig. For søknad eller spørsmål send e-post til: tannvaerket@gmail.com

MØRE OG ROMSDAL: LEDIG TANNLEGESTILLING PÅ SYKKYLVEN TANNKLINIKK

Vil du være med og sikre et godt tannhelsetilbud til vårt stadig voksende klientell?

Vi er et faglig oppdatert, trivelig team. Klinikken er velutstyrt og sentralt plassert. Kan du se for deg å levere bærekraftig tannmedisin til en omfattende pasientportefølje?

Send CV'en din til maik@syktann.no!

SØKER ETTER ASSISTENTTANNLEGE TIL EN NYOPPUSSET KLINIKK SENTRALE OSLO

Praksisen drives i dag kun av en tannlege som ikke har ønsket å jobbe mer enn 2 ganger uken.

Derfor bør man ha eget pasientgrunnlag.

Stort potensiale for å få nye pasienter.

Stillingen er på 50 % med mulighet for utvidelse.

Ta kontakt på e-post tannoslo403@gmail.com for evt spørsmål.



OSLO ENDODONTISENTER SØKER ORAL KIRURG

Oslo endodontisenter er en spesialist klinikk på Majorstua bestående av 5 endodontister, en kjeveortoped, en oral kirurg, en protetiker og en radiolog. Vi er en tannklinikk i vekst, og ønsker derfor et større samarbeid med en oral kirurg. Søknad sendes på mail til post@osloendo.no. Eller kontakt Thomas på 93 03 89 34

VIKEN

Svangerskapsvikariat 60–80 % jun21–jun22, mulighet for fast stilling etter vikariat. Hyggelig og liten klinikk i Asker. Noe fleksibel oppstart. Selvstendig, nøyaktig, godt humør og god pasientkontakt. Ta kontakt: post@vettretannklinikk.no

Ledig 100% stilling som tannlege med god provisjon i Mo i Rana

Vi er en privat tannklinikk med 6 ansatte. Vi tilbyr godt pasientgrunnlag, og et trivelig arbeidsmiljø. Du må ha norsk autorisasjon som tannlege. For mer informasjon: Daniel Nowzari, tlf: 99 00 78 21, Søknaden sendes til daninowzari@gmail.com

DRAMMEN

Ung, profesjonelt innstilt assistenttannlege med minimum 2 års erfaring søkes til engasjement i Drammen.

Det tilbys 1–2 dager i uken innledningsvis, med mulighet for utvidelse.

Langsiktig samarbeid med gode betingelser kan tilbys rette person.

Søknad og cv sendes til: tannlege@svrd.no



TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhels erogaland.no.





LISTERTANNLEGENE

LISTERTANNLEGENE SØKER TANNLEGE TIL SVANGERSKAPSVIKARIAT I 100 % STILLING FRA JULI 2021

Klinikken ligger på bryggekanalen i Farsund i naturskjønne omgivelser. Vi har 4 behandlingsrom med topp moderne utstyr og en god bredde i behandlingstilbud. Vi er to tannleger i 100 % stilling, tre tannhelsesekretærer og en kontorleder. Klinikken er også tilknyttet en tilreisende maxillofacial-kirurg. Egen tannhelsesekretær assisterer tannlegen hele arbeidsdagen. Vi kan tilby et hyggelig og godt arbeidsmiljø og en variert arbeidshverdag. Velkommen til oss!

Om deg:

Du må være kvalitetsbevisst og kommunisere godt med pasientene. Du må ha norsk autorisasjon og beherske norsk både muntlig og skriftlig. Det er ønskelig med tidligere arbeidserfaring, men oppfordrer også nyutdannede til å søke.

Sjekk gjerne ut vår hjemmeside www.listertannlegene.no for mer informasjon om oss.

Søknad og CV sendes til post@listertannlegene.no



Råholt Tannlegesenter

Råholt Tannlegesenter utvider klinikken og søker i den forbindelse en engasjert og omgjengelig allmennpraktiserende tannlege medio april. Fra 1. august 2021 til slutten av mars 2022 vil det i tillegg bli behov for tannlege i 100% vikariat. Vi søker også spesialist, gjerne i periodonti, der antall dager i uken kan diskuteres.

Vi har en moderne klinikk med fire allmennpraktiserende tannleger og fem tannhelsesekretærer/tannlegeassistenter, og med et solid pasientgrunnlag og et travelt og hyggelig arbeidsmiljø.

Klinikken ligger i Helsebygget tilknyttet Amfi Eidsvoll på Råholt, 30 min. fra Oslo og 8 min. gangavstand fra Eidsvoll Verk stasjon.

Søknad eller spørsmål sendes til:
raaholt.tannlegesenter@gmail.com

Stjørdal tannhelsesenter og Torget Tannhelse

søker tannlege. Søknad, CV, referanser, attester og vitnemål sendes til tannlege.finnanger@gmail.com.

Se full utlysning på www.tannlegetidende.no

TANNLEGE SØKES – INNLANDET

Vi søker en tannlege på fulltid eller deltid til vår klinikk på Tretten, 20min nord for Lillehammer. Klinikken har stor og veletablert pasientbase, tannhelsesekretær, og har ambulerende oralkirurg.

Dette er en spennende mulighet for deg som ønsker en variert arbeidshverdag omgitt av nydelig natur. Rett i nærheten finner man Norges beste løypenettverk for langrenn, samt Hafjell og Kvittfjell alpinesenter. Samtidig er det kort vei til byliv i Lillehammer.

Nøkkelegenskaper vi vektlegger er kvalitetsbevisst, positiv, faglig interessert og engasjert. Det er gode betingelser for den riktige kandidaten. Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig, og ha norsk autorisasjon. Søknad + CV sendes til cathrine@tannlegesenter.as



LEDIG STILLING I VOLDA PÅ VAKRE SUNNMØRE

Tannlegekontoret as søker to kvalitetsbevisste og dyktige assistent/kontraktørtannlegar med gode samarbeidsevner. Begge stillingane er 100 %. Det er krav om norsk autorisasjon og erfaring vert tillagt vekt.

Vi er ein moderne, veletablert praksis med totalt fire allmenn-tannlegar, ein tannpleiar og fire tannhelsesekretærer. Vi har også tilknytta ein spesialist i periodonti. Klinikken har 6 behandlingsrom med topp moderne utstyr, samt CBCT/OPG, Lightwalker laser, mikroskop, 3Shape scanner, Visiquirentgen, Opus journalsystem, lystgass, Invisalign, og samarbeider tett med tilknytta tannteknikar.

Vi kan tilby:

- Stor klinikk i nye og trivelege lokaler, sentralt i Volda
- Eit svært godt arbeidsmiljø
- God fagleg utvikling med støtte frå erfarne tannlegar
- Fullteikna timebok frå dag ein
- God inntening/arbeidsavtale

Søknadsfrist 15. mai 21. Ynskjeleg oppstart er 1.juni 2021 eller etter avtale

Søknad med CV og referansar kan sendast til post@tannlegekontoret.no.

Sjå også vår heimeside www.tannlegekontoret.no

Ta gjerne kontakt med praksiseigar John Thomas Riise, tlf 95 20 97 55 for spørsmål.

MOTIVERT, INSPIRERT OG MED GOD KAPASITET? LEDIG STILLING I ASKER!

Vi søker en erfaren tannlege i 100 % stilling som får disponere et nytt behandlingsrom.

Yndis-tannlegene ligger ved SATS i Asker, og er en ny klinikk med topp moderne utstyr.

Vi har hatt solid vekst siden åpning. Vi trenger nå en ny tannlege på laget, som brenner for faget!

For oss er det viktig med god stemning i klinikken, både oss Yndis'ere imellom, og med pasientene. Vi skal ha det gøy på jobb! Vi er stolt av å kunne si at vi har fått svært gode tilbakemeldinger fra pasientene. Den rette kandidaten vet å yte det lille ekstra.

Vi kan tilby gode betingelser og nytt flott utstyr.

Synes du at dette virker spennende og riktig for deg, send oss en søknad og CV til post@yndis.no.

Gleder oss til å høre fra deg!

KJEVEORTOPED I NARVIK, VIKARIAT

Spesialisttannhelsetjenesten i Nordland Fylkeskommune har ledig vikariat ett år som kjeveortoped. Tiltredelse 15. mai 2021.

Forhandling om lavere stillingsprosent mulig. Du vil jobbe sammen med to tannhelsesekretærer. Klinikken har et godt pasientgrunnlag. Utdanning; Master i odontologi med spesialistutdanning som kjeveortoped. Norsk autorisasjon som kjeveortoped kreves. Personlig egnethet vil vektlegges. Lønn- og arbeidsvilkår etter avtale. Politiattest av nyere dato må fremlegges før tiltredelse. Vi ønsker deg velkommen til oss.

Ved interesse, kontakt overtannlege Andreas J. Larssen.

Tlf: 95 72 44 19 mail: andlar@nfk.no



Ullevål Hageby Tannklinikk søker endodontist til vårt team, 2–4 dager pr mnd. Pr i dag består vårt team av fire tannleger hvorav to spesialister, tannpleier og 3 tannhelsesekretærer. Ullevål Hageby Tannklinikk er en praksis i vekst med et godt pasientgrunnlag. Lokalene er nyoppusset, moderne og med velutstyrte behandlingsrom. Mikroskop, ultralyd, maskinell endo, kirurgisk utstyr, OPG etc.

Søknad sendes post@tennerihagen.no

Ved spørsmål vedr stillingen, ta kontakt på 41 33 03 05

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

TANNLEGENE BALDETORP AS ÅR EN VÅLETA- BLERAD TANDKLINIK I MODERNA LOKALER PÅ MAJORSTUEN I OSLO.

Kliniken består av tre tandlækere. For att imötekomma nya tider önskar vi att utvidga vårt duktiga team. Detta är en god möjlighet för dig som önskar att jobba i en välfriserade klinik med god patienttillgång. Även möjligheter för tandlækare med egen patientportfölj eller specialister. Hos oss vill du få varierade arbetsuppgifter och möjligheter att påverka din arbetsdag. Vi erbjuder konkurrensduktiga betingelser för den rätta kollegan. Sökare bör behärska norska, skriftligt och muntligt samt Opus. Sökbare sändes till: Firma@tannlegenebaldetorp.ni

TANNLEGE SØKES



Kløfta Tannhelsesenter er en moderne og etablert klinikk med godt pasientgrunnlag sentralt på Romerike. Vi har stor pågang av nye pasienter og har fått et godt rykte fra både nært og fjernt.

Klinikken er velutstyrt bestående av 3 behandlingsrom, OPG, anestesiteam, 4 tannleger og 5 tannhelsesekretærer.

Kløfta Tannhelsesenter søker etter en engasjert og serviceinnstilt tannlege i 100% stilling som har pasienten i fokus. Du skal ha det gøy med erfarne kolleger som jobber i høyt tempo med godt humør der erfaringer utveksles.

Den vi ser etter bør:

- Ha stort arbeidskapasitet
- Lytte til pasienter og forstår viktigheten av empati.
- Er genuint interessert i faget
- Utføre god tannbehandling av høy kvalitet
- Bidrar til et godt arbeidsmiljø

Det blir utført det meste av behandlinger innenfor kirurgi, narkose, estetisk behandling, protetik, endo og konserverende behandling.

Søkere må snakke og skrive norsk flytende, samt ha norsk autorisasjon.

Søknad og CV sendes til: jobb@kloftatannhelsesenter.no



STILLING SØKES

KJEVEORTOPED

fra Polen registrert i Norge, klar til å starte samarbeid med klinikker som leter etter kjeveortoped i to–fem dager i måneden, kontakt e-post: basharmharateh@gmail.com
Orthodontist from Poland registered in Norway, ready to start cooperation with clinics that are looking for an orthodontist for two–five days a month, contact e-mail: basharmharateh@gmail.com

KJØP & SALG

TANNKLINIKK I HJERTET AV MOLDE SENTRUM SELGES

Moderne og lyse lokaler med gunstig husleie. Kavo unit og Digora rtg, Opus datasystem. God og stabil pasientportefølje. Overtakelse sommer 2021. Ta kontakt på 41 27 40 74 eller moldetannklinikkas@gmail.com.

PRAKSIS I BERGEN ØNSKES KJØPT

Tannlege fra Bergen med lang erfaring ønsker å kjøpe solo praksis eller pasientkartotek i Bergen sentrum. Ta kontakt på tannibergen@gmail.com.

LITEN TANNLEGEPRAKSIS

til salgs i Oslo sentrum.
Overtagelse 1. juni
MOBIL 468 35 058

Velkommen til oss!

Oralkirurgisk klinikk er en spesialistklinikk med mer enn 25 års erfaring. Våre spesialister tar i mot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning innen vårt fagområde.

Velkommen med din henvisning!

[Les mer om oss på oralkirurgisk.no](http://oralkirurgisk.no)

Oral kirurgi & medisin • Implantat • Kjeve & ansiktsradiologi
Intravenøs sedasjon & medisinsk overvåking • Oral protetik

Våre spesialister:

Kirurgi

- Dagfinn Nilsen
- Erik Bie
- Johanna Berstad

Anestesi

- Dr. Odd Wathne

Protetik

- Sonni Mette Wåler

Kjeve & ansiktsradiologi

- Anders Valnes



Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A
0369 Oslo



23 19 61 90
post@oralkirurgisk.no



ORALKIRURGISK
KLINIKK



Snakk med oss, vi kan hygiene!

To autoklaver i verdensklasse, Lisa og Lara



Hygienekurs 21. april - Sterilisert betyr ikke sterilt!
Kursleder Service- og produksjef i W&H, Daniel Rulli.

Gratis kurs for hele klinikktteamet.

Nettkurs 21. april kl 14.00 og 17.00

Meld deg på: dentalnet.no/aktiviteter/

dental sør
OPPLEV 1. KLASSE

Kontakt Dental Sør AS t; 38 27 88 88 eller W&H Nordic for ytterligere informasjon.
W&H Nordic, t: 32 85 33 80, e: office@whnordic.no, wh.com