

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGENS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
131. ÅRGANG · #11 · 2021



NY OG FORBEDRET!

ScanOrder

- Nå med full lagerstyring

Vi har lansert en ny og forbedret ScanOrder, nå med funksjonen Lagerstyring. Du velger selv om du ønsker å ta i bruk Lagerstyring eller å kun bruke den enkle Scan og Bestill delen.

Ønsker du tilgang til Lagerstyring i din ScanOrder?

Ta kontakt med oss , vi hjelper deg i gang!



Spar tid med Scann og bestill

- rask, enkel og effektiv varebestilling



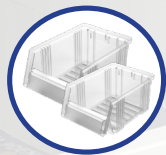
NYHET! Full Lagerstyring

- gir deg fullstendig kontroll og oversikt over din beholdning, bestillinger og restordre.



NYHET! Enkel, tidsbesparende varetelling

- varetellingsfunksjon som gir deg komplette lister rett i mailboksen, klar for din regnskapsfører.



Frivillig bokssystem

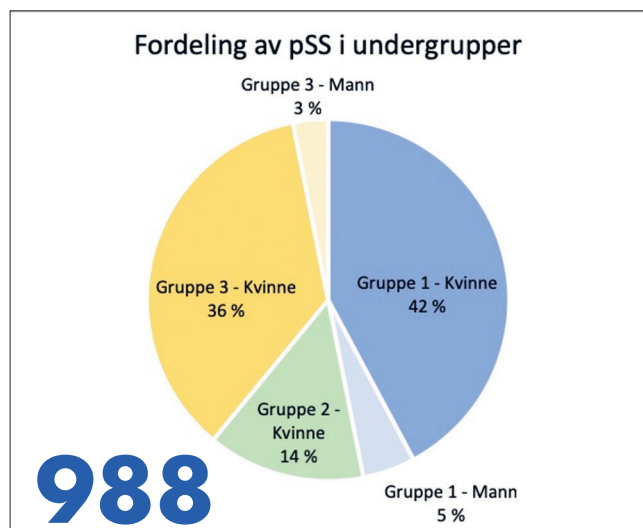
- vi tilbyr praktiske, gjennomsiktige bokser som gir god oversikt på lageret, dersom du ønsker bokssystem.



Er du interessert i ScanOrder?

Ta kontakt med oss, vi hjelper deg i gang!
www.licscadenta.no / 67 80 58 80 / forbruk@licscadenta.no

981–1084

**982** Siste nytt først**985** Leder

Godt valg

987 Presidenten har ordet

Ny regjering, ny (?) tannhelsepolitikk og NTFs representant-skap

988 Vitenskapelige artikler

988 Tea Samuelsen, Lara A. Aqrawi, Kathrine Skarstein, Janicke L. Jensen: Evaluering av spyttkjertelbiopsier ved utredning av Sjögrens syndrom

996 Elin Hadler-Olsen: Erfaringer med økonomiske støtteordninger for tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft

1006 Kasuistikk

1006 Amin Homayouni, Nora Patricia Gonzalez og Eirik Mathisen: En ekstrudert tann var varsel om metastase

1014 Aktuelt fag

1014 Jostein Grytten og Irene Skau: Forbedringer i tannhelsen og tannlegenes arbeidsmengde i Norge 1992–2015

1016 Ingar Olsen: *Porphyromonas gingivalis*-indusert nevroinflammasjon forårsaker Alzheimers sykdom

1018 Doktorgrad

1018 Kathrin Beyer: Potensielle mekanismer som kobler periodontitt og leddgikt

1021 Bivirkningsskjema**1024** Kronikker

1024 Trine Lise Lundekvam Berge og Lars Björkman: Trygge materialer?

1028 Tor Langbach: Er tannleger en fare for rettssikkerheten?

1030 Aktuelt

1030 På valg 2021

1044 International Dental Show 2021, live og digitalt

1050 Munnstellboks ga bedre munnhelse for eldre på sykehjem

1052 Kommentar og debatt

1052 Tannhelsesekretær – beskyttet tittel etter helsepersonelloven § 48 (Anne-Gro Årmo, forbundsleder, Tannhelsesekretærenes Forbund)

1056 Fra NTF

1056 Ut med det gamle, inn med det nye

1058 Lønnspolitisk forum 2021

1060 NTFs landsmøte: Takk for i år!

1061 Tannlegespesialistenes fellesorganisasjon: Fellesseminar 2022 – Smerte innen odontologien

1062 Gjør kloke valg: Mer er ikke alltid bedre

1066 Arbeidsliv: «Danmarksaken»: Staten har brutt EØS-avtalen

1071 Spør advokaten: Arbeidstidsbestemmelser ved jul og nyttår

1072 Oversikt over kollegahjelpere

1074 Snakk om etikk: Refusjon – frustrasjon eller motivasjon?

1076 Kurs- og aktivitetskalender

1078 Notabene

1078 Tilbakeblikk

1078 Personalia

1082 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Akademikerne er glade for viktige gjennomslag i regjeringsplattformen



Foto: Akademikerne.

Akademikernes leder Kari Sollien er glad for å se at mange av Akademikernes innspill til regjeringserklæringen er ivarettatt.

– Regjeringen har et helhetlig perspektiv på arbeidslivspolitikken, og jeg er glad for både fokus på å få ned midlertidigheten og satsing på selvstendig næringsdrivende. På kunnskapsfeltet går plattformen langt i å desentralisere utdanningstilbudene. Vi er bekymret for at det kan gå på bekostning av kvalitet, sier Sollien.

Sollien ser frem til et tett samarbeid med den nye regjeringen, og er glad for at erklæringen er så tydelig på verdien av trepartssamarbeidet, og på ambisjoner om å fornye og forsterke det.

– Den nye regjeringen tar den høye midlertidigheten i academia på alvor. Vi forventer nå at de følger raskt opp i praksis. Arbeiderpartiet har lovet å fjerne adgangene til midlertidig ansettelse i arbeidsmiljøloven i løpet av de første 100 dagene. Vi mener det haster like mye for forskere å få et tryggere arbeidsliv, sier Sollien.

– Jeg er glad for å se at regjeringen prioriterer gründere og frilansere så høyt som de gjør. Norge er avhengig av at folk tør å satse på gode ideer og sykepengene, pensjon og inntektssikring må være på plass, sier Sollien.

– Med den lave ledigheten vi har nå, har vi en veldig god mulighet til å inkludere flere i arbeidslivet. Jeg oppfatter et regjeringen vil ta tak i flere av forslagene fra det partssammensatte Sysselsettingsutvalget her. Det er bra, sier Sollien.

Regjeringen varsler også at de ønsker å forbedre sykelønnsordningen, ikke bare for arbeidstakere, men også for selvstendi-

ge og frilansere. De konkretiserer ikke på hvilken måte. Akademikerne er glad for at regjeringen vil ivareta alle, og er klare til å bidra i konkretiseringen.

Akademikerne er videre opptatt av forskningsinnsatsen til den nye regjeringen, og mener at forskningsinnsatsen må økes til 1,25 prosent av BNP. Her leverer ikke regjeringen. Sollien etterlyser også en større offensivitet på forskningsinstituttene vegne. Det er imidlertid positivt at de vil øke næringslivets satsing på forskning og utvikling.

Akademikerne har tidligere vært tydelig på at studiestøtten må økes til 1,5 G, og er skuffet over at regjeringen ikke har høyere ambisjoner på studentenes vegne. Sollien roser imidlertid regjeringen for å ville trappe opp antallet studieplasser innenfor områder som realfag, IKT og medisin.

12 prosent vekst i publisering i Norge

Norske forskere publiserer mer enn noen gang før, og veksten er større enn i de fleste andre europeiske land, skriver Forskerforum.

Forskningsrådet la i slutten av oktober frem Indikatorrapporten 27. oktober, som gir en oversikt over forskning i Norge og internasjonalt.

Ifølge rapporten bidro norske forskere til 22.823 artikler i fjor, som er 0,5 prosent av verdens samlede vitenskapelige publisering. (Se nederst i saken for å finne siteringsindeks for de institusjonene som publiserer mest.)

I rapporten beregnes det også hvor mye artiklene blir sitert av andre forskere, som gir et mål på hvor viktige artiklene er for videre forskning. Artiklene publisert i 2018 og 2019 ble sitert 20 prosent over verdensgjennomsnittet, slik at Norge er nummer 10 på siteringer blant de 43 landene i verden som publiserer mest. Dermed kommer Norge omtrent likt ut som Finland og Sverige, og under Danmark.

Universitetet i Oslo hadde over 6800 publiseringspoeng i 2020. NTNU kommer like bak, og til sammen sto de to for nesten halvparten av publiseringspoengene ved

universiteter og høyskoler. Men antall publiseringspoeng er ikke alt. Ifølge indikatorrapporten ligger Universitetet i Bergen bare marginalt under Universitetet i Oslo på siteringsindeksen og de har tilnærmet lik andel høyt siterte artikler.

Den aller høyeste siteringsindeksen er det imidlertid Folkehelseinstituttet som har.

Rapport om helserisiko ved bruk av e-sigaretter



Foto: Vay Images.

Folkehelseinstituttet (FHI) har utgitt rapporten Health risks associated with the use of electronic cigarettes: an interactive research map, og sier de på en systematisk og vitenskapelig måte har undersøkt og laget et interaktivt forskningskart over eksisterende litteratur om helserisiko knyttet til bruk av e-sigaretter. Vi inkluderte 1482 publikasjoner. Siden flere av disse kan ha rapportert fra mer enn ett studiedesign, for eksempel både resultater fra studier med mennesker og dyreforsøk, er antall studiedesign inkludert i alt 1760. Effekter på luftveier og lunge, hjerte- og karsystemet samt andre utfall (ikke angitt i annen kode) var det som oftest ble rapportert.

Svært få studier på mennesker ble publisert årene etter introduksjonen av e-sigaretter i 2007, men fra 2013 var det en økning. Innledningsvis var kasusrapporter etterfulgt av tverrsnittstudier de vanligste studietypene. Vi identifiserte 41 randomiserte kontrollerte studier (RCT). Dette studiedesignet er den «strengeste» metoden for å påvise en årsakssammenheng mellom intervensjon (her bruk av e-sigaretter) og utfall. Bare en av RCT-ene hadde en oppfølgingstid på seks måneder eller mer. Av de 105 andre studiene med kontrollgruppe var det bare seks studier med oppfølgingstid lenger enn over to år. I hvilken grad e-sigaretter kan forårsake

helseskader som utvikles etter lengre tids bruk er dermed uavklart.

Det interaktive forskningskartet gir en visuell oversikt over områder med mange, noen eller ikke-eksisterende vitenskapelig dokumentasjon. De identifiserte kunnskaps-hullene kan indikere hvor fremtidig forskning bør settes inn.

Forskningskartet synliggjør hvilken forskning som finnes, det viser ikke kvaliteten på studiene, størrelsen eller alvorlighetsgraden på helseisikoen ved bruk av elektroniske sigaretter, skriver FHI.

Tegn til økt forbruk av frukt og grønt



Foto: ixy Images.

Opplysningskontoret for frukt og grønt (OFG) presenterte onsdag 20. oktober de nyeste tallene for forbrukerutviklingen for frukt- og grøntkonsum i Norge i 2021. Undersøkelsen heter 5 a day Europe og viser utviklingen i Norge sammenlignet med andre europeiske land.

Tallene for 2020 viser at koronapandemien hadde negativ innvirkning på hvor mye frukt, bær og grønnsaker hver enkelt av oss spiser. Færre restaurantbesøk og bortfall av kantineordninger på arbeidsplassen som følge av hjemmekontor var viktige forklaringsfaktorer, sier analysesjef Tore Angelsen i OFG.

– Tallene for september 2021 viser at den negative utviklingen er i ferd med å flate ut.

Det at vi nå er tilbake på kontoret og bruker kantinetilbudet og at vi tar i bruk restauranter og andre spisesteder igjen, har en positiv innvirkning på forbruket, fortsetter Tore Angelsen.

Det er kun 22 prosent nordmenn som vanligvis spiser anbefalt mengde frukt, bær og grønnsaker, som er «fem om dagen». Kvinner er betydelig bedre enn menn, og det er dobbelt så mange kvinner som menn som spiser den anbefalte mengde med frukt og grønt. Kvinner har hatt en økning i forbruk av frukt og grønt fra september 2020 til september 2021, mens forbruket til menn er uforandret.

Standardiserte tobakkspakninger hadde liten eller ingen effekt

I 2018 innførte regjeringen krav om standardisert emballasje på all snus og røyk. Målet var å gjøre pakkene mindre attraktive. Spesielt ønsker man å unngå at unge begynner å røyke og snuse.

En ny studie gjort med forsker Torleif Halkjelsvik ved Folkehelseinstituttet (FHI) i spissen viser en mulig, svak nedgang i antall røykere som kan kobles til de standardiserte pakningene.

– Det jeg er rimelig sikker på er at standardiserte pakker ikke har ført til en nedgang i snusbruk blant menn. Det slår vi fast som det sikreste resultatet. Alt annet er ganske usikkert, sier Halkjelsvik til forskning.no.

Det ligger imidlertid en nedgang i bunnen. Den er tatt hensyn til i studien, forteller han. Halkjelsvik og kollegene har undersøkt om de standardiserte pakningene påvirker nedgangen den ene eller den andre veien.

I studien brukte han og kollegene tall fra flere typer undersøkelser. Noen anser han

som mer troverdige enn andre. De har sett på prosentvis endring for de mest troverdige tallene, og alle tallene samlet. Tallene gjelder for 18 måneder etter innføringen av de standardiserte pakkene. De inkluderer nordmenn mellom 16 og 79 år.

Modellen der alle undersøkelsene var med, var også den mest lovende. De tallene viste et halvt prosentpoeng nedgang i antall røykere, fra omtrent ti prosent.

De brukte også en modell som kun hadde med tall fra SSB. Der var det et utvalg på 47 000 personer. Den anser Halkjelsvik som mer troverdig. Modellen forskerne lagde ut fra SSB-tallene, viser null nedgang i antall røykere som skyldes de militærgrønne pakkene.

For snus viste estimatene at de nye boksene ikke førte til økt bruk - når alle data var tatt med.

Med data av høyere kvalitet var resultatet en oppgang på to prosent for menn og ingen endring for kvinner.

Halkjelsvik spør seg om den grønne snusboksen egentlig er stygg nok. Kanskje er det tvert om? I 2018 kunne NRK melde at snusboksene fikk designskryt.

Storbritannia var tidligere ute med å innføre standardisert emballasje på tobakk. Sigarettpakken er i samme grunnfarge som den norske, men advarslene er mer synlige på de britiske pakkene. De britiske røykpakkene har bildet øverst på for- og baksiden av pakken. I Norge er det kun på baksiden.

REFERANSE

1. Halkjelsvik, Torleif., Gasparrini, Antonio., Vedøy, Tord Finne. (2021). The short-term impact of standardised packaging on smoking and snus use in Norway. Nicotine & Tobacco Research.

TannSpes

TannlegeSpesialistene i Oslo

tlf: 22 20 50 50 post@tannspes.nhn.no www.tannspes.no

Henvisningsklinikk på Vinderen i Oslo

RAGNAR BJERING
Kjeveortoped, PhD

ANDERS VALNES
Kjeve- og
ansiktsradiolog

KARL IVER HANVOLD
Oralkirurg, kjevekirurg

BANO SINGH
Tannlege, PhD

BJØRN EINAR DAHL
Protetiker, PhD



Foto: UiO

NIOM lanserer kurs

Læring tilpasset dine behov

Som et ledd i NIOMs arbeid for trygg og effektiv tannhelse i Norden, tilbyr vi kurs til tannhelsetjenesten. Vi har kurspakker som styrker hele teamet, uavhengig av bakgrunnskunnskaper.

Eksempler på tema er materialvalg, behandling av dyp karies og erosjoner, og biokompatibilitet. Vi leverer både online læring, og fysiske kurs på ønsket sted.

Alle våre kurs skreddersys til ønsket lengde og målgruppe. Passer det med en kort innføring eller ønsker dere en grundig fordypning?

Ta kontakt med oss i dag for å høre mer.

NIOM

www.niom.no

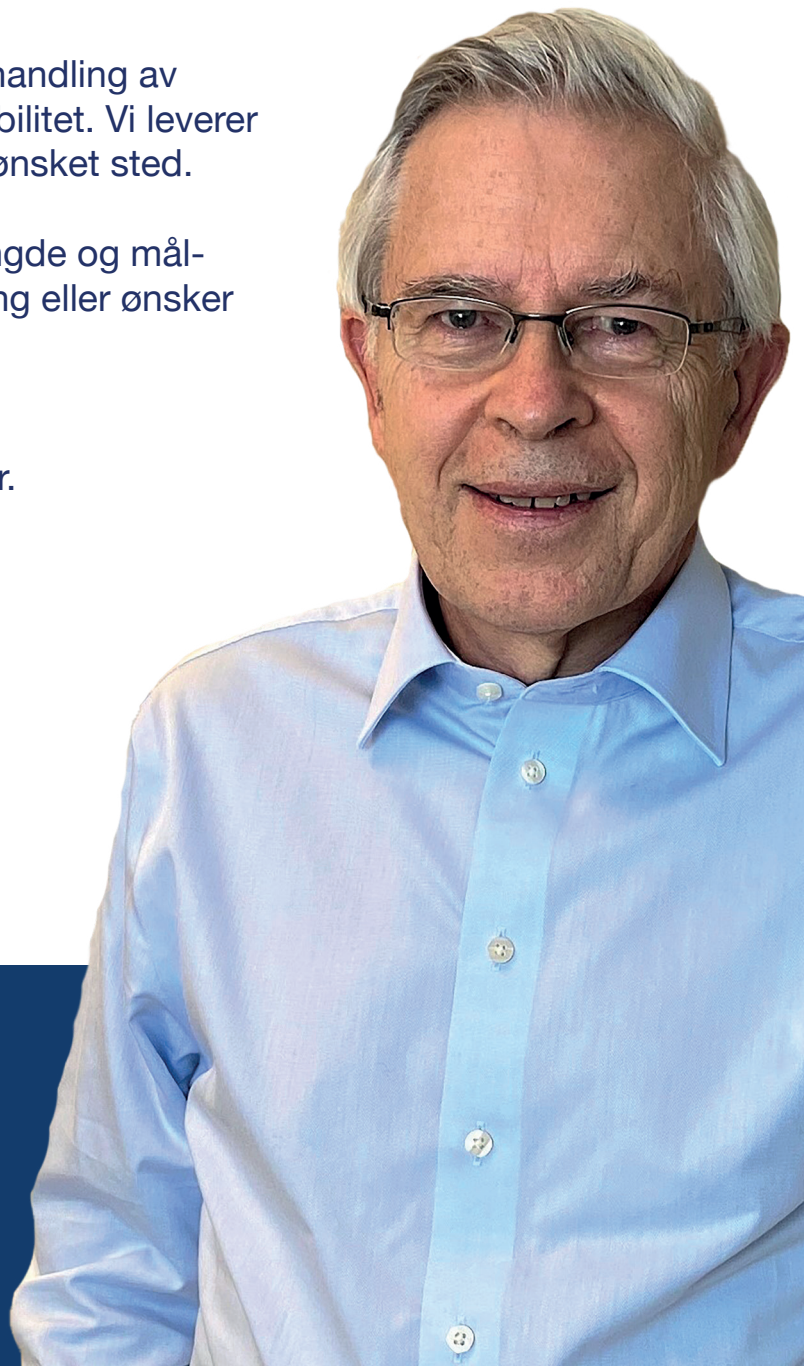
Tlf: (+47) 67 51 22 00

E-post: niom@niom.no

Sognsveien 70 A, 0855 OSLO, Norway

NIOM

Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer





FORSIDEILLUSTRASJON

grom.no, Inger Høy 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 Vils 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 UTVALG



TRYKT I
NORGE
NO. 1470



Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT



ALLTID MERKET
TRYKES
07 MEDIA - 2011 0210

Godt valg



Foto: Vidar Aulby

Vi er ikke før ferdige med høstens stortingsvalg, etterfulgt av regjeringsskifte, så er det valg igjen. I Tannlegeforeningen.

Her ligger det ikke an til regjeringsskifte, selv om det blir skifte av president. De som er innstilt til verv i NTFs hovedstyre er ellers langt på vei de samme som har sittet i posisjonene opptil flere perioder allerede, og slik sett har lang erfaring med politisk arbeid i og for foreningen.

De som er på valg har formulert standpunktene sine, og vet hva de vil jobbe mest med, når og hvis de slipper til. Les mer om det i saken *På valg* i denne utgaven av Tidende.

Tannlegeforeningens representantskap skal altså velge både nytt hovedstyre, og personer til andre sentrale verv i foreningen. Og jeg tenker omtrent det samme som jeg gjorde sist det skulle være valg, i 2019.

Det ligger gjerne mye overveielse bak beslutningen om å si ja til et verv. Det krever innsats, og det tar tid. Ofte tar det tid når du ikke nødvendigvis er forberedt på det. For eksempel når mediene tar kontakt og vil ha uttalelser i en sak for å fylle sitt samfunnsoppdrag – å informere befolkningen.

Dette er på godt og vondt. Politikere er ikke alltid klare til å uttale seg, og ønsker ofte mer tid og arbeidsro før de presenterer et standpunkt – og de har behov for publisitet, så en henvendelse fra mediene er også ofte velkommen, selv om den ikke er helt beilelig.

Nå er ikke NTFs politikere veldig etterspurte, slik rikspolitikere er. NTFs politikere er organisasjonspolitikere, som er noe annet. Og samtidig er det mye som er likt. Det er i hvert fall mye som tyder på at det er slutt på den tiden da Tannlegeforeningens politikere kunne jobbe i fred og ro, og få om-

tale i Tidende, kanskje bare når de selv ønsket det, og ellers så å si aldri bli nevnt, hverken i Tidende eller i andre medier.

Nå kan det dukke opp saker som NTFs politikere må ta tak i på kort varsel. Sakene kan være både vanskelige og komplekse – og svar kan bli avkrevd på kort varsel. Og det kan dukke opp spørsmål i det som oppleves som utide, om pågående prosesser. Ikke bare fra medier, men også fra medlemmer og andre.

Som medlemmer vet dere at politikere dere velger er tannleger som dere selv, og medlemmer av NTF, de også. Som politikere er de amatører, i ordets rette betydning: De lever ikke av det. De driver med det ved siden av å være tannlege, for å forbedre og trygge sin egen og andre medlemmers arbeidshverdag som tannlege, etter sin beste overbevisning.

De blir også, forhåpentligvis, valgt med utgangspunkt i det de sier de står for og det de sier de vil jobbe for. Hvis de skal angripes må det være fordi de ikke gjør det de har sagt de skal gjøre, ikke fordi de ikke gjør som du vil. Ingen kan gjøre alle til lags. Det hører med til politikeroppgaven å være representant for dem man er uenig med også, og å være tydelig på hvem man er og hvor man står, hele veien.

Samtidig er det å være politiker noe de vil. Det er ikke et offer. De har valgt det selv. Politikk er noe folk driver med fordi de har noen mål, og fordi de mener de vet, kanskje bedre enn andre, hvordan en best når målene.

Godt valg. Enten du skal til Gardermoen i slutten av november og velge selv, eller velger en representant som drar dit og velger for deg.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

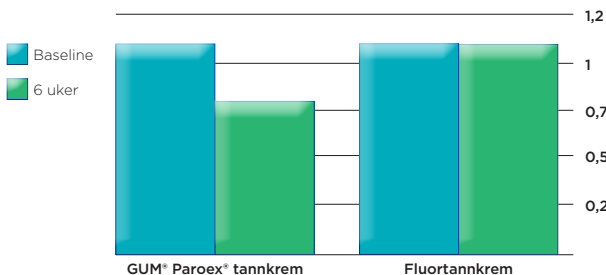


Har dine pasienter tannkjøttproblem?

Å skifte tannkrem er en god start!

GUM® Paroex 0,06 CHX tannkrem er den første antiseptiske tannkrem for langvarig bruk!

Klinisk bevist effektiv mot tannkjøtt sykdom*



I en nylig gjennomført studie med gingivittpasienter, fikk en gruppe pusset tennene med GUM® Paroex® 0,06% tannkrem med 1450 ppm fluor i 6 uker, og en annen gruppe fikk pusset tennene med vanlig fluortannkrem (1450 ppm).

RESULTAT:

Effekt: Etter 6 uker fant man en signifikant gingivitt reduksjon (31%) hos pasienter som pusset tennene med GUM® Paroex® tannkrem. I den andre gruppen kunne man ikke se noe forskjell i gingivitt hos pasientene som brukte vanlig fluortannkrem.

Bivirkninger: Ingen av pasientene i gruppene rapporterte om bivirkninger på misfarging av tenner eller smak.

* "Klorhexidin i lavdose - Et effektivt til daglig munnhygiene? doc Per Ramberg, Sahlgrenska Akademin, Göteborg universitet, Publ. i TandhygienistTidning nr 4:13

GUM® Paroex® 0,06% CHX TANNKREM

- God smak
- Inneholder **klorhexidin**, **CPC** og **Fluor** (1450 ppm)
- **Dobbeltvirkende antibakteriell effekt** og kan brukes daglig over en lengre tid for de som trenger mer enn en vanlig tannkrem
- Pasienter bør børste tennene med **GUM® Paroex® 0,06% tannkrem** morgen og kveld, akkurat som med en vanlig tannkrem

For pasienter som trenger mer enn en vanlig tannkrem!



For å få tilsendt vareprøver på GUM® Paroex Tannkrem kontakta: sigurd.drangsholt@se.sunstar.com



Ny regjering, ny (?) tannhelsepolitikk og NTFs representantskap

Norge har fått en ny regjering. Arbeiderpartiet og Senterpartiet er blitt enige om hvordan de skal styre landet. Oral helse har fått et eget avsnitt i den nye regjeringsplattformen – *Hurdalsplattformen* – som ble lagt frem 13. oktober:

«Regjeringen ønsker en gradvis utvidelse av den offentlige tannhelsetjenesten med mål om å likestille den med andre helsetjenester.

Regjeringen vil: Styrke det forebyggende arbeidet for god tannhelse; Sikre på en bedre måte at de som har rett til gratis offentlig tannhelse, får et riktig og godt tilbud; Styrke støtteordningene til de med dårligst råd og de med sykdommer som gir dårlig tannhelse, og gjennomgå refusjonsordningene på tannhelsefeltet; Innføre gratis tannhelsebehandling til personer i alderen 19 til 21 år og innføre halv pris på tannhelsebehandling for personer i alderen 22 til 25 år.»

NTF er skuffet over at regjeringen ikke er tydelig på at den vil sette i gang en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten. En endring og en styrking av tannhelsetjenesten må baseres på kunnskap, og i dag vet vi faktisk ikke nok hverken om tjenesten eller om den orale helsen i landet. Vi må analysere og vurdere de faglige, organisatoriske, administrative og økonomiske elementene som tannhelsetjenesten består av, se på erfaringene fra sammenlignbare (nordiske) land, og dermed faktisk følge opp de vedtak som Stortinget tidligere har gjort på området. Vi kan ikke forsvare å bruke penger på en reform som ikke er godt gjennomarbeidet og står på et solid faglig fundament. Målet må være å utjevne sosial ulikhet i oral helse og sikre at hele befolkningen får tilgang til nødvendig tannbehandling.

Regjeringen er en mindretallsregjering, og den må derfor samarbeide med andre partier i Stortinget for å få flertall for sin politikk. NTF vil selvsagt søke å ha god dialog med regjeringspartiene, men også med de andre partiene på Stortinget. Spesielt Rødt og SV har pekt på oral helse som et meget viktig satsingsområde.

Flere av partiene på venstresiden snakker om en tannhelsereform. På nåværende tidspunkt er det imidlertid ganske uklart hva partiene legger i dette begrepet. De færreste har et klart og realistisk budskap som forklarer hva de egentlig mener og, ikke minst, hvordan dette skal gjennomføres. Fra NTFs side vil vi imidlertid være helt klare på hva vi mener det er behov for og hva



Foto: Kristin Aknes

NTF er skuffet over at regjeringen ikke er tydelig på at den vil sette i gang en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten.

vi forventer. Vi har en nesten helt ny helse- og omsorgskomiteé å bli kjent med – og som skal bli kjent med oss og med tannhelsetjenesten. Det blir mye jobbe med også i denne stortingsperioden, frem mot 2025.

I år skal NTF igjen gjennomføre et representantskapsmøte. Representantskapet er foreningens høyeste myndighet som møtes hvert annet år. Flere saker av stor betydning står på agendaen, og mange viktige beslutninger skal tas på årets møte. Alle sakene er å finne på NTFs nettsted.

Et nytt arbeidsprogram skal vedtas. Dette dokumentet legger rammer og er styrende for arbeidet i hele foreningen de neste to årene. Arbeidsprogrammet er selvsagt tett knyttet til budsjettet og har tre hovedområder; medlemmer, samfunnet og organisasjonen.

Jeg ser spesielt frem til diskusjonene om hovedstyrets forslag til nytt arbeidsprogram og nye policydokumenter. Hovedstyret legger frem forslag til to nye policydokumenter: *Fremtidens tannhelsetjeneste* og *Nødvendig helsehjelp og kosmetisk behandling for pasienter innen odontologi*.

Hovedstyret bruker foreningens policydokumenter aktivt. Vi støtter oss på dem i det politiske arbeidet. Det er derfor behov for at disse dokumentene blir oppdatert jevnlig og at nye kommer til, i tråd med endringer i samfunnet generelt og i tannhelsetjenesten spesielt. Hovedstyret mener at disse to dokumentene vil gi gode rammer for det videre arbeidet. Ikke minst mener vi det er viktig at foreningen signaliserer et klart standpunkt også når det kommer til kosmetisk behandling.

Avslutningsvis er det duket for noe av det aller mest spennende – nemlig valg til alle de sentrale vervene. NTF er en organisasjon med et representativt demokrati. Det innebærer at medlemmene velger sine representanter. Representantene velger så dem som skal lede foreningens ulike organer i den påfølgende toårsperioden. Det er altså dere, medlemmene, som til syvende og sist bestemmer både hva vi skal gjøre og hvem som skal gjøre det. Til alle dere som stiller til valg – lykke til!

Hovedstyret har sagt sitt. Nå er det opp til alle dere medlemmer å ta del i beslutningsprosessen og i den videre utviklingen av foreningen vår. Jeg ser frem til konstruktive diskusjoner og gode vedtak. Godt representantskap!

Camilla Hansen Steinum
President

HOVEDBUDSKAP

- I tidsrommet 2011 til 2018 ble 166 pasienter henvist for å ta spyttkjertelbiopsi ved Det odontologiske fakultet i Oslo.
- Blant disse kunne 64 (39 %) klassifiseres som å ha primært Sjögrens syndrom (pSS), og av dem hadde 39 (61%) positiv spyttkjertelbiopsi.
- De øvrige pasientene (61 %) oppfylte ikke eksisterende kriterier for pSS og ble klassifisert som non-SS. Selv om non-SS gruppen ikke oppfyller kriterier for pSS, har pasientene likevel stor symptombyrde.
- Både pasienter med pSS og non-SS har uttalte plager med tørr munn og tørre øyne, og derfor stort behov for regelmessig oppfølging hos tannhelsepersonell og oftalmolog.

FORFATTERE

Tea Samuelsen, tannlege. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo

Lara A. Aqrawi, post-doktor. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo

Kathrine Skarstein, professor. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssykehus

Janicke L. Jensen, professor. Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Janicke Liaaen Jensen,
E-post: jjensen@odont.uio.no

Akseptert for publisering 08.08.2021

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Samuelsen T, Aqrawi LA, Skarstein K, Jensen JL. Evaluering av spyttkjertelbiopsier ved utredning av Sjögrens syndrom. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 988-94.

Evaluering av spyttkjertelbiopsier ved utredning av Sjögrens syndrom

Tea Samuelsen, Lara A. Aqrawi, Kathrine Skarstein,
Janicke L. Jensen

I perioden juni 2011 til desember 2018 ble det henvist 166 pasienter med symptomer på tørr munn og tørre øyne til Det odontologiske fakultet i Oslo for spyttkjertelbiopsi i forbindelse med utredning av primært Sjögrens syndrom (pSS). Formålet med studien var å undersøke forekomsten av positive spyttkjertelbiopsier hos denne pasientgruppen og samtidig se på aldersfordelingen i utvalget. Kun 7 % av pasientene var menn. Flest kvinner ble henvist i aldersgruppen 50–59 år og totalt var det flest positive biopsier i denne gruppen. Forekomsten av pSS var 39 % i gruppen som helhet. Blant pSS pasientene, hadde 61 % positiv spyttkjertel biopsi. Det var langt flere pasienter som hadde positiv spyttkjertelbiopsi blant dem som hadde fått påvist anti-SSA autoantistoffer i serum (55 %) sammenliknet med de seronegative der kun 8 % hadde positiv spyttkjertelbiopsi. Funn i spyttkjertelvevet kan gi indikasjoner om hvordan pasienten bør følges opp. Spyttkjertelbiopsien vil fremdeles være et viktig verktøy i utredning av pSS i påvente av bedre helst ikke-invasive tester.

Primært Sjögrens syndrom (pSS) er en autoimmun sykdom hvor infiltrasjon av kroniske betennesceller fører til ødeleggelse av eksokrine kjertler, hovedsakelig spyttkjertler og tårekjertler (1, 2). Dette medfører tørrhetssymptomer fra munn og øyne (sicca symptomer) (3). I likhet med flere andre autoimmune sykdommer er årsaken til pSS ukjent, men det ansees at genetikk og hormonell påvirkning samt ytre miljøfaktorer er av betydning (4).

Det finnes foreløpig ingen kurativ behandling av pSS. Behandlingen av de orale symptomene har derfor fokus på å forebygge skadevirkninger og lindre symptom (3). Munntørrhet er assosiert med karies og andre orale infeksjoner. Pasienter med tørr munn kan ha vanskeligheter med artikulasjon, å tygge og svelge mat, i tillegg til smaksforstyrrelser og utfordringer ved bruk av proteser (5). Pasientene rapporterer redusert livskvalitet knyttet til problemer med å spise og snakke (6).

American European Consensus Group (AECG) definerte i 2002 klassifikasjonskriteriene (7) for gruppeinndelingen av pasienter med pSS til bruk i forskning. De består av seks kriterier hvorav to dekker subjektive tegn på tørrhet i munn og øyne, og fire omfatter objektive mål på: 1) nedsatt sekresjon av spytt 2) nedsatt sekresjon av tårer 3) autoantistoff i serum (anti-Ro/SSA (Ro60 og Ro52) og anti-La/SSB (La48)) og 4) histopatologisk evaluering av små spyttkjertler fra underleppen. Det kreves at enten tre objektive kriterier er oppfylt, eller minst fire av seks kriterier hvorav enten serologi eller biopsi må være positiv for at pasienten skal kunne klassifiseres som pSS. Klassifikasjonskriteriene for inkludering i forskning benyttes ofte også innen diagnostikk da det ikke finnes noen gode diagnostiske kriterier. I det følgende omtales derfor tilstrekkelige oppfylte kriterier som at pasienten fikk diagnosen. Vi har benyttet AECG-kriteriene i vår studie, både fordi de var gjeldende da studien startet, og fordi de fortsatt brukes og dermed underletter sammenligning av studier. American college of rheumatology og European league against rheumatism (ACR/EULAR) kriteriene ble presentert i 2016 (8). ACR/EULAR) kriteriene er ganske like AECG-kriteriene, men inkluderer ikke subjektive symptomer for verken munn eller øyne. Det benyttes «ocular staining», i tillegg til Schirmers test. Ocular staining er en test som avdekker skade på øyets overflate og som utføres av øyeleger. Testen er foreløpig ikke tatt i bruk ved diagnostisk utredning for Sjögrens syndrom i Norge. Ettersom ingen av pasientene i vårt materiale har fått utført denne testen, har vi ikke benyttet disse kriteriene.

De fleste pasienter som plages av munntørrhet og tørre øyne, oppfyller ikke kriteriene for å klassifiseres som pSS, og kalles non-SS. Non-SS pasienter angir like uttalte subjektive plager med munntørrhet og tørre øyne, og har ofte nedsatt tåre- og salivasekresjon (5). Histopatologiske undersøkelser viser at få pasienter i non-SS

gruppen har normalt spyttkjertellev. I vevet sees både kronisk betennelse, atrofi av spyttkjertelendestykker samt fettinfiltrasjon (9). Vi har tidligere vist at disse pasientene hadde mer uttalte symptomer på tørrhet fra munn og øyne enn pasienter med pSS til tross for mindre uttalte objektive funn (5). Det kan være en ekstra byrde for disse pasientene at de ikke får noen diagnose etter en såpass omfattende utredning. Per i dag er det stort behov for en «gullstandard» for diagnostikk og klassifisering av pSS. Spyttkjertelbiopsi fra underleppen er det nærmeste man kommer (7, 10).

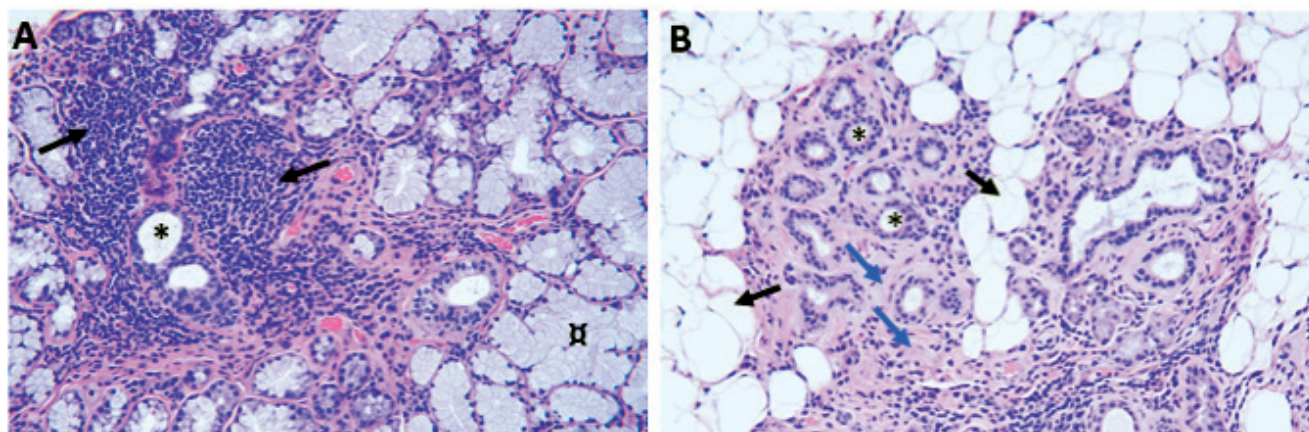
Fokale lymfocytære infiltrater i spyttkjertlene er karakteristiske histopatologiske kjennetegn ved pSS. Studier viser at hos 20–25 % av pasientene dannes det ektopiske germinalsentre (GC) i de affiserte spyttkjertlene, liknende det man ser i sekundært lymfatisk vev (11–13). Funn av GC sees oftere hos pasienter med høy FS og høyt autoantistofftiter (SSA og SSB) (14). Ved påvist GC har pSS pasienter 6 ganger økt risiko for å utvikle lymfom (13). Funn av GC i spyttkjertelbiopsi hos pSS pasienter kan derfor være en indikator for senere malignitetsutvikling (12).

Betydningen av spyttkjertelbiopsi kan være undervurdert med tanke på sykdoms- og eventuell lymfomutvikling. Pasienter under utredning for pSS har gjennom mange år blitt henvist for å ta spyttkjertelbiopsi ved Avdeling for oral kirurgi og oral medisin, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Noen av disse oppfylte ved henvisningstidspunkt tilstrekkelig antall av AECG kriteriene til å klassifiseres som pSS, mens andre var avhengige av en positiv spyttkjertelbiopsi for å få diagnosen. Formålet med studien var å undersøke forekomsten av positive spyttkjertelbiopsier ved utredning av pSS, og samtidig se på aldersfordelingen i utvalget. En gjennomgang av vårt materiale belyser hensikten ved å ta biopsi også ved etablert diagnose der pasienten hadde fått påvist autoantistoff og for øvrig oppfylte tilstrekkelig antall kriterier for klassifisering som pSS også uten eventuell positiv spyttkjertelbiopsi.

Pasienter og metode

Studiepopulasjon

Pasienter henvist til Avdeling for oral kirurgi og oral medisin for å ta biopsi av spyttkjertler i underleppen som ledd i utredning av pSS i perioden 2011–2018 ble inkludert i studien. Pasientene var i hovedsak henvist fra revmatologer. Resultat fra kliniske undersøkelser (sialometri, Schirmers test og serologi) forelå fra henviser da pasienten møtte til preoperativ undersøkelse. For et fåtall av pasientene var sialometri nødvendig da resultat av dette ikke forelå fra henviser. Alle pasientene samtykket skriftlig til at data kunne brukes videre i forskning. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, region sør-øst (REK 2010/1292).



Figur 1. Histologiske vevssnitt fra spyttkjertelbiopsier tatt fra personer med mistanke om Sjögrens syndrom. A) Her sees to fokale infiltrater rundt utførselsganger (*) og med nærliggende normale acinære endestykker (x). Hos denne pasienten ble FS=1, og dermed ble funn forenlige med pSS. B) I denne spyttkjertelen sees betydelig med fettinfiltrasjon (svarte piler) og tap av spyttkjertelendestykker (blå piler) med gjenværende utførselsganger (*). Fettvevet erstatter store deler av kjertelvevet, noe som gjør diagnostikken utfordrende ettersom representativt spyttkjertelvev reduseres. Hos denne pasienten ble FS< 1, og funn ble ikke tilstrekkelig for positiv spyttkjertelbiopsi med tanke på pSS.

Kliniske undersøkelser

Spyttsekresjonen ble vurdert ved standardisert prøve av ustimulert halsaliva (UWS) i 15 minutter. Grensen for patologisk sekresjon av hvilesaliva er $\leq 1,5$ ml per 15 minutter. Tåresekresjon ble vurdert gjennom en Schirmers test (Sch). En papirstrips legges inn under nedre øyelokk og etter fem minutter registreres fukting av stripsen i millimeter. Tåresekresjonen ansees patologisk om ≤ 5 mm per 5 minutter. Blodprøver inkluderte påvisning av SSA autoantistoff (positiv serologi, SSA+). Autoantistoff mot SSB ble ikke målt, men opptrer ofte sammen med funn av SSA.

Biopsi

Biopsi ble utført av én oralkirurg (JLJ), og ble tatt fra innsiden av pasientenes underleppe. Det ble lagt ett horisontalt overfladisk snitt på 10–15 mm i slimhinnen midtveis mellom overgangsfold og lepperødt litt til siden for midtlinjen. Mellom 5–10 spyttkjertler ble stumpt fridissekert og sendt i transportmedium (formalin) for histopatologisk undersøkelse ved Avdeling for Patologi, Haukeland universitetssykehus, Bergen. Dette er et vedvarende samarbeid mellom JLJ og KS.

Histopatologisk undersøkelse

Histopatologisk analyse av biopsiene ble utført av én oralpatolog (KS) for å gradere fokus score (FS). Et fokus defineres som en avgrenset tett ansamling av minst 50 lymfocytter som infiltrerer spyttkjertelvevet (figur 1A). FS defineres som antall foci per 4 mm² kjertelvev. Biopsien anses som positiv ved FS ≥ 1 . Ved evaluering av FS inkluderes ikke fettvev i måling av totalt kjertelareal. I

enkelte biopsier kan forholdsvis store områder av kjertelvevet være erstattet av fettvev slik Figur 1B viser. Utstrakte funn av atrofiske spyttkjertelendestykker, fibrose og fettinfiltrasjon ble rapportert. I dette materialet ble det også vektlagt påvisning av GC i spyttkjertelvevet.

Dataanalyse og presentasjon

Subjektive og objektive opplysninger relatert til munn- og øyetørhet og spytt- og tåresekresjon, FS, tilstedeværelse av GC og serologiske verdier ble ført inn i en søkbar tabell i Excel (versjon 16.24). Deskriptiv statistikk ble benyttet for analyse og beskrivelse av data.

Pasientene ble delt inn i undergrupper avhengig av hvilke objektive kriterier de oppfylte:

Gruppe 1: positivt autoantistoff (SSA+), positiv biopsi (FS+)

Gruppe 2: negativt autoantistoff (SSA-), positiv biopsi (FS+)

Gruppe 3: positivt autoantistoff (SSA+), negativ biopsi (FS-)

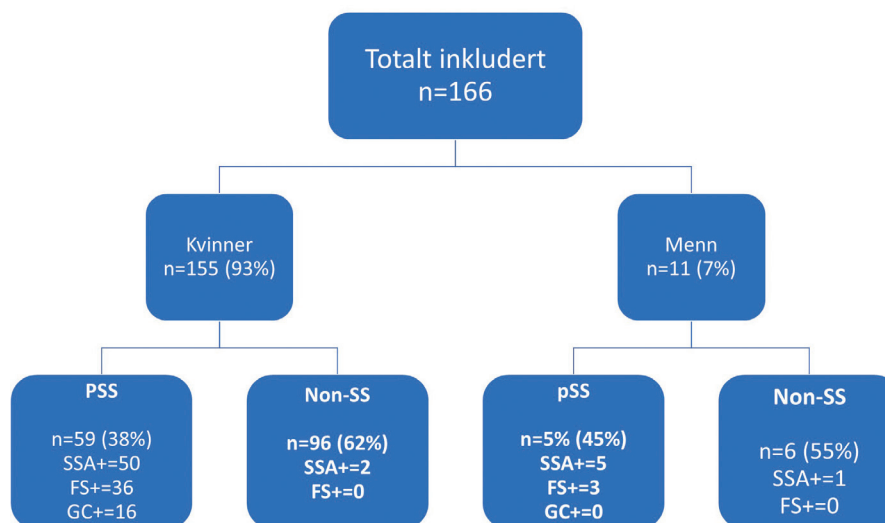
Gruppe 4: negativt autoantistoff (SSA-), negativ biopsi (FS-)

Gruppene 1–3 klassifiseres som pasienter med pSS, mens gruppe 4 utgjør non-SS gruppen. Det er ett krav at gruppene 1–3 har enten 3 objektive tegn, eller totalt 4 eller flere tegn inklusive positiv biopsi og/eller positive autoantistoff.

Resultater

Utvalgets fordeling

Til sammen 166 individer ble inkludert i undersøkelsen (figur 2), og alle fikk utført spyttkjertelbiopsi, 155 kvinner (93 %) og 11 menn (7 %). Kvinnene var fra 23 til 84 år, med gjennomsnittlig alder 53,3 år. Mennene var fra 28 til 80 år, med gjennomsnittsalder 46,5 år.



Figur 2. Utvalgets (n=166) kjønnsfordeling, og videre fordeling som pasient med primært Sjögrens syndrom (pSS) eller non-SS. Antall pasienter med positiv serologi (SSA+), og antall med positivt fokus score (FS+) samt påvisning av germinalsentre (GC+) i biopsien er oppgitt for hver undergruppe.

Pasientundergrupper: biopsi, serologi og germinalsenterdannelse

Pasientene ble delt inn i undergrupper 1–4 avhengig av hvilke objektive kriterier de oppfylte. Av de 166 biopsiene som inngikk i undersøkelsen var 39 positive (30 i gruppe 1 og 9 i gruppe 2).

Gruppe 1 omfattet 30 pasienter med positiv biopsi og positiv serologi. De utgjorde 46,8 % av alle pSS pasientene. Kvinnene utgjorde 90 % av denne gruppen. FS varierte mellom 1 og 12.

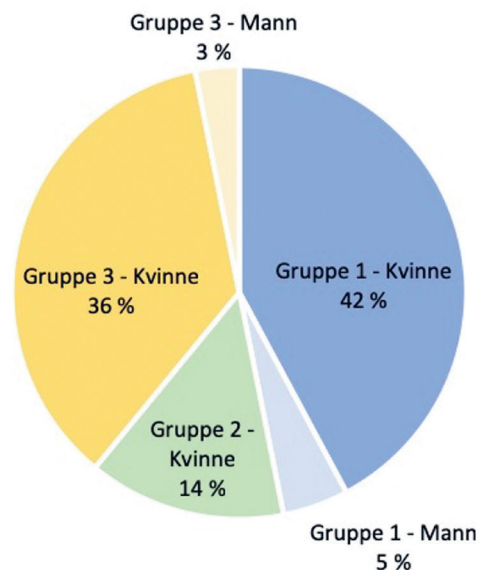
Gruppe 2 omfattet 9 kvinner med positiv biopsi og negativ serologi. De utgjorde 14,1 % av alle pSS pasientene. Ingen menn i utvalget hadde positiv biopsi uten samtidig positiv serologi. FS varierte mellom 1 og 2.

Gruppe 3 inkluderte 25 pasienter med positiv serologi, men med negativ biopsi. I denne gruppen var 92 % kvinner. Gruppen representerte 39,1 % av pSS pasientene.

Gruppe 4 var de resterende n=102 pasientene. Disse kunne ikke klassifiseres som pSS ettersom de ikke oppfylte tilstrekkelig antall kriterier. Denne non-SS gruppen utgjorde 61,4 % av utvalget, og bestod av 94,1 % kvinner.

Totalt kunne GC påvises hos 25 % av pSS-pasientene i dette utvalget; 43 % av pasientene i gruppe 1 var GC+ og 33 % av pasientene i gruppe 2 var GC+, samtlige 16 var kvinner. For de GC+ i gruppe 1 varierte FS mellom 1 og 12, med ett gjennomsnitt på 5,2. I gruppe 2 hadde alle de 3 GC+ pasientene FS=2. I GC+ biopsier samlet sett (uavhengig av om de var seropositive eller ikke) var gjennomsnittsverdi for FS 4,6, og enda noe høyere (FS=5,2) hos dem som også var seropositive (gruppe 1). Til sammenlikning var i gjennomsnitt FS=1,4 hos de seropositive pSS pasienter uten funn av GC.

Fordeling av pSS i undergrupper

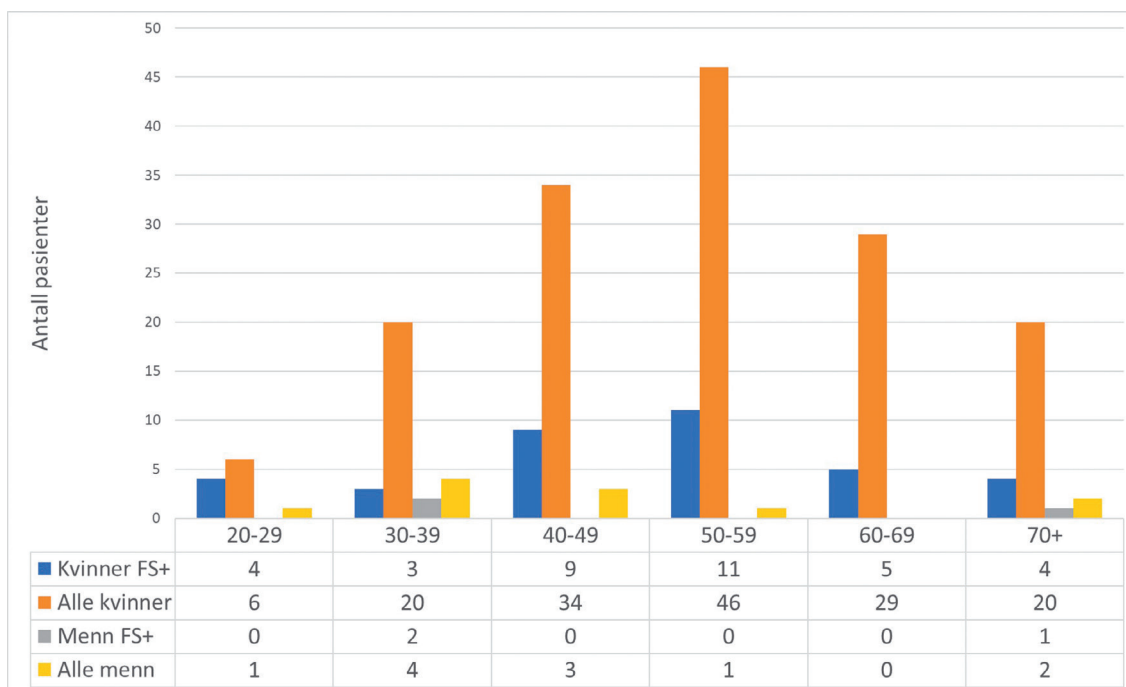


Figur 3. Prosentvis fordeling av pasienter med primært Sjögrens syndrom (pSS) i undergruppene 1-3. Andelen menn angitt i lysere valør.

En illustrasjon av prosentvis fordeling innen pSS gruppene (gruppe 1–3) er presentert i figur 3.

Aldersspredningen i materialet

Flesteparten av de henviste pasientene var kvinner i aldersgruppen 50–59 år. For menn var det flest pasienter i gruppen 30–39 år (figur



Figur 4. Aldersfordeling. De oransje søylene viser aldersfordeling over alle henviste kvinner, mens de blå søylene viser aldersfordelingen av kvinner med positivt fokus score (FS+) i spyttkjertelbiopsi. Tilsvarende verdier for menn er angitt med gul søyle for alle henviste menn, og grå søyle for menn med positivt fokus score.

4). Det bemerkes at det var få menn i utvalget, og de var i hovedsak yngre enn kvinnene. I gruppen pSS pasienter var kvinnene i alder fra 23 til 84 år, med gjennomsnittlig alder 52,3 år. Menn med pSS var fra 30 til 80 år, og hadde gjennomsnittlig alder 48,2 år. Relativt sett var det flest kvinner i alderen 20–29 år som hadde positiv biopsi (67 %), mens det i de andre aldersgruppene var 15–26 % med positiv biopsi. Blant mennene var det bare tre pasienter med positiv biopsi; to i alderen 30–39 år og en i alderen 70+ år.

Diskusjon

Studien beskriver biopsifunn hos pasienter henvist for utredning av pSS ved Det odontologiske fakultetet, Universitetet i Oslo. Pasientenes alder og kjønn ble også vurdert.

Av de 166 henviste pasientene hadde 39 pasienter positiv biopsi, det vil si fokus score ≥ 1 . Blant disse ville 14 pasienter ikke blitt klassifisert som pSS uten spyttkjertelbiopsi. Det var langt flere seropositive (SSA+) enn seronegative (SSA-) pasienter som også hadde positiv biopsi. Flesteparten av de henviste pasientene hadde en negativ biopsi og endte opp i gruppen non-SS. Likevel må det understrekes at non-SS gruppen har uttalte plager med tørrhet og nedsatt generell og oral helse relatert livskvalitet og bør i større grad hjelpes av helsevesenet (15).

I vårt materiale ble det funnet 16 GC+ blant de totalt 39 pSS pasientene med positiv biopsi. Dette (41 %) er en god del høyere forekomst enn det litteraturen viser, blant annet fra en pSS cohort i Bergen der GC ble påvist hos 20–25 % av pSS pasienter (11, 14, 16, 17). Forskjellen kan forklares ved at pasientmaterialet vårt er forholdsvis lite og kan representere tilfeldig økt forekomst av GC. Et interessant funn var at 8 GC+ biopsier ble registrert blant de 19 seropositive pasientene som allerede hadde en pSS diagnose før biopsi. Dette understreker betydningen av biopsi også hos seropositive pasienter. Ettersom tilstedeværelse av GC har blitt forbundet med økt risiko for utvikling av lymfom, er dette noe som bør tas med ved vurdering av pasientens prognose og oppfølging. Litteraturen beskriver at sykdomsprofilen er annerledes hos pasienter med GC-liknende strukturer sammenliknet med pSS pasienter uten GC (11–14). Ifølge studier er tilstedeværelse av GC assosiert med høyere FS, økt mengde autoantistoff (12), proinflammatoriske cytokiner i serum og klinisk mer alvorlig sykdom (14). I vårt materiale fant vi generelt høyere FS i GC+ biopsier sammenliknet med GC- biopsier, noe som tilsvarer funn fra andre studier (14). Med mindre det foreligger mistanke om malignitet er det ikke vanlig å gjenta biopsi, og det er også etisk sett vanskelig å anbefale det. I vårt materiale anbefalte patolog ved ett tilfelle tett oppfølging samt ny biopsi etter 2 år på grunn av høy FS og GC+.

Det er få menn i utvalget, noe som samsvarer med at 9 av 10 pasienter med pSS er kvinner. Mennene i vårt materiale fikk diagnosen i noe yngre alder enn kvinnene. Studier viser at menn oftere er seropositive og har et mer alvorlig sykdomsforløp enn kvinner. Interstitiell lungesykdom og lymfom er eksempler på manifestasjoner som oftere ble sett hos menn over tid i en studiepopulasjon på nærmere 1000 (18). Den største gruppen av kvinner i vårt materiale ble henvisst i aldersgruppen 50–59 år. Absolutt sett hadde flere positiv biopsi i gruppen 50–59 år, mens relativt sett var det flest i gruppen 20–29 år. Dette stemmer ifølge litteraturen som beskriver at sykdommen oftest rammer postmenopausale kvinner.

De seronegative kvinnelige pasientene i utvalget fikk diagnosen cirka 5 år senere enn pasientene med positiv biopsi. Det er generelt en stor aldersspredning i utvalget. Høy alder kan gi naturlige degenerative forandringer i spyttkjertlene som atrofi og fettinfiltrasjon. Det har i studien ikke vært mulig å skille naturlige aldersforandringer og manifestasjoner av den autoimmune sykdomsprosessen. Vår forskning har vist at både fettinfiltrasjon og atrofi av spyttkjertelvelv kan være utbredt også hos yngre pSS pasienter (19).

En styrke ved denne studien er at samme operatør har utført biopsiene (JLJ), og at vevsprøvene er analysert av én oralpatolog (KS). Histopatologisk evaluering av en spyttkjertelbiopsi kan varie-

re fra patolog til patolog, og ved seleksjon av materiale til forskning er det en styrke at patologer enten er kalibrerte eller at det er samme patolog som analyserer hele materialet for å sikre konsistent evaluering. Pasientene var i hovedsak henvisst fra revmatologer i Oslo-regionen. En styrke i dette er at pasientene var relativt likt utredet, men svakheten er at gruppen ikke nødvendigvis er representativ.

Konklusjon

Utredning og oppfølging av pasienter med Sjögrens syndrom illustrerer godt nødvendigheten av nært tverrfaglig samarbeid mellom ulike spesialiteter innen medisin og odontologi. En gjennomgang av vårt materiale i Oslo viser at de fleste pSS-pasientene var seropositive og kunne ha fått pSS diagnosen uten positiv spyttkjertelbiopsi. Imidlertid, vil spyttkjertelbiopsien si noe om grad av sykdom i målorganet hos pasienter som i utgangspunktet oppfylte tilstrekkelig antall kriterier. Spyttkjertelbiopsi er derfor et viktig verktøy innen forskning, diagnostikk og oppfølging av pSS pasienter.

Bidragstyper

TS: designet studien, analyserte data, skrev manuset; LA: designet studien og skrev manuset, KS: analyserte spyttkjertelbiopsiene og skrev manuset, JLJ: designet studien, utførte biopsitaking og skrev manuset.

REFERANSER

1. Jonsson R, Bolstad AI, Brokstad KA, Brun JG. Sjogren's syndrome—a plethora of clinical and immunological phenotypes with a complex genetic background. *Ann N Y Acad Sci*. 2007; 1108:433-47.
2. Jonsson R, Vogelsang P, Volchenkov R, Espinosa A, Wahren-Herlenius M, Appel S. The complexity of Sjogren's syndrome: novel aspects on pathogenesis. *Immunol Lett*. 2011; 141(1):1-9.
3. Bolstad AI, Skarstein K. Epidemiology of Sjogren's Syndrome—from an Oral Perspective. *Curr Oral Health Rep*. 2016; 3(4): 328-36.
4. Nakamura H, Kawakami A. What is the evidence for Sjogren's syndrome being triggered by viral infection? Subplot: infections that cause clinical features of Sjogren's syndrome. *Curr Opin Rheumatol*. 2016; 28(4): 390-7.
5. Tashbayev B, Rusthen S, Young A, Herlofson BB, Hove LH, Singh PB, et al. Interdisciplinary, Comprehensive Oral and Ocular Evaluation of Patients with Primary Sjogren's Syndrome. *Sci Rep*. 2017; 7(1): 10761.
6. Gerdin EW, Einarson S, Jonsson M, Aronsson K, Johansson I. Impact of dry mouth conditions on oral health-related quality of life in older people. *Gerodontology*. 2005; 22(4): 219-26.
7. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis*. 2002; 61(6): 554-8.
8. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TM, et al. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjogren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. *Arthritis Rheumatol*. 2017; 69(1): 35-45.
9. Aqrabi LA, Galtung HK, Guerreiro EM, Ovstebo R, Thiede B, Utheim TP, et al. Proteomic and histopathological characterisation of sicca subjects and primary Sjogren's syndrome patients reveals promising tear, saliva and extracellular vesicle disease biomarkers. *Arthritis Res Ther*. 2019; 21(1): 181.
10. Fisher BA, Jonsson R, Daniels T, Bombardieri M, Brown RM, Morgan P, et al. Standardisation of labial salivary gland histopathology in clinical trials in primary Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76(7): 1161-8.
11. Haacke EA, van der Vegt B, Vissink A, Spijkervet FKL, Bootsma H, Kroese FGM. Germinal centres in diagnostic labial gland biopsies of patients with primary Sjogren's syndrome are not predictive for parotid MALT lymphoma development. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76(10): 1781-4.
12. Jonsson MV, Skarstein K, Jonsson R, Brun JG. Serological implications of germinal center-like structures in primary Sjogren's syndrome. *J Rheumatol*. 2007; 34(10): 2044-9.
13. Theander E, Vasaitis L, Baecklund E, Nordmark G, Warfvinge G, Liedholm R, et al. Lymphoid organisation in labial salivary gland biopsies is a possible predictor for the development of malignant lymphoma in primary Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2011; 70(8): 1363-8.
14. Risselada AP, Looije MF, Kruije AA, Bijlsma JW, van Roon JA. The role of ectopic germinal centers in the immunopathology of primary Sjogren's syndrome: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*. 2013; 42(4): 368-76.
15. Tashbayev B, Garen T, Palm O, Chen X, Herlofson BB, Young A, et al. Patients with non-Sjogren's sicca report poorer general and oral health-related quality of life than patients with Sjogren's syndrome: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2020; 10(1): 2063.

16. Kroese FG, Abdulahad WH, Haacke E, Bos NA, Vissink A, Bootsma H. B-cell hyperactivity in primary Sjogren's syndrome. *Expert Rev Clin Immunol.* 2014; 10(4): 483-99.
17. Salomonsson S, Jonsson MV, Skarstein K, Brokstad KA, Hjelmstrom P, Wahren-Herlenius M, et al. Cellular basis of ectopic germinal center formation and autoantibody production in the target organ of patients with Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 2003; 48(11): 3187-201.
18. Ramirez Sepúlveda JI, Kvarnström M, Eriksson P, Mandl T, Norheim KB, Johnsen SJ, et al. Long-term follow-up in primary Sjögren's syndrome reveals differences in clinical presentation between female and male patients. *Biol Sex Differ.* 2017; 8(1): 25.
19. Skarstein K, Aqrabi LA, Ojordsbakken G, Jonsson R, Jensen JL. Adipose tissue is prominent in salivary glands of Sjogren's syndrome patients and appears to influence the microenvironment in these organs. *Autoimmunity.* 2016; 49(5): 338-46.

ENGLISH SUMMARY

Samuelsen T, Aqrabi LA, Skarstein K, Jensen JL.

Evaluation of salivary gland biopsies as a part of the assessment of Sjögren's syndrome.

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 988-94.

In the period June 2011 to December 2018, 166 patients with symptoms of dry mouth and dry eyes were referred to the Faculty of Dentistry in Oslo for salivary gland biopsy as a part of the assessment of primary Sjögren's syndrome (pSS). The purpose of the study was to investigate the prevalence of positive salivary gland biopsies in this patient group and also evaluate the age distribution. Only 7% of the patients were men. The women were referred most frequently in the age group 50-59 years and most positive biopsies were found in this group. The incidence of pSS was 39%.

Among these pSS patients, 61% had a positive salivary gland biopsy. There were far more patients with a positive salivary gland biopsy among those who presented with serum anti-SSA autoantibodies (55%) compared to the seronegative patients where only 8% had a positive salivary gland biopsy. Findings in the salivary gland tissue may partly indicate how further medical attention should be arranged. The salivary gland biopsy will still be an important tool in the medical examination of pSS in anticipation of better, preferably non-invasive tests.

GSK Consumer Healthcare samarbeider med
European Synchrotron Radiation Facility



Å SETTE FOKUS PÅ ISING I TENNENE

Så mye som en tredjedel av den voksne befolkningen lider av Dentin Hypersensitivitet (DH) – men bare rundt halvparten gjør noe med denne lidelsen.¹ Dette er overraskende når du tenker på at noe så enkelt som det å velge riktig tannkrem kan bidra til å lindre smertene. Nå, takket være et banebrytende nytt forsknings-samarbeid, begynner vi å se nøyaktig hvordan – i utsøkte 3D detaljer.

Forskning har vist at det er væsken som beveger seg gjennom tannkanalene som er den primære årsaken til hypersensitivitet.^{1,2} Å blokkere tubuli og veiene gjennom dentinet kan redusere

væskestrømmen og dermed forhindre at nervene reagerer. Men inntil nå har vi ikke klart å visualisere hvilken innvirkning tannkremformuleringene har på denne type blokkering. Hos GSK Consumer Healthcare har vi et kontinuerlig mål om å stadig

forbedre Sensodyneformlene ved å se på vitenskapen bak tannfølsomhet. Dette har ført oss til European Synchrotron Radiation Facility (ESRF) i Grenoble for å teste grensene rundt hva som faktisk er mulig å forstå innen tannkremteknologi

Synkrotronen på ESRF er en maskin på størrelse med åtte fotballbaner som produserer lys som er hundre milliarder ganger lysere enn sykehusrøntgenbilder. Dette gjør det mulig for forskere å visualisere strukturen til materie ned til atomnivå.⁴ Ved hjelp av denne teknologien kan vi se dypt inne i tennene for å se hvordan tannkremformuleringer påvirker blokkeringen av tennene over tid. Vi tror at dette er banebrytende vitenskap. Dr Christabel Fowler, Innovasjonsleder, Oral helse FoU, GSK Consumer Healthcare, forklarer hvorfor:

“Vi streber alltid etter å forbedre formuleringene våre, ved å bruke den aller beste vitenskapen for å gi beskyttelse og lindring til mennesker som lider av ising. Hvis vi kan visualisere bedre hvordan tannkremene våre fungerer, er det lettere for tannleger å forstå vitenskapen bak dem – og hjelpe pasientene velge en tannkrem som lindrer ising i tennene.”

Vi har jobbet med Sensodyne Repair and Protect i omtrent et tiår nå, og ønsket å visualisere virkemåten til en ny, ombygd formulering som vi har utviklet i fire år: Sensodyne Repair and Protect Deep

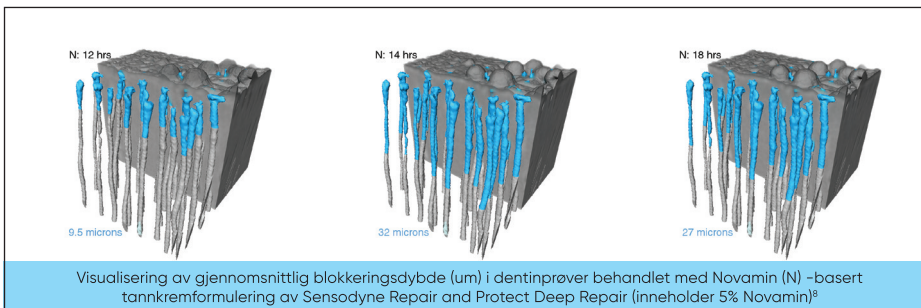
Repair, som gir klinisk dokumentert lindring – og langvarig beskyttelse mot ising i tennene.^{5,6,7} Men vi ønsket også å gå enda dypere for å enda mer detaljert kunne se hvordan det fungerte. Der tradisjonelle studier ved bruk av elektronmikroskopi

bare kan analysere 30–40 tubuli av gangen, kan synkrotroner skanne tusenvis på bare få minutter. Vi kan nå se hvor langt blokkeringen har kommet, og hvor lenge den blir værende der. I tillegg er synkrotronavbildning ikke-destruktiv, og muliggjør ‘tidsforløp’-studier som skanner de samme tubuli, om og om igjen, for å vise effekten av Sensodyne Repair and Protect Deep Repair på blokkeringen på forskjellige tidspunkter.

Dr Madi, som ledet tidsforløpsstudien ved ESRF, sier:

“Det vil komme mye mer, men denne spennende teknikken vil åpne nye dører for å optimalisere tannkrem og designe skreddersydde formuleringer.”

**Stor vitenskap, for de små, spesielle øyeblikkene.
Fordi livet er for kort for ising i tennene.**



SENSODYNE

HOVEDBUDSKAP

- Til tross for rettigheter gjennom Folketrygdloven rapporterer tidligere hode-halskreftpasienter om økonomiske barrierer for å motta tannhelsehjelp.
- Folketrygdens honorartakster for tannbehandling har ikke fulgt den generelle prisutviklingen i Norge. Dette kan bidra til økte økonomiske utlegg til å ivareta munnhelsen hos personer som er behandlet for hode-halskreft, og ander som har rettigheter gjennom Folketrygdloven.
- Hode-halskreftpasienter trenger informasjon om økonomiske støtteordninger for tannbehandling gjennom ulike kanaler, ikke bare fra tannhelsepersonell.

FORFATTER

Elin Hadler-Olsen, forskningsleder ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, Tromsø, og professor ved Institutt for medisinsk biologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Korresponderende forfatter: Elin Hadler-Olsen, Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, postboks 2406, 9271 Tromsø. E-post: elin.hadlerolsen@tffk.no

Akseptert for publisering 11.07.2021.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Hadler-Olsen E. Erfaringer med økonomiske støtteordninger for tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 996-1003.

Norsk MeSH: Tannbehandling; Svulster i hode og hals; Økonomi; Finansiell støtte; Folketrygd

Erfaringer med økonomiske støtteordninger for tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft

Elin Hadler-Olsen

Medlemmer i Munn- og halskreftforeningen mottok et spørreskjema for å kartlegge erfaringer med økonomiske refusjonsordninger for tannbehandling og kostnader til tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft i Norge. I tillegg kartla vi utviklingen i Folketrygdens honorartakster for tannbehandling i perioden 2015-2020, og sammenlignet honorartakstene for 2021 med takstene for voksenbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark. Av de 216 som besvarte spørreskjemaet rapporterte halvparten kostnader til tannbehandling etter kreftdiagnose, og en fjerdedel hadde hatt utlegg på 10 000 kroner eller mer. De med moderat og dårlig tannhelse rapporterte betydelig høyere kostnader enn de med god tannhelse. Andelen som oppga at de hadde fått god hjelp av tannlege til å få den økonomiske støtten de hadde krav på var høyest blant dem med store utgifter. Funnene indikerer at honorartakstene til Folketrygden ikke gjenspeiler prisene for tannbehandling av voksne i Norge. Mens konsumprisindeksen økte med 14 % mellom januar 2015 og desember 2020, økte Folketrygdens honorartakster for tannbehandling i gjennomsnitt med 5-6 %, og takstene for 2021 lå gjennomsnittlig nesten 40 % under takstene for voksenbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark. Tross rettigheter gjennom folketrygdloven kan derfor hode-halskreftpasienter oppleve økonomiske barrierer for å motta nødvendig tannhelsehjelp.

Hvert år diagnostiseres mellom 700 og 800 personer med hode-halskreft i Norge. De vanligste lokalisasjonene er munnhule og svelg, der insidensen har økt de siste tiårene (1). De fleste som diagnostiseres med hode-halskreft er mellom 60 og 70 år, men sykdommen kan ramme voksne i alle aldre. Samtidig som flere blir diagnostisert med sykdommen, har prognosen for å overleve blitt bedre, og tall fra Kreftregisteret viser at det nå lever mer enn 8000 mennesker i Norge som har hatt kreft i hode-halsregionen (1).

Avhengig av lokalisasjon og utbredelse av svulsten, er standard behandling for hode-halskreft kirurgisk fjerning av svulst, stråling eller kjemoterapi, ofte i kombinasjoner (2). Dette er behandlinger som kan gi store bivirkninger og skader under og rett etter behandling, men også permanent. Eksempelvis gir kirurgi operasjonsdefekter og arrvev, mens stråling kan gi tynne, såre slimhinner, oksygenfattig kjevebein og permanent destruksjon av spyttkjertler med påfølgende munntørrehet (3, 4). I forkant av kreftbehandling får mange pasienter en omfattende tannsanering der tenner med tvilsom langtidsprognose ofte blir trukket (2). Dette medfører at personer som er behandlet for hode-halskreft kan ha store utfordringer knyttet oral helse og orale funksjoner, som økt fare for karies og periodontitt, problemer med å snakke, vansker med å åpne munnen, rengjøre tenner, tygge og svelge, og av og til endret utseende i en særlig eksponert del av kroppen (2). Mange tidligere hode-halskreftpasienter har derfor et stort behov for rehabilitering og oppfølging av munnhelsen livet ut.

For å sikre at helsetjenester er tilgjengelige for alle, betaler voksne i Norge en relativt liten egenandel for de fleste behandlinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er et øvre tak for akkumulerte egenandeler i løpet av et år, hvorpå man får frikort (5). Munnhelse er en viktig del av den generelle, somatiske helsen, likevel er ivaretagelse av munnhelse for voksne i Norge i liten grad finansiert av det offentlige. Kostnadene for rehabilitering og oppfølging av følgetilstander av kreft i munn, kjeve og tenner kan derfor i større grad bli belastet pasienten selv enn om de oppstår i andre deler av kroppen. For å utligne slike forskjeller, kan hode-halskreft pasienter få refundert utgifter til forebyggende tannhelsehjelp og nødvendig tannbehandling fra Folketrygden. Det må imidlertid sannsynliggjøres at kreftsykdommen og/eller behandlingen av den har ført til et økt behov for tannhelsehjelp. Folketrygden refunderer utgifter etter fastsatte honorartakster (6). Dersom den faktiske prisen for behandlingen er høyere enn disse, må pasienten betale mellomlegget selv, og slike mellomlegg inngår ikke i frikortordningen. Vi mangler kunnskap om hvorvidt dagens refusjonsordning dekker de faktiske tannhelseutgiftene til dem som er behandlet for hode-halskreft, og om de får god informasjon om og hjelp til å motta de refusjonene de kan ha krav på. Vi

vet heller ikke om økonomi blir opplevd som et hinder for å motta nødvendig tannhelsehjelp i denne pasientgruppen.

Målet med denne studien var derfor å kartlegge erfaringer med økonomiske støtteordninger hos personer som er behandlet for hode-halskreft, og i hvilken grad disse erfaringene var assosiert med sosiale og demografiske variabler, forhold rundt kreftsykdom, bruk av tannhelsetjenester og egenvurdert tannhelse. Vi ville i tillegg kartlegge endringer i honorartakstene fra Folketrygden i perioden 2015 til 2021, samt sammenligne honorartakstene fra Folketrygden i 2021 med takstene som en voksen pasient betaler for tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune, som et eksempel på en tilbyder av tannhelsetjenester til voksne der det foreligger detaljert informasjon om takster.

Materiale og metode

Spørreundersøkelse

Undersøkelsen var et samarbeid mellom Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge, UiT Norges arktiske universitet, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Munn- og halskreftforeningen. Munn- og halskreftforeningen er en interesseorganisasjon for personer som har eller har hatt kreft i munn og hals-regionen, og har i tillegg pårørendemedlemmer samt støttemedlemmer blant fagpersoner som jobber med pasientgruppen. Representanter for Munn- og halskreftforeningen bidro med innspill til problemstillinger som er viktige for pasientgruppen. Det ble utformet et spørreskjema med 44 spørsmål for å kartlegge sosiale og demografiske variabler, forhold rundt kreftdiagnose og -behandling, tannhelse, bruk av tannhelsetjenester, økonomiske refusjonsordninger og utlegg til tannbehandling. De fleste av spørsmålene har vært brukt i tidligere studier, men noen ble utformet for denne undersøkelsen da vi ikke fant validerte, dekkende spørsmål. Et lite utvalg (n=3) fra målgruppen testet spørreskjemaet for klarhet og relevans før utsending.

Spørreskjema og informasjonsskriv ble sendt per post våren 2020 til alle medlemmer i Munn og halskreftforeningen, totalt 577 personer. Undersøkelsen ble promotert på hjemmesiden til organisasjonen, og medlemmene fikk en påminnelse om å besvare via SMS. I løpet av to måneder mottok vi 343 (59 %) svar, hvorav 216 var fra medlemmer som selv hadde hatt kreft. Øvrige 127 respondenter var pårørende- eller støttemedlemmer og ikke i målgruppen for undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen var anonym og godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Nr. 79888 Tannhelse munn- og halskreftpasienter) og av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 890116). Deltakerne fikk

Tabell 1. Sosiale, demografiske og kreftrelaterte karakteristika av studiedeltakere

	n (%)
Kjønn	
Kvinner	90 (41,7)
Menn	126 (58,3)
Aldergruppe (år)	
<60	38 (17,6)
60-69	82 (38,0)
≥70	96 (44,4)
Høyeste utdanning	
Grunnskole/videregående skole	126 (58,3)
Høyskole/universitet	90 (41,7)
Størrelse på hjemsted	
< 200 innbyggere	20 (9,3)
200-5000 innbyggere	54 (25,2)
>5000 innbyggere	140 (65,4)
Kreftdiagnose første gang	
Før 2010	87 (40,3)
2010-2014	68 (31,5)
2015-2020	61 (28,2)
Kreftlokalisasjon	
Munnhule	60 (27,8)
Svelg	98 (45,4)
Strupe	52 (24,1)
Annet	6 (2,8)
Kreftbehandling	
Kun kirurgi	17 (7,9)
Kun stråling	22 (10,2)
Kirurgi og stråling ±kjemoterapi	176 (81,9)
Egenvurdert tannhelse	
God	91 (42,3)
Middels	65 (30,2)
Dårlig	59 (27,4)
Oppsøker tannhelsetjenester	
Oftere enn årlig	157 (70,7)
Årlig	40 (18,6)
Annenhvert år	6 (2,8)
Sjeldnere enn annenhvert år	17 (7,9)
Kostnader til tannbehandling etter kreftbehandling i kroner	
Ingen kostnader	108 (50,2)
Har hatt kostnader men husker ikke beløp	18 (8,4)
< 10 000	32 (14,9)
≥10 000 < 50000	40 (18,6)
≥50 000	17 (7,9)
Avstått fra tannbehandling på grunn av kostnader	
Nei	198 (92,1)
Ja	17 (7,9)

skriftlig informasjon om undersøkelsen sammen med spørreskjema, og samtykket i å delta ved å besvare og sende det inn.

Variabler

Tabell 1 viser variablene som er brukt i denne studien. Før analyser re-klassifiserte vi noen av variablene. Deltakerne oppga alder i ti-år, som ble delt inn i tre kategorier: 1) yngre enn 60 år, 2) 60–69 år og 3) 70 år eller eldre. Høyest fullførte utdanning delte vi i to kategorier: 1) grunnskole eller videregående skole, og 2) universitets- eller høyskolegrad. Tidspunkt for kreftdiagnose første gang ble inndelt i tre: 1) før 2010, 2) mellom 2010 og 2014, og 3) mellom 2015 og 2020. Lokalisasjon av kreftsvulst ble kategorisert som 1) munnhule (inkludert spyttkjertler og bihuler), 2) svelg (munnsvelg og nesavelg), 3) strupe (inkludert hypofarynks), og 4) annet (ofte ukjent lokalisasjon av primærsvulst). Vi kodet svulster som omfattet både munnhule og svelg som munnhule, og svulster som omfattet både svelg og strupe/stemmebånd som svelg. Type kreftbehandling delte vi i tre kategorier: 1) bare kirurgi, 2) bare stråling og 3) kirurgi og stråling med eller uten kjemoterapi. Deltakerne vurderte sin egen tannhelse på en skala fra 1-5, der 1 tilsvarer svært dårlig og 5 svært god. Vi delte svarene i tre kategorier: 1) dårlig (alternativ 1 og 2), moderat (alternativ 3) og god (alternativ 4 og 5). Bruk av tannhelsetjenester (frekvens) ble inndelt i 4: 1) oftere enn årlig, 2) årlig, 3) hvert andre år og 4) sjeldnere enn hvert andre år (inkludert sjeldnere enn hvert 2. år, kun for akutte problemer og aldri). Deltakere ble spurt om de hadde hatt økonomiske utlegg til tannbehandling etter kreftdiagnose, og de som svarte bekræftende ble bedt om å estimere størrelsen på utlegg. Kostnadene i kroner delt vi i fem kategorier: 1) ingen kostnader, 2) kostnader, men husker ikke beløp, 3) kostnader < 10 000, 4) kostnader ≥10 000 <50 000 og 5) kostnader ≥50 000. Deltakerne ble også bedt om å angi om de hadde unnlatt å få tannbehandling på grunn av økonomiske forhold de siste to årene, med ja/nei som svaralternativ. Spørreskjema inneholdt videre tre påstander om økonomiske refusjonsordninger der deltakerne skulle angi grad av enighet fra svært enig til helt uenig, med mulighet til å angi at de ikke visste (tabell 2). Før krysstabellanalyser reklassifiserte vi svarene til to kategorier: 1) enig (svært enig og ganske enig) og uenig (ganske uenig og helt uenig). Respondenter som hadde svart «vet ikke» ble ekskludert fra krysstabellanalysene.

Takster for tannbehandling

Vi fant Folketrygdens honorartakster for 2015 i heftet «Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015» (7), mens takstene for 2021 ble hentet fra Helsedirektoratets digitale rundskriv «Takster for tannbehandling - Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 andre

Tabell 2. Erfaring med økonomiske refusjonsordninger

Påstand	Svært enig n (%)	Ganske enig n (%)	Ganske uenig n (%)	Helt uenig n (%)	Vet ikke n (%)
Jeg har fått god informasjon fra tannlege/ tannpleier/fastlege om hvilken økonomisk støtte/ refusjoner jeg har krav på for tannbehandling.	48 (22,6)	71 (33,5)	51 (24,1)	38 (17,9)	4 (1,9)
Jeg får god hjelp av tannlegen/tannpleieren min til å få den økonomiske støtten jeg har krav på.	83 (39,3)	57 (27,0)	21 (10,0)	23 (10,9)	27 (12,8)
Dagens refusjonsordninger for tannbehandling dekker de kostnadene jeg har.	45 (21,5)	42 (20,1)	41 (19,6)	51 (24,4)	30 (14,4)

ledd og § 5-6 a første ledd og tannhelsetjenesteloven § 2-2 fjerde ledd. Takstene gjelder fra 1. januar 2021» (6). Takstene for tannbehandling av voksne pasienter i den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune er publisert på deres hjemmeside (8). I beregningene av gjennomsnittlig endring i honorartakster for Folketrygden i perioden 2015-2021 er takster for kjeveortopedisk behandling utelatt da det svært sjelden er aktuelle behandlinger på denne pasientgruppen. Takster som ikke er oppført med spesifikk honorartakst i rundskrivene, samt enkelte typer billeddiagnostikk som svært sjelden utføres i tannlegepraksis er også utelatt. Tabell 3 viser takstene som er inkludert i sammenligningen. I beregninger av gjennomsnittlig differanse mellom honorartakstene til Folketrygden i 2021 og takstene for behandling av voksne i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune er de samme takster utelatt, samt de fleste takster for protetiske behandlinger siden honorar for tannteknikk er inkludert i Folketrygdens takster, men ikke i takstene til Troms og Finnmark fylkeskommune. Sammenligning er derfor ikke mulig. Alle takstene som er tatt med i beregningene er listet i tabell 3. Endring i konsumprisindeksen mellom januar 2015 og desember 2020 ble beregnet på hjemmesiden til Statistisk sentralbyrå (9).

Statistiske analyser

Statistiske analyser er utført ved hjelp av SPSS for PC (versjon 26, IBM®, USA). Data er analysert med frekvensanalyser. Forskjell mellom grupper er analysert med krysstabeller, mens Pearson chi-kvadrat test er brukt for å vurdere statistisk signifikans av forskjell mellom grupper. Signifikansnivået er satt til $P < 0,05$. Ingen av variablene brukt i denne studien hadde mer enn 3 % manglede svar. Respondenter med manglede svar er utelatt i analysene.

Resultater

Tabell 1 oppsummerer sosiale og demografiske variabler, forhold relatert til kreftsykdom, munnhelse og bruk av tannhelsetjenester for deltakerne i studien. Mer enn 80 % av deltakerne var 60 år eller eldre, og 58 % var menn. Svelget var den vanligste kreftlokalisasjonen fulgt

Tabell 3. Takster inkludert i sammenligning

Takstnummer	Type behandling
1-9	Generelle tjenester
101	Forebyggende behandling
201-207, 210-212	Konserverende og endodontisk behandling
301-315, 320-321	Protetisk behandling*
401-422, 424	Kirurgisk behandling
501-503, 505	Periodontal behandling og rehabilitering etter periodontitt
702-707	Øvrige behandlinger
801-804, 807, 809-811	Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser

*Takstene er ikke inkludert i sammenligning mellom refusjonstakster Folketrygden 2021 og takster for tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark 2021 siden utgifter til tannteknikk og porto er inkludert i Folketrygdens sine refusjonstakster, men ikke i takstene til Troms og Finnmark fylkeskommune

av munnhule, og over 90 % av deltakerne var behandlet med stråling, alene eller i kombinasjon med annen behandling. Mer enn en fjerdedel av deltakerne oppga at de hadde dårlig tannhelse, og 70 % gikk til tannlege eller tannpleier mer enn en gang i året. Omtrent halvparten av deltakerne oppga at de hadde hatt økonomiske utlegg til tannbehandling etter kreftsykdom, og nesten 10 % hadde unnlatt å gå til tannbehandling av økonomiske årsaker de siste to årene (tabell 1). Oppgitte kostnader til tannbehandling etter kreftdiagnose varierte fra 0–450 000 kroner. Hver fjerde deltaker hadde hatt utgifter på 10 000 kroner eller mer, og 8 % rapporterte utgifter på 50 000 kroner eller mer (tabell 1). Mange deltakere bemerket i fritekst at de var usikre på beløpet og at det var vanskelig å estimere siden det var kostnader som strakk seg mange år bakover i tid.

De som var diagnostisert lang tilbake i tid hadde i gjennomsnitt hatt høyere kostnader til tannbehandling enn de som ble diagnostisert for 0-5 år siden (tabell 4). Andelen som ikke hadde hatt utlegg til tannbehandling etter kreftdiagnose var noe høyere blant dem som hadde hatt kreft i strupen sammenlignet med andre lokalisasjoner, men forskjellene var ikke statistisk signifikante. De som vur-

Tabell 4 Kostnader til tannbehandling i relasjon til diagnoseår, kreftlokalisasjon og tannhelse

	Kostnader i 1000 NOK ¹					P ²
	0 n (%)	Usikker n (%)	<10 n (%)	≥10 < 50 n (%)	≥50 n (%)	
Diagnoseår						
Før 2010	42 (48,8)	10 (11,6)	5 (5,8)	19 (22,1)	10 (11,6)	,006
2010-2014	31 (45,6)	5 (7,4)	11 (16,2)	16 (23,5)	5 (7,4)	
2015-2020	35 (57,4)	3 (4,9)	16 (26,2)	5 (8,2)	2 (3,3)	
Kreftlokalisasjon						
Munnhule	27 (45,0)	5 (8,3)	15 (25,0)	10 (16,7)	3 (5,0)	,125
Svelg	48 (49,0)	7 (7,1)	11 (11,2)	19 (19,4)	13 (13,3)	
Strupe	30 (58,8)	6 (11,8)	4 (7,8)	10 (19,6)	1 (2,0)	
Egenvurdert tannhelse						
God	58 (64,4)	5 (5,6)	11 (12,2)	12 (13,3)	4 (4,4)	,006
Moderat	30 (46,2)	3 (4,6)	13 (20,0)	12 (18,5)	7 (10,8)	
Dårlig	20 (33,9)	10 (16,9)	8 (13,6)	16 (27,1)	5 (8,5)	

¹NOK = norske kroner

²P = Signifikans av forskjell mellom grupper er beregnet med Chi-kvadrat test.

derte tannhelse si som dårlig oppga høyere utgifter til tannbehandling enn de som vurderte tannhelse si som god eller moderat (tabell 4).

Refusjonsordninger

Drøyt halvparten av respondentene var helt eller ganske enige i at de hadde fått god informasjon fra tannhelsepersonell eller fastlege om hvilke refusjonsordninger for tannbehandling de kan ha krav på, og to tredeler var helt eller ganske enige i at de hadde fått god hjelp fra tannhelsepersonell til å få den støtten de har krav på. Kun 42 % var helt eller ganske enige i at dagens refusjonsordninger for tannbehandling dekket kostnadene de har (tabell 2).

Andelen som ikke opplevde å ha fått god informasjon og hjelp til å få økonomiske refusjoner var særlig høy blant dem som oppga å gå sjelden til tannbehandling, blant dem som hadde økonomiske utlegg til tannbehandling og blant dem som hadde avstått fra tannbehandling på grunn av kostnader (tabell 5). De som oppga de høyeste utgiftene til tannbehandling var imidlertid i størst grad enig i at de hadde fått god hjelp til å få den støtten de har krav på. Andelen som var helt eller ganske enig i at dagens støtteordninger dekket kostnadene de har til tannbehandling var lav blant dem som oppga å ha økonomiske utlegg til tannbehandling, blant dem som hadde utsatt tannbehandling av økonomiske årsaker og blant dem som oppga dårlig tannhelse. Deltakere med utdanning på universitets eller høyskolenivå var i mindre grad enn de med utdanning på grunnskole eller videregående nivå enig i at refusjonsordningene dekket de utgiftene de har til tannbehandling. Det var ingen øvrige signifikante assosiasjoner mellom enighet i de tre påstandene og sosiale og demografiske forhold (tabell 5).

Folketrygdens honorartakster for stønad til tannbehandling økte i gjennomsnitt med 5,6 % (minimum -53,9 %, maksimum 12,0 %) på utvalgte takster fra 2015 til 2021 (tabell 3). Hyppig brukte takster som undersøkelse og diagnostikk (takst nr. 1), tannrøntgen (takst nr. 802), helkrone (takst nr. 304) og mellomledd ved broarbeid (takst nr. 307) økte alle med under 1 %, mens takstene for kirurgisk innsetting av tannimplantater (takst nr. 421 og 422) ble redusert i perioden. Takstene for konserverende behandling var blant de som økte mest, med 11-12 %. I samme periode økte konsumprisindeksen med 14,4 %. Takstene som voksne pasienter må betale for utvalgte behandlinger i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune er i gjennomsnitt 39,3 % (minimum 0,0 %, maksimum 260,0 %) høyere enn honorartakstene fra Folketrygden i 2021.

Diskusjon

I denne studien har vi kartlagt økonomiske utlegg til tannbehandling og erfaringer med økonomiske støtteordninger for tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft, og i hvilken grad disse erfaringene er assosiert med sosiale og demografiske variabler, forhold rundt kreftsykdom, bruk av tannhelsetjenester og egenvurdert tannhelse. Vi har også undersøkt utviklingen i honorartakstene til Folketrygden fra 2015 til 2021, og sammenlignet Folketrygdens honorartakster i 2021 med tilsvarende takster for tannbehandling av voksne pasienter i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune, som et eksempel på en tilbyder av tannhelsetjenester til voksne.

Tabell 5. Assosiasjon mellom erfaringer med refusjonsordninger og sosiale, demografiske og kreftassosierte variabler.

	God info støtteordninger			God hjelp støtteordninger			Støtteordninger dekker utgifter		
	Enig n (%)	Uenig n (%)	P ¹	Enig n (%)	Uenig n (%)	P ¹	Enig n (%)	Uenig n (%)	P ¹
Kjønn									
Kvinner	50 (58,8)	35 (41,2)	,696	57 (77,0)	17 (23,0)	,806	36 (51,4)	34 (48,6)	,544
Menn	69 (56,1)	54 (43,9)		83 (75,5)	27 (24,5)		51 (46,8)	58 (53,2)	
Alder									
<60	21 (56,8)	16 (43,2)	,994	27 (81,8)	6 (18,2)	,146	13 (41,9)	18 (58,1)	,577
60-69	45 (57,7)	33 (42,3)		57 (81,4)	13 (18,6)		37 (52,9)	33 (47,1)	
≥70	53 (57,0)	40 (43,0)		56 (69,1)	25 (30,9)		37 (47,4)	41 (52,6)	
Høyeste utdanning									
Grunnskole/ vgs ²	71 (58,7)	50 (41,3)	,614	86 (78,9)	23 (21,1)	,281	59 (57,3)	44 (42,7)	,007
Høyskole/ universitet	48 (55,2)	39 (44,8)		54 (72,0)	21 (28,0)		28 (36,8)	48 (63,2)	
Innbyggere hjemsted									
< 200	13 (65,0)	7 (35,0)	,547	12 (66,7)	6 (33,3)	,568	12 (63,2)	7 (36,8)	,285
200-5000	32 (61,5)	20 (38,5)		38 (79,2)	10 (20,8)		23 (52,3)	21 (47,7)	
>5000	74 (54,8)	61 (45,2)		90 (76,3)	28 (23,7)		52 (44,8)	64 (55,2)	
Kreftdiagnose									
Før 2010	47 (56,6)	36 (43,4)	,344	56 (73,7)	20 (26,3)	,346	31 (41,3)	44 (58,7)	,088
2010-2014	34 (51,5)	32 (48,5)		43 (72,9)	16 (27,1)		27 (47,4)	30 (52,6)	
2015-2020	38 (64,4)	21 (35,6)		41 (83,7)	8 (16,3)		29 (61,7)	18 (38,3)	
Kreftlokalisasjon									
Munnhule	31 (54,4)	26 (45,6)	,848	34 (66,7)	17 (33,3)	,016	19 (41,3)	27 (58,7)	,378
Svelg	58 (60,4)	38 (39,6)		71 (85,5)	12 (14,5)		42 (49,4)	43 (50,6)	
Strupe	27 (55,1)	22 (44,9)		30 (66,7)	15 (33,3)		22 (51,2)	21 (48,8)	
Annet	3 (50,0)	3 (50,0)		5 (100)	0 (0)		4 (80)	1 (20,0)	
Kreftbehandling									
Kun kirurgi	6 (50,0)	6 (50,0)	,844	6 (54,5)	5 (45,5)	,076	2 (25,0)	6 (75,0)	,111
Kun stråling	12 (54,5)	10 (45,5)		10 (62,5)	6 (37,5)		5 (31,3)	11 (68,8)	
Kombinasjon ³	100 (57,8)	73 (42,2)		124 (79,0)	33 (21,0)		80 (51,9)	74 (48,1)	
Egenvurdert tannhelse									
God	57 (67,1)	28 (32,9)	,051	36 (69,2)	16 (30,8)	,203	46 (64,8)	25 (35,2)	<,001
Middels	34 (54,0)	29 (46,0)		42 (75,5)	14 (25,0)		27 (46,6)	31 (53,4)	
Dårlig	28 (47,5)	31 (52,5)		36 (69,2)	16 (30,8)		14 (28,6)	35 (71,4)	
Oppsøker tannhelsehjelp									
Mer enn en gang per år	94 (63,5)	54 (36,5)	,018	115 (84,6)	21 (15,4)	>,001	70 (53,0)	62 (47,0)	,107
1 gang per år	17 (45,9)	20 (54,1)		17 (58,6)	12 (41,4)		12 (41,4)	17 (58,6)	
Hvert andre år	2 (33,3)	4 (66,7)		4 (66,7)	2 (33,3)		1 (16,7)	5 (83,3)	
Sjeldnere enn hvert andre år	5 (31,3)	11 (68,8)		4 (30,8)	9 (69,2)		3 (27,3)	8 (72,7)	
Utgifter tannbehandling									
Nei	70 (70,0)	30 (30,0)	,006	74 (82,2)	16 (17,8)	,047	64 (77,1)	19 (22,9)	<,001
Ja men husker ikke beløp	6 (33,3)	12 (66,7)		11 (78,6)	3 (21,4)		5 (31,3)	11 (68,8)	
< 10	14 (43,8)	18 (56,3)		15 (55,6)	12 (44,4)		10 (38,5)	16 (61,5)	
≥10 < 50	21 (52,5)	19 (47,5)		27 (71,1)	11 (28,9)		4 (10,5)	34 (89,5)	
≥50	8 (47,1)	9 (52,9)		13 (86,7)	2 (13,3)		4 (25)	12 (75)	
Avstått fra tannbehandling pga økonomi									
Nei	114 (60,0)	76 (40,0)	,004	134 (79,3)	35 (20,7)	<,001	86 (51,5)	81 (48,5)	,004
Ja	4 (23,5)	13 (76,5)		5 (35,7)	9 (64,3)		1 (8,3)	11 (91,7)	

¹P = Signifikans av forskjell mellom grupper er beregnet med Chi-kvadrat test, statistisk signifikante forskjeller (p<0,05) er indikert med fet skrift.

²VGS = videregående skole

³Kombinasjon = stråling og kirurgi med eller uten kjemoterapi

Nesten halvparten av deltakerne i studien hadde hatt økonomiske utgifter til tannbehandling etter kreftdiagnose. Det var et stort spenn i størrelsen på utlegg, noe som var forventet siden det var betydelig variasjon i tid siden kreftdiagnose hos deltakerne. De som var diagnostisert for mer enn 10 år siden oppga i gjennomsnitt betydelig høyere utgifter enn de som var diagnostisert i løpet av de siste 5 år. Det er stor usikkerhet beheftet med utgiftene som er oppgitt i studien siden de for mange av deltakerne er akkumulert over mange år. Det er imidlertid tydelig at enkelte i denne pasientgruppen har hatt svært store utgifter for å ivareta munnhelsen sin, og en betydelig andel av deltakerne ser ut til å ha hatt årlige kostnader for tannbehandling som langt overstiger egenandelstaket for øvrige helsetjenester, som i 2021 er på 2 460 kroner. Refusjoner fra Folketrygden betinger at kreftsykdom eller behandling av den har ført til et økt behov for tannhelsehjelp. Av de deltakerne som oppga utgifter på 50 000 kroner eller mer, hadde alle unntatt en hatt kreft i munnhule eller svelg og var behandlet med stråling, noe som indikerer at de har et økt behov for tannhelsehjelp og trolig oppfyller kravet for refusjoner.

Noe overraskende var det de som oppga høyest utgifter til tannbehandling som var mest enig i at de hadde fått god hjelp til å få den økonomiske støtten de har krav på. Dette indikerer at de høye utleggene skyldes diskrepans mellom honorartakstene til Folketrygden og honorarene hos praktiserende tannleger, heller enn at behandler ikke har sørget for at pasientene har fått refusjoner de har krav på. Honorartakstene fra Folketrygden har ikke fulgt økningen i konsumprisindeksen i perioden 2015–2020, og de gjennomsnittlige takstene for tannbehandling i Den offentlige tannhelsetjenesten i Troms og Finnmark fylkeskommune ligger for inneværende år i gjennomsnitt nesten 40 % over honorartakstene til Folketrygden for de utvalgte behandlingene. Dette betyr at pasienter som er behandlet for hode-halskreft, og andre som etter Folketrygdloven har rett til stønad til tannbehandling, risikerer å måtte betale en betydelig andel av kostnadene til tannbehandling selv. For de som har omfattende behov kan akkumulerte utgifter bli store, noe som i denne studien reflekteres ved at de som oppga dårlig tannhelse hadde høyere utgifter og var mindre enige i at dagen støtteordninger dekker de utgiftene de har til tannbehandling sammenlignet med de som oppga god eller moderat tannhelse.

Rundt 8 % av deltakerne i studien oppga at de hadde unnlatt å få tannbehandling av økonomiske årsaker de siste to årene. I en befolkningsstudie fra Troms fant vi nylig at tilsvarende tall var 20 % i aldersgruppen 20-79 år, og 7 % for gruppen 60 år og eldre (10). Dette samsvarer godt med det vi finner i den aktuelle studien der mer enn 80 % av deltakerne var 60 år og eldre. Det ser dermed ikke ut til at dagens økonomiske støtteordninger for hode-halskreftpasienter i vesentlig grad evner å fjerne økonomiske barrierer for tannbehand-

ling. De som hadde unnlatt å få tannbehandling av økonomiske årsaker de siste to år og andre som gikk sjelden til tannbehandling var i særlig liten grad enig i at de hadde mottatt god informasjon om økonomiske støtteordninger, eller hadde fått god hjelp til å få den økonomiske støtten de kunne ha krav på. Dersom pasienter ikke møter til tannbehandling, er det ikke mulig for tannleger å informere dem om økonomiske støtteordninger, og enkelte av deltakerne kan derfor ha overdrevne antagelser om kostnadene forbundet med tannbehandling. Det er derfor viktig at pasientgruppen får informasjon om refusjonsordninger gjennom flere kanaler, som fra sykehuset under kreftbehandling eller ved etterkontroller, fra fastlege eller interesseorganisasjoner som Munn- og halskreftforeningen.

Denne studien har flere begrensinger. Data er basert på respondentenes hukommelse og opplevelser, og ikke på objektive mål. Det er en tverrsnittstudie, og vi kan derfor ikke si noe om årsak eller virkninger, bare assosiasjoner, og da vi ikke har gjort multivariate analyser, kan det foreligge konfunderende faktorer. Vi kan heller ikke trekke generelle konklusjoner om gruppen hode-halskreftpasienter, siden utvalget vårt neppe er representativt for hele denne populasjonen. Vi valgte å sende spørreundersøkelsen til medlemmer i Munn- og halskreftforeningen siden vi antok at disse hadde et avklart forhold til sin sykehistorie, og ikke ville føle det urimelig belastende å bli minnet om at de har hatt kreft. Informasjonsarbeid om refusjonsordninger er en prioritert oppgave i Munn- og halskreftforeningen. Det er derfor nærliggende å anta at medlemmene i denne organisasjonen kan være bedre orienterte om disse ordningene enn hode-halskreftpasienter som ikke er medlemmer i organisasjonen. Våre funn kan derfor tegne et bedre bilde av situasjonen enn det som er tilfelle for pasientgruppen som helhet.

Konklusjon

Det er store forskjeller i økonomiske utlegg til tannbehandling hos personer som er behandlet for hode-halskreft, der de med dårlig tannhelse oppgir særlig store utlegg. Til tross for dagens refusjonsordninger opplever nesten 10 % av hode-halskreftpasientene i denne studien økonomiske barrierer for å motta tannbehandling. Dette kan dels skyldes manglende kunnskap om refusjonsordninger, dels kan det skyldes at Folketrygdens honorartakster ikke har holdt tritt med den generelle prisveksten de siste 5 år. For å sikre at pasienter som har rettigheter gjennom Folketrygdloven kan motta tannbehandling uavhengig av personlig økonomi, bør honorartakstene følge den generelle prisveksten slik at de i større grad speiler faktiske utgifter. Et alternativt kan være å innføre et tak for akkumulerte mellomlegg per år slik at det blir en større grad av forutsigbarhet og økonomisk likebehandling mellom munn- og halskreftpasienter og pasienter som har hatt kreft andre steder i kroppen.

Takk

En stor takk rettes til øre-nese-halslegene Oddveig Rikardsen og Inger-Heidi Bjerkli ved Universitetssykehuset i Nord-Norge og til Are Rydland og Chris Foss i Munn- og halskreftforeningen for innspill til spørreskjema, og til Carita Teien i Munn- og halskreftforeningen for hjelp med distribuering av spørreskjema og informasjon

om undersøkelsen. Undersøkelsen var finansiert med midler fra Erna og Olav Aakres stiftelse til kreftens bekjempelse.

Interessekonflikter

Forfatteren av artikkelen har ingen interessekonflikter å melde.

REFERANSER

1. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2019 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2020.
2. Helsedirektoratet. Hode-hals-kreft - handlingsprogram. Oslo: Helsedirektoratet. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hode-hals-kreft-handlingsprogram>.
3. Heijnen BJ, Speyer R, Kertscher B, Cordier R, Koetsenruijter KW, Swan K, et al. Dysphagia, Speech, Voice, and Trismus following Radiotherapy and/or Chemotherapy in Patients with Head and Neck Carcinoma: Review of the Literature. *Biomed Res Int*. 2016;2016:6086894.
4. Kraaijenga SA, Oskam IM, van der Molen L, Hamming-Vrieze O, Hilgers FJ, van den Brekel MW. Evaluation of long term (10-years+) dysphagia and trismus in patients treated with concurrent chemo-radiotherapy for advanced head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2015;51(8):787-94.
5. Lovdata. Lov om folketrygd (folketrygdloven). Del IV. Ytelser ved sykdom m.m. Kapittel 5. Stønad ved helsetjenester. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#KAPITTEL_5-1
6. Helsedirektoratet. Rundskriv til folketrygdloven § 5-6, § 5-6 a og § 5-25 - Undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom og skade. Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/folketrygdloven--5-6--5-6-a-og--5-25--undersokelse-og-behandling-hos-tannlege-og-tannpleier-for-sykdom-og-skade>
7. Helsedirektoratet. Folketrygdens stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2015. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. 2015.
8. Troms og FinnmarkFylkeskommune. Takster for 2021. Lest 06.05.21. Tilgjengelig fra: https://www.tffk.no/_f/p1/i2e345331-6816-4efb-ba71-fe163ada8105/takster-troms-og-finnmark-2021-full-oversikt.pdf
9. StatistiskSentralbyrå. Konsumprisindeksen. Lest 06.05.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/konsumpriser/statistikk/konsumprisindeksen>.
10. Hadler-Olsen E, Jonsson B. Oral health and use of dental services in different stages of adulthood in Norway: a cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):257.

ENGLISH SUMMARY

Hadler-Olsen E.

Experiences with economic reimbursement schemes for dental treatment among patient treated for head and neck cancer

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 996-1003.

A questionnaire was mailed to members of the Norwegian Head and Neck Cancer Association to explore costs of dental treatment in people treated for head-neck cancer in Norway, and their experiences with the National Insurance reimbursement schemes for dental treatment. We also assessed the increase in the National Insurance's reimbursement rates for dental treatment between 2015 and 2020 and compared the 2021 rates with the treatment rates in the Public Dental Health Service in Troms and Finnmark County. The questionnaire was answered by 216 previous head-and neck cancer patients of whom half reported costs for dental treatment after their cancer diagnosis. Respondents with poor

dental health reported significantly higher costs than did those with good dental health. Among respondents with large expenses, a high proportion had received good help with the financial reimbursements. Our findings indicate that the fee rates of the National Insurance do not reflect the prices for dental treatment of adults in Norway. While the consumer price index increased by 14% between January 2015 and December 2020, the National Insurance Scheme's reimbursement rates increased by an average of 5-6%, and the 2021 rates were on average 40% below the rates in the Public Dental Health Service of Troms and Finnmark.

tidende

Frister og utgivelsesplan 2021/2022

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
11	15. oktober	19. oktober	18. november
12	12. november	16. november	16. desember

2022

1	26. november '21	6. desember '21	13. januar
2	14. januar	18. januar	17. februar
3	10. februar	15. februar	17. mars
4	11. mars	15. mars	15. april
5	1. april	6. april	12. mai
6-7	5. mai	13. mai	16. juni
8	10. juni	14. juni	18. august
9	12. august	16. august	15. september
10	9. september	13. september	13. oktober
11	14. oktober	18. oktober	17. november
12	11. november	15. november	15. desember



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!

Trenger du hjelp med dine pasienter?

Skann QR-koden for å finne din nærmeste klinikk og ring klinikken.

FORFATTERE

Amin Homayouni, tannlege. Oralkirurgisk seksjon – ØNH, Sykehuset Østfold

Nora Patricia Gonzalez, oralkirurg. Oralkirurgisk seksjon – ØNH, Sykehuset Østfold

Eirik Mathisen, overlege. ØNH, Sykehuset Østfold

Korresponderende forfatter: Amin Homayouni, postboks 300, 1714 Grålum.
E-post: amin.homayouni@so-hf.no

Akseptert for publisering 03.10.2021.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Homayouni A, Gonzalez NP, Mathisen E. En ekstrudert tann var varsel om metastase. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 1006-11.

Norsk MeSH: Nyrecellekarsinom; Metastase; Munn, tenner og svelg; Oral kirurgi

En ekstrudert tann var varsel om metastase

Amin Homayouni, Nora Patricia Gonzalez og Eirik Mathisen

Nyrekreft er en krefttype hvor ondartet svulst oppstår og utgår fra filtrerende kjertelceller, samlerørceller og overflatevevet i nyrekanalene. Fjernmetastaser til hode- halsregionen er sjeldne. Dette kasuset beskriver en pasient som ble henvist til ØNH ved Sykehuset Østfold av sin fastlege med mistanke om abscessutvikling etter tannekstraksjon. Biopsi gjennom bunnen av ekstraksjonsalveolen viste funn av nyreceller, og pasienten ble diagnostisert med nyrekreft med metastase til underkjeven.

Bakgrunn

En 69 år gammel mann ble i januar 2021 henvist til ØNH-avdelingen ved Sykehuset Østfold grunnet tiltagende hevelse og smerter i venstre side av ansiktet. Pasienten var tidligere diagnostisert med alvorlig penicillinallergi, Morbus Bekhterev, ventrikulære ekstrasytoter (VES), hypertensjon, malignt melanom, som var eksidert i 2010 og papillært nyrecellekarsinom med metastase.

Våren 2019 følte pasienten seg uvel. De neste dagene opplevde han smerter i venstre flanke og rygg samt svingende feber og formørket urin. Smertene lignet ikke smerter han tidligere hadde opp-

levd grunnet Morbus Bekhterev. Pasienten oppsøkte fastlegen som primært tolket symptomene som pyelonefritt, og pasienten ble satt på antibiotikakur. Ved kontroll hos fastlegen mot slutten av antibiotikakuren opplevde han fortsatt smerter og CRP (C-reaktivt protein) ble målt til over 50. Grunnet vedvarende ubehag og forhøyet CRP ble pasienten henvist til Sykehuset Østfold, hvor han ble diagnostisert med papillært nyrecellekarsinom med metastaser til lunger og lever. Pasienten fikk deretter medikamentell cancerbehandling med tyrosinkinasehemmer, Sutent (Sunitiniub).

Pasienten hadde kjent vedvarende mild ising/murring i fra regio 37 i noen måneder før han ble diagnostisert med nyrecellekarsinom. Det var ikke gjort funn hos tannleger som kunne forklare symptombildet. For noen år siden byttet pasienten bostedskommune og startet hos ny tannklinikk i 2019. Januar 2020 ble pasienten diagnostisert med kronisk marginal periodontitt med dype lommer i overkjevens sidesegmenter. Det ble påbegynt systematisk behandling av pasientens periodontitt hos tannpleier. På samme tid følte pasienten at tann 37 også var noe ekstrudert, samt at han hadde noe redusert gapeevne. Utover høsten 2020 var pasienten plaget med

sår og sviende tunge, bemerket større reduksjon i gapehøyde og var plaget av at tann 37 føltes enda mer ekstrudert og lingualtippet. Behandlende tannpleier bemerket røde lesjoner bilateralt på pasientens tungerand, noe som ifølge Felleskatalogen er en vanlig bivirkning ved bruk av Sutent. Vinteren 2020/2021 hadde pasienten et sår i lysken som ikke ville gro, og valgte sammen med behandlende lege å seponere Sutent da medikamentet kan gi redusert sårtilheling. I begynnelsen av 2021 var tann 37 så plagsom at han igjen oppsøkte tannlege. Han følte at tannen var betydelig ekstrudert og tippet inn mot en allerede sår tunge. Tannlegen anså tann 37 som tapt og ekstraherte den.

Aktuelt

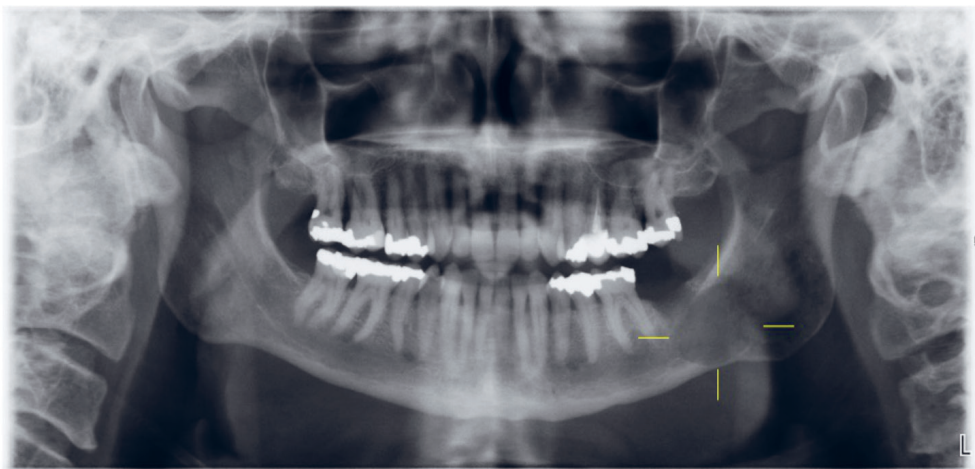
Ca. tre uker etter tannekstraksjon oppsøkte pasienten sin fastlege med hevelse på venstre side av ansiktet ved kjevevinkelen. CRP ble målt til 104 og temperatur ble målt til 37,4 C°. Munnhulen ble inspisert uten funn av intraorale inflammasjonstegn annet en hevelse. Ekstraoral hevelse var øm ved palpasjon og rødlig sammenlignet med omliggende vev. Fastlegen mistenkte abscessutvikling og henviste pasienten til ØNH ved Sykehuset Østfold.

Ved ankomst sykehuset hadde pasienten tiltagende smerter. Det ble observert hevelse i venstre side av ansiktet og bløte gane, samt trismus og noe svelgeplager (figur 1). Det ble tatt panoramarøntgen (OPG) som viste en stor men relativt velavgrenset oppklaring i regio 37 (figur 2). Det ble rekvirert computertomografi (CT) av ansikt/caput/collum og pasienten ble lagt inn til utredning med 300 mg x 4 klindamycin som primærbehandling i påvente av svar på CT.

CT viste ekspansjon omkransende angulus mandibulae som også omfattet ekstraksjonsalvole etter tann 37 (figur 3). Radiolog beskrev ekspansjon som målte 42 x 40 x 45 mm med sentralt henfall og peri-



Figur 1. Trismus og hevelse. Foto tatt av pasienten selv, før innkomst på sykehuset.



Figur 2. Panoramarøntgen tatt etter innkomst på sykehuset. Viser en stor men relativt velavgrenset oppklaring i regio 37.

fer kontrastladning med assosiert bendestruksjon hvor man også kunne se omkringliggende fettvevsreaksjon. Det forelå flere forstørrede lymfeknuter paratrakealt. Det ble beskrevet i preliminærsvaret fra radiolog at lesjonen kunne representere abscess, men at metastase ikke kunne utelukkes. De påfølgende dagene var pasienten inneliggende på sykehuset og hadde stadig bedring av trismus. Det ble gjort flere forsøk på å aspirere gjennom ekstraksjonsalvole 37 uten funn av puss. Man tok deretter biopsi gjennom bunn av alveole 37 som ble sendt til histopatologisk undersøkelse. Patologisvaret beskrev utbredt nekrose i vevet og funn av nyreceller. Pasienten ble diagnostisert med papillært nyrecellekarsinom med metastase til underkjeven.

Pasienten har gitt skriftlig samtykke til publisering av denne kasusrapporten.

Behandling

Pasienten ble henvises til Radiumhospitalet – Oslo universitetssykehus, for oppstart av strålebehandling. I februar/mars 2021 gjennomgikk pasienten strålebehandling (3 Gy x 18) fordelt på 18 dager mot tumor relatert til mandibelens venstre side, og tolererte bestrålingen tilsynelatende bra (figur 4). Pasienten ble satt på profylaktisk klindamycinkur i 14 dager etter siste stråledose.

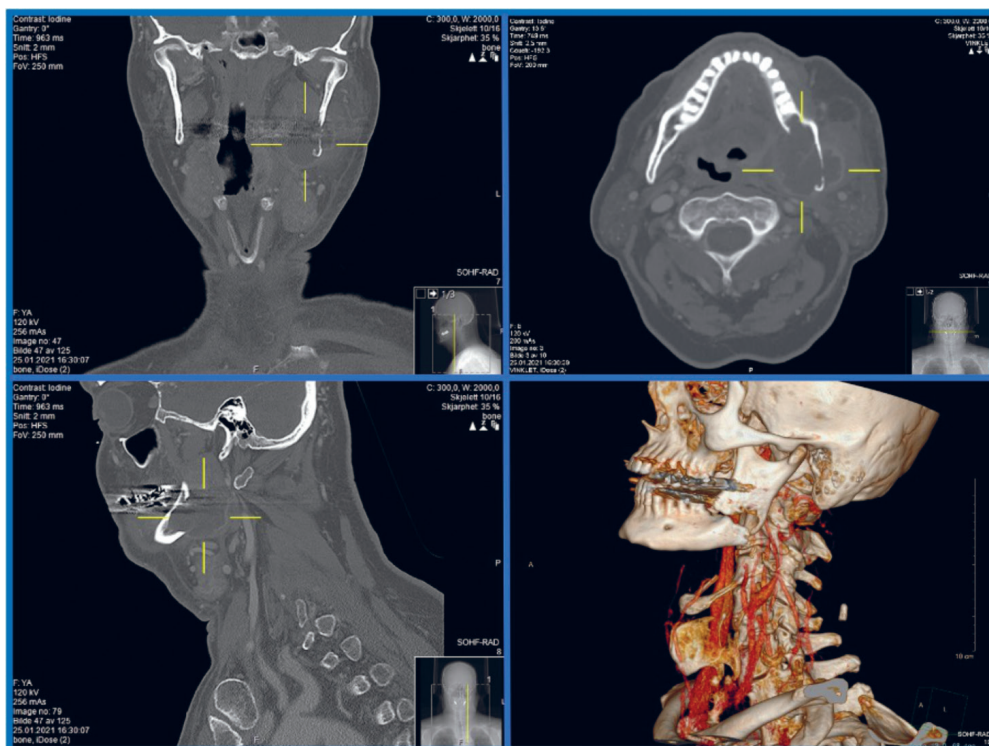
Ca. 3 døgn etter siste stråledose opplevde han bedring av smerter i kjeven og økende gapeevne. Samtidig tilkom sårhet i slimhinne, gingiva og venstre side av tunge.

De påfølgende 14 dagene tilkom ekstraoral rubor og hevelse i regionen som var bestrålt og pasienten beskrev det som en følelse av solbrenthet. Han opplevde sårhet i svelg, heshet, globusfølelse og slim i svelg. Videre opplevde han en bismak, delvis tap av smaksans og munntørighet. Klinisk ble det observeres uttalt gråhvitt belegget på buccal slimhinne samt tungerygg som ved stomatitt.

Ca. 4 uker etter siste stråle dose kontaktet pasienten igjen ØNH-avdelingen ved Sykehuset Østfold grunnet økende smerter fra kjeve og hals. Det var vanskeligheter med matinntak og pasienten hadde følelse av at også tann 36 nå var ekstrudert. Klinisk undersøkelse avslørte trismus og aktiv pussdrenasje fra åpning i slimhinne hvor tann 37 tidligere ble ekstrahert. Pasienten ble satt på en ny kur med klindamycin og anbefalt samtidig daglig skylle av munnhulen med Corsodyl frem til ny kontroll tre dager senere. Ved påfølgende kontroll hadde pasienten ingen aktiv pussdrenasje, mindre intraoral smerter, men fortsatt trismus og det var oppstått åpent bitt og sterk palpasjonsømheter i regio angulus mandibulae.

Panoramarøntgen viste patologisk fraktur i overgangen corpus-ramus mandibulae på pasientens venstre side (figur 5). Pasienten beskrev å ha våknet på natten ca. 5 døgn etter siste stråledose med intense smerter i regionen hvor det nå var en fraktur. Han mistenkte selv at frakturen skulle ha skjedd på dette tidspunktet.

Da det var en åpning i slimhinne over frakturspalten, fortsatte pasienten med 300 mg x 4 klindamycin samtidig som det ble konfe-



Figur 3. Computertomografi: Ekspansjon omkransende angulus mandibulae som også omfattet ekstraksjonsalvole etter tann 37. Ekspansjon målte 42 x 40 x 45 mm med sentralt henfall og perifer kontrastladning med assosiert bendestruksjon.

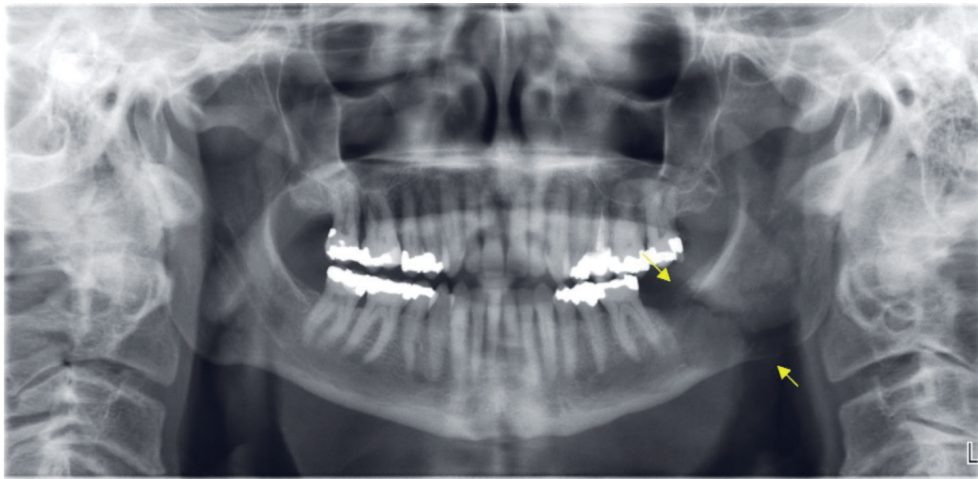
rert med onkologisk seksjon ved Sykehuset Østfold. Pasienten ble samtidig lagt inn på sykehuset grunnet sterke smerter og vanskeligheter med ernæring. Den påfølgende uken ble klindamycin seponert ved onkologisk seksjon og pasienten fikk hjelp med ernæring



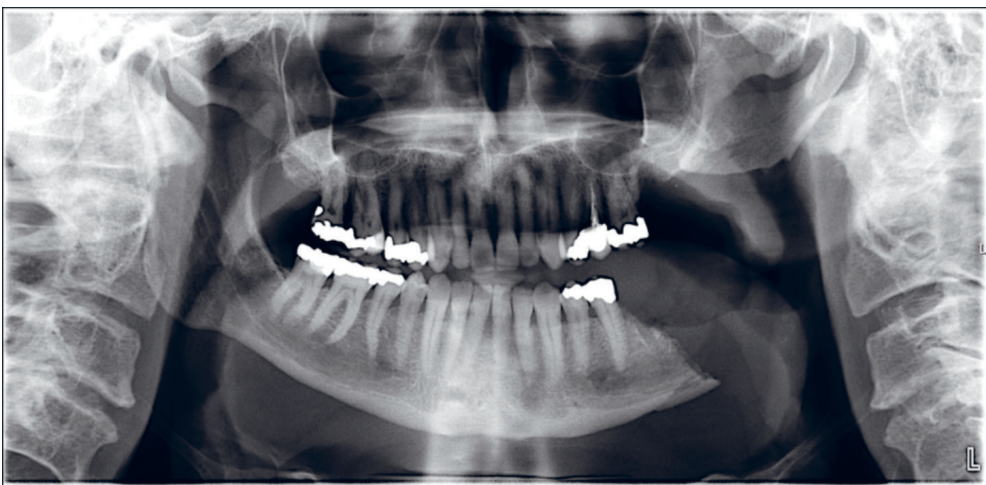
Figur 4. Foto ca. 3 dager etter siste stråledose. Det ble observert ekstraoral rubor etter stråling, men redusert hevelse.

og opioidbehandling grunnet sterke smerter, samtidig ble det gjennomført CT- og MR (magnetisk resonans)-undersøkelser og konferert med Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling ved OUS. Da man ikke hadde vesentlig dislokasjon av patologisk fraktur og pasienten nylig var blitt bestrålt i kjeven, ble det avgjort å observere frakturen og anbefale myk kost. Etter en uke ble pasientens ernæringstilstand og smertebilde forbedret, hevelse minimert og rubor forsvant. Pasienten ble skrevet ut av sykehuset.

I begynnelsen av mai 2021 oppsto det igjen hevelse rundt frakturspalten i kjeven, pasienten opplevde sensibilitetsnedsettelse ved underleppens venstre side og oppsøkte sin fastlege. Hos fastlegen ble det registrert økt CRP (113) og pasienten ble igjen henvist til Sykehuset Østfold. Det ble observert intraoral hevelse ved retromolare pute i tredje kvadrant med ulcerasjon på grunn av traumatisk påbiting av tann 27, og man startet opp med ny behandlingsrunde med klindamycin, uten innleggelse.



Figur 5. Panoramarøntgen som viser en patologisk fraktur i overgangen corpus-ramus mandibulae på pasientens venstre side.



Figur 6. Panoramarøntgen tatt etter reseksjon, ekstirpasjon av tann 36 og ekstraksjon av tann 27.

Pasientens ubehag fra kjeven økte de neste ukene (trismus, hevelse og smerter), samtidig som ernæringstilstanden ble forverret. Han beskrev lynende smerter opp mot tinningben og ned mot hals. Pasienten ble på ny innlagt. De påfølgende dagene ble det tatt biopsi samt bakteriologisk prøve fra og rundt ulcerasjon i regio 37. Man fant kun vekst av normalflora og malignitet kunne ikke påvises i biopsert preparat. Pasienten fikk anlagt en perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) for ernæring. Det ble tatt ny CT som nå viste stor dislokasjon i frakturspalten. Pasienten ble henvist til Rikshospitalet for videre behandling av kjeven.

Tidlig i juni 2021 gjennomgikk pasienten en mandibelseksjon ved Rikshospitalet, hvor deler av begge bruddflater ble resesert samtidig som tann 36 ble ekstripert. Det ble ikke gjort fiksasjon av distale og proksimale mandibelfragmenter (figur 6). Samtidig ble også tann 27 ekstrahert da denne tannen traumatiserte retromolare pute i tredje kvadrant.

Omtrent en måned postoperativt hadde pasienten begrenset gaapevne og følte at kjeven var ustabil og falt bakover i liggende posisjon. Næringsinntak ble kun gjort gjennom PEG-sonde, men han opplevde likevel at det var bedring i munnen da han opplevde mindre restbivirkninger etter stråling. Pasienten døde primo august 2021 på Sykehuset Østfold.

Drøfting

Nyrekreft er en krefttype hvor ondartet svulst oppstår og utgår fra filtrerende kjertelceller, samlerørceller og overflatevevet i nyrekanalene (1). Det finnes flere typer nyrekreft. Nyrecellekarsinomer er mest utbredt og utgjør cirka 90 % av tilfellene (2). Nyrecellekarsinomer kan igjen deles inn i tre undergrupper. Av disse utgjør klarcellet nyrekarsinom ca. 80-90 %, papillær nyrecellekarsinom ca. 10-15 % og kromofob type utgjør ca. 4-5 %. Således er papillær nyrecellekarsinom den nest vanligste cancertypen med opphav i nyrene (2-4). I

2019 ble det totalt registrert 911 nye tilfeller av nyrekreft i Norge, hvor 639 tilfeller var hos menn og 272 hos kvinner. Denne krefttypen forekommer oftest i aldersgruppen 50-70 år, og utgjorde ca. 3 % av totaltallet nydiagnostiserte krefttilfeller i Norge i 2019 (3).

Blant pasienter med nyrecellekarsinom vil 20-30 % ha utviklet metastase ved oppdagelse av primærtumor, og 40-50 % vil utvikle metastase etter gjennomgått nefrektomi (5). Organmetastaser ved nyrecellekarsinomer går vanligst til lunger, bein, lever og hjerne, men metastase til andre organer kan også forekomme (6).

De vanligst forekomne primærtumorer med metastase til hode- og hals regionen stammer fra bryst, kjønnsorganer, nyrer og gastro-intestinaltraktus hos kvinner, lunger, nyrer, lever og prostata hos menn. Fjernmetastaser til hode- og hals regionen er likevel sjeldne og utgjør kun ca. 1 % av malignitetsfunns i hode- og hals regionen (7).

Av 453 rapporterte tilfeller av metastase til kjeve i engelskspråklige litteratur i 2016, utgjorde 73,7 % av tilfellene metastaser til mandibelen. 36 av 453 (7,95 %) tilfeller av metastase til kjevene stammet fra nyrene, og det var dobbelt så mange tilfeller hos menn sammenlignet med kvinner (8).

Dette kasuset illustrerer viktigheten av god klinisk undersøkelse kombinert med bildediagnostikk ved lokaliserte orale symptomer som vedvarer over tid uten kliniske funn som er forenelig med symptombildet. Da pasienten hadde kjent mild ising/murring fra regio 37 i flere måneder før han ble diagnostisert med nyrekreft, og tann 37 etter hvert var ekstrudert, kan det ikke utelukkes at de første symptomene på kreftsykdommen oppstod kjeven.

Takk

Stor takk til pasienten som samtykket til publisering og tok bilder av seg selv. Takk til Kjeve- og ansiktskirurgisk avdeling ved OUS og ØNH Rikshospitalet for vurdering og kirurgisk behandling av pasienten.

REFERANSER

1. Kreftlex. Nyrekreft [internet]. Tilgjengelig fra: <https://kreftlex.no/Nyrekreft> (lest 15.08.2021)
2. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, Bensalah K, Dabestani S, Fernández-Pello S, og al. European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2019 Update. *Eur Urol.* 2019; 75: 799-810. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.011.
3. Kreftregisteret. Statistikkbank [internet]. Tilgjengelig fra: <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/> (lest 15.08.2021)
4. Mendhiratta N, Muraki P, Sisk AE Jr, Shuch B. Papillary renal cell carcinoma: Review. *Urol Oncol.* 2021; 39: 327-37. doi: 10.1016/j.urolonc.2021.04.013.
5. Ballarin R, Spaggiari M, Cautero N, De Ruvo N, Montalti R, Longo C, og al. Pancreatic metastases from renal cell carcinoma: the state of the art. *World J Gastroenterol.* 2011; 17: 4747-56. doi: 10.3748/wjg.v17.i43.4747.
6. Bianchi M, Sun M, Jeldres C, Shariat SF, Trinh QD, Briganti A, og al. Distribution of metastatic sites in renal cell carcinoma: a population-based analysis. *Ann Oncol.* 2012; 23: 973-80. doi: 10.1093/annonc/mdr362.
7. Baum SH, Mohr C. Metastases from distant primary tumours on the head and neck: clinical manifestation and diagnostics of 91 cases. *Oral Maxillofac Surg.* 2018; 22: 119-28. doi: 10.1007/s10006-018-0677-y.
8. Irani S. Metastasis to the Jawbones: A review of 453 cases. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2017; 7: 71-81. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD_512_16.

ENGLISH SUMMARY

Homayouni A, Gonzalez NP, Mathisen E

An extruded tooth was a warning of metastasis

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 1006-11.

A patient was referred by the patient's general practitioner to the Department of Otorhinolaryngology & Head and Neck Surgery at Sykehuset Østfold, Norway, with severe pain and swelling three weeks following the extraction of tooth 37. The GP primarily suspected it to be an abscess. After radiological and histological examination at the hospital, renal cells were found in the mandible, and he was diagnosed with papillary renal cancer with metastasis to the mandible.

The patient was diagnosed with renal cancer with local metastasis in the spring of 2019 but reported having a persisting sensation of murmur from the mandible where metastatic renal cells later were found prior to the spring of 2019. He also reported that tooth 37 was gradually extruded and was traumatizing the tongue.

Radiation therapy and surgical resection of the mandible was performed. The patient died seven months after being diagnosed with renal cancer with metastasis to the mandible.

Zirkonzahn®

ZIRCONIA FROM THE DOLOMITES

PRETTAU® – THE MOST EXPENSIVE.
FOR THE PATIENTS YOU VALUE.



SKANN KODEN ELLER BESØK
WWW.ZIRKONZAHN.COM



Fullmonolitiske restaureringer laget med
Prettau® 3 Dispersive® zirkon på anodisert titanbarr

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

Odontia er i sterk vekst og søker spesialister



Odontia har et fantastisk team av svært dyktige allmenntannleger og spesialister. Og vi vokser! Derfor søker vi nå flere spesialister. Hos oss skal alle oppleve at de blir sett og ivaretatt, både pasienter og medarbeidere. Tannleger har en spennende og meget krevende jobb, og spesialister er et knapphetsgode. Vi er opptatt av å tilrettelegge og tilby fleksible og gode ordninger for den enkelte.

Har du lyst til å bli en del av det gode faglige fellesskapet i Odontia?

Ta kontakt for en uformell prat. Vi hjelper deg gjerne med å bygge en større base for de spesialist-tjenestene du tilbyr, og har gode betingelser.

Akkurat nå søker vi spesielt etter:

Kjeveortoped i Østfold

Oralkirurg, spesialist i periodonti og endodonti til Stor-Oslo

Spesialist i periodonti, endodonti og kjeveortoped til Innlandet

Spesialist i periodonti, endodonti og kjeveortoped til Vestlandet og Nord-Norge

Vi gleder oss til å høre fra deg.

www.odontia.no

Hege Strand

Head of people

Mobil: 958 49 333

hs@odontia.no

Ida Vaeng

HR-konsulent

Mobil: 902 86 728

idva@odontia.no



Vil du være med oss å bygge Norges sterkeste faglige fellesskap innen tannhelse? Vi søker nå spesialister i alle fagfelt over hele landet.

Alltid ivaretatt

ODONTIA
Tannlegene

Forbedringer i tannhelsen og tannlegenes arbeidsmengde i Norge 1992–2015

Jostein Grytten og Irene Skau

Det har vært en markant forbedring av tannhelsen i Norge de siste tiårene. Hvilken effekt har dette hatt på tilbudet av tannhelsetjenester, og hvordan har private tannlegers vurdering av arbeidsmengden endret seg? Spørsmålene er belyst i en fagartikkel som nylig er publisert i *International Dental Journal* (1).

Utgangspunktet for analysene er to store representative spørreundersøkelser blant private allmenntannleger utført i 1992 (n=1056) og 2015 (n=1237). I undersøkelsene ble tannlegene bedt om å oppgi antall besøk og antall pasienter som mottok en eller flere spesifiserte behandlinger i en representativ uke i praksis. Pasienttilgangen ble målt ved følgende spørsmål: «Ut fra en totalvurdering av økonomi, arbeidsbelastning og andre personlige forhold: Hvor mange flere, eventuelt færre pasienter kunne du som tannlege ønske deg per uke?»

Hovedresultatet viser at det har vært en markant endring i tannlegenes praksisprofil og at dette kan tilskrives tannhelseforbedringen. Antallet pasientbesøk per tannlege er redusert med 23 % fra 1992 til 2015. Antall pasienter per tannlege som fikk fyllinger, kroner, broer, proteser, rotfyllinger eller ekstraksjoner, falt med 50 % eller mer. Nedgangen var størst for tannleger yngre enn 35 år og for menn.

Andelen tannleger som rapporterte at de ønsket flere pasienter økte i samme periode fra 20 % til 37 %. Økningen i andelen som ønsket flere pasienter var størst for tannleger yngre enn 35 år og for kvinner. Tannleger som oppga mangel på pasienter ønsket i 2015 i snitt 380 flere pasienter på årsbasis.

FORFATTERE

Jostein Grytten, professor. Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo

Irene Skau, forsker. Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo

Hva så med fremtiden? I løpet av de neste tiårene vil andelen eldre i befolkningen øke. Behandlingsbehovet vil være større for eldre enn for yngre, de vil beholde egne tenner lenger og aldersrelaterede munnhelseforhold vil gi nye utfordringer. Dette vil kunne øke etterspørselen etter tannbehandling. Imidlertid har i dag nesten 40 % av tannlegene i privat praksis et underskudd på pasienter. Denne reservekapasiteten, og tilgangen på nye tannleger, vil trolig være mer enn nok til å dekke økt etterspørsel blant eldre. Samtidig er det flere faktorer som går i retning av at antallet tannleger med underskudd på pasienter vil fortsette å øke fra dagens nivå.

- Det er sannsynlig at tannhelseforbedringen vil fortsette, og at dette vil føre til en ytterligere reduksjon i etterspørselen etter tannhelsetjenester.
- I løpet av de neste tiårene vil «pre-fluor»-generasjonen være borte. Folk i denne generasjonen, født før 1970, har store restaureringer og mange manglende tenner. De som er født etter 1970, har færre restaureringer som må repareres senere i livet.
- Innkallingsintervallene kan bli lengre. Pasienter med lite tannsykdom vil kunne ønske å øke intervallet mellom tannlegebesøkene.
- Det er lite sannsynlig at et tilbud om flere forebyggende tjenester vil føre til økt arbeidsmengde siden de fleste voksne allerede får slike tjenester. Hvis forebyggende tjenester er effektive, vil dette også resultere i redusert behandlingsbehov.
- Antall tannpleierårsverk forventes å øke. Tannpleierne har fått et økende ansvar for å diagnostisere karies og andre sykdommer. Dette vil kunne medføre en nedgang i arbeidsmengden for tannleger.
- Det har vært en markant økning i utdanningsnivået i Norge de siste tiårene. Det er en positiv sammenheng mellom utdanning og tannhelseatferd, og mellom utdanning og tannhelse. Utdanningsnivået i befolkningen antas å fortsette å øke, og den gunstige tannhelseatferden vil sannsynligvis vedvare. Dette vil føre til en ytterligere forbedring av tannhelsen, og dermed også bidra til en reduksjon i arbeidsmengden for tannleger.

Det sentrale politiske spørsmålet hva som kan gjøres med det sannsynlige overskuddet av tannleger. To alternativer peker seg ut. Det første alternativet er å la markedet løse problemet. Det andre alternativet er å redusere utdanningskapasiteten. Fagartikkelen tar ikke standpunkt til hvilken strategi som er mest hensiktsmessig. Uansett hvilken politikk som velges, vil noen tannleger ha for få pasienter og et påfølgende inntektsfall i årene som kommer.

REFERANSER

1. Grytten J, Skau I. Improvements in dental health and dentists' workload in Norway, 1992 to 2015. Int Dent J. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2021.07.004>.

MER ENN 30 ÅR I NORGE

SURGITEL® LUPER

Surgitel er best i test og har fremstilt presisjonsoptikk siden 1932. Deres lange erfaring gir seg uttrykk i markedets beste luper og de er også best i test når det gjelder vekt – kun 20 g.

SurgiTel-luper fås i både FLM og TTL montert på Oakley innfatning.



Luper påvirker ikke bare øynene, men også rygg og nakke. Sjansen for at du som tannlege vil få yrkesrelaterte plager er store. Ved bruk av luper ser du bedre, og du sitter ergonomisk riktig. Med patentert design og produksjonsteknologi gir SurgiTel deg ergonomiske luper som hjelper til med å forhindre både smerter og skader i nakke og rygg.

Norsk Orthoform  ESTABL. 1930
DENTALARTIKLER Depot as

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

Porphyromonas gingivalis-indusert nevroinflammasjon forårsaker Alzheimers sykdom?

Ingar Olsen

Nevroinflammasjon er en viktig utløsende faktor ved Alzheimers sykdom. Periobakterien *Porphyromonas gingivalis*, som er påvist i hjernen hos slike pasienter, kan utløse nevroinflammasjon gjennom sine inflammagener, det vil si lipopolysakkarid og gingipainer. *P. gingivalis* kan også indusere nevroinflammasjon gjennom pro-inflammatoriske mediatorer og ved å påvirke amyloid-beta, tau, mikroglia, katepsin B og muligens protein kinasen PKR.

«Kronisk» periodontitt og bakterien *Porphyromonas gingivalis* har gjentatte ganger blitt satt i sammenheng med Alzheimers sykdom (AD). De viktigste patologiske kjennetegn på AD er hjerneansamlinger av amyloid-beta (A β) peptider og neurofibrillære strenger av hyperfosforylert tau protein. I tillegg er nevroinflammasjon induisert av *P. gingivalis* foreslått som en viktig faktor i AD-patogenesen. Artikkelen «*Porphyromonas gingivalis*-Induced Neuroinflammation in Alzheimer's Disease», publisert av Ingar Olsen i *Frontiers in Neuroscience* 2021: 15, artikkel 691016 (www.frontiersin.org) beskriver mulige mekanismer for *P. gingivalis*-indusert nevroinflammasjon ved AD. I artikkelen vektlegges faktorer som pro-inflammatoriske mediatorer, A β , tau, mikroglia, katepsin B og protein

kinase R. Betydningen av inflammagener produsert av *P. gingivalis*, det vil si lipopolysakkarid og gingipainer blir også diskutert.

Til tross for at de fleste studier er gjort på dyr, synes nevroinflammasjon å spille en viktig rolle for utvikling av AD. Studiene indikerer klart at nevroinflammasjon er en viktig sykdomsmarkør ved AD i tillegg til A β og tau. Likeledes, *P. gingivalis* med sine inflammagener – lipopolysakkarid og gingipainer – er viktig i induseringen av nevroinflammasjon. *P. gingivalis* har også effekt på A β , tau, mikroglia, katepsin B og muligens PKR. En «ond» inflammasjonssyklus etableres sannsynligvis mellom flere av disse aktørene, men interaksjonen mellom dem er ennå ikke klarlagt i detalj.

Skjønt PKR ikke er spesifikt relatert til *P. gingivalis*, står PKR frem som en inflammasjons-assosiert kinase av spesiell interesse. PKR er allestedsnærværende og utgjør en viktig del av forsvaret mot bakterielle infeksjoner i nevroner. PKR aktiveres indirekte av lipopolysakkarid, er samlokalisert med hyperfosforylert tau i AD hjerner og regulerer direkte ekspresjonen av tau. PKR aktivert av *P. gingivalis*-indusert infeksjon/inflammasjon/pro-inflammatoriske cytokiner i hjernen kan således innlede tau fosforylering og derved være en viktig faktor i patogenesen til AD. Dette bør undersøkes.



Dentalstøp
Tannteknikk

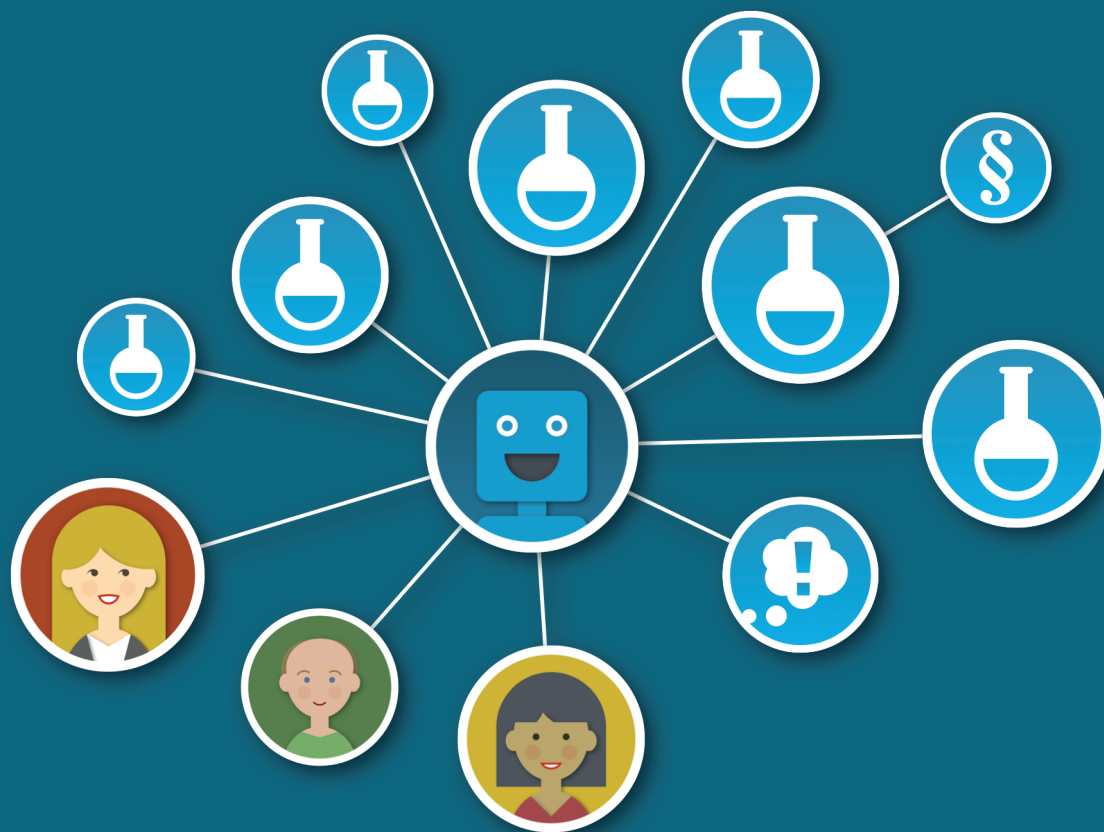
@ post@dentalstoep.no

☎ 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





Nå har TrinnVis stoffkartotek også.



Alle som bruker farlige stoffer skal ha et stoffkartotek, lett tilgjengelig for hele personalet. TrinnVis-brukere får nå elektronisk stoffkartotek uten tillegg i prisen. Bare dra og slipp mappen med sikkerhetsdatablader inn i stoffkartoteket: TrinnVis leser databladene og viser dem i en sortert liste, med faresymboler og forslag til risikovurderinger.



«En enkel måte å få tilgang til alle sikkerhetsdatablader tannleger skal ha»

Fagsjef Kirsten Ahlsen, Den norske tannlegeforening



«Gjør det enkelt å få oversikt over farlige stoffer som brukes hos oss»

Tannlege Camilla K. Mæland, Aksdal tannklinikk



TrinnVis er et nettbasert system for virksomhetsstyring, hms og kvalitetsforbedring. Systemet brukes av over to hundre norske tannlegepraksiser, og utvikles i samarbeid med

Potensielle mekanismer som kobler periodontitt og leddgikt



Foto: Jørgen Barth, UiB.

KATHRIN BEYER

Kathrin Beyer er utdannet tannlege i 2005 og dr.med dent. i 2008 ved Friedrich-Alexander-Universitetet Erlangen, Nürnberg, Tyskland. Hun arbeider nå som privatpraktiserende spesialist i periodonti (UiB, 2018) og ved Seksjon for periodonti, Institutt for klinisk odontologi (IKO), Det medisinske fakultet, UiB.

Doktorgradsarbeidet er utført som del av den integrerte dobbeltkompetanseutdanning i odontologi ved IKO. Forskningsprosjektet er delvis finansiert med midler fra Meltzerfondet. Hovedveileder for prosjektet var professor Anne Isine Bolstad ved IKO og medveileder var professor Johan Brun ved Haukeland universitetssjukehus, Revmatologisk avdeling.

E-post: Kathrin.Beyer@uib.no

Kathrin Beyer disputerte den 26. juni 2021 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «The Periodontitis - Rheumatoid Arthritis Connection».

Forskning viser en assosiasjon mellom leddgikt (revmatoid artritt) og periodontitt. Pasienter med leddgikt har en signifikant økt risiko for å utvikle periodontitt med et mer alvorlig sykdomsforløp, og leddgikt forekommer hyppigere blant pasienter med periodontitt enn ellers i befolkningen. Leddgikt og periodontitt er kronisk inflammatoriske sykdommer som har mange fellesnevner i patogenese og sykdomskarakteristika. Sammenhengen er ikke fullstendig klarlagt. Det overordnede mål med avhandlingen var å studere bakenforliggende biologiske mekanismer for assosiasjonen mellom sykdommene.

Periodontitt initieres av patogene bakterier i biofilm på tennene som fører til en immunreaksjon hos verten. Patogene orale bakterier har også blitt satt i sammenheng med leddgikt. I denne avhandlingen ble det funnet en assosiasjon mellom bakteriesammensetning i tannkjøttlommer og forskjell i sykdomsaktivitet ved leddgikt og periodontitt, samt med røyking.

Fettsyrer og lipider fra kosten fungerer som signalmolekyler i inflammatoriske responsprosesser. Endringer i fettsyre- og lipidsammensetning har blitt relatert til leddgikt og periodontitt. I hvilken grad marine omega-3 og vitamin D er i stand til å påvirke betennelse ved disse to sykdommene er ikke helt klarlagt. Funnene fra denne avhandlingen viser at leddgiktspasienter som spiste sjømat i henhold til norske kostholdsanbefalinger hadde mindre leddgiktssymptomer.

Analyser av fettsyresammensetningen i blodet kobler høy konsentrasjon av fettsyrer fra sjømat (omega-3) til bedre periodontale forhold og mindre pasientrapporterte leddgiktssymptomer. Endringer i fettsyre- og lipidsammensetningen var assosiert med leddgikt og periodontal sykdom.

Avhandlingen konkluderer med at økt inflammatorisk sykdomsaktivitet ved periodontitt og ved leddgikt kan relateres til endringer i bakterie-, fettsyre- og lipidsammensetning. Resultatene i denne avhandlingen støtter behovet for tverrfaglig samarbeid innen medisin og odontologi.

3Shape TRIOS

Et fleksibelt nytt valg



Det er ditt valg. Velg serviceavtalen som passer deg best.

Enten du foretrekker å være optimalt beskyttet og rustet for suksess med **TRIOS Care**, eller du foretrekker å minimere kostnader med basisfordelene til **TRIOS Only**, gir utvalget av TRIOS serviceavtaler deg kontroll over investeringen din.

Les mer på 3Shape.com/TRIOSCare



3shape 

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**

BIVIRKNINGSSKJEMA

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege. Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer. Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel 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:

Utfyllingsdato:

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 overømfimthet/allergi:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjon(en)?
 Ja Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(en)?

Umiddebart
 innen 24 timer
 innen 1 uke
 innen 1 måned
 innen 3 måneder
 ukjent til år

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
 Ingen

Intraoralt:

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

Lepper/ansikt/kjever:

- Svie/brennede følelse
- Smerte/ømheth
- Stiv/nummen
- Hudreaksjoner
- Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

- Tretheth
- Svimmelhet
- Hodpine
- Hukommelsesforstyrrelser
- Konsentrasjonsforstyrrelser
- Angst
- Uro
- Depresjon

Annet:

Rapportørens funn
 Ingen

Intraoralt:

- Hevelse/ødem
- Hviltige forandringer
- Sårblenmer
- Rubor
- Atrofi
- Impresjoner i tunge/kinn
- Amalgamtatoveringer
- Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

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

Annet:

Øvrige funn:

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

Annet:

Angi lokalisasjon:

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

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstattninger
- Avlegbare protetiske erstattninger
- Bittfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling (rotfylling)
- Rotbehandling (rotfylling)
- Tannkjøtsbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling

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

- Amalgam
- Kompositt
- Kompomer
- Glassionomer
- kjemisk lysherdende
- Bindingsmaterialer ("rimmer/bonding")
- Isolerings- fôringsmaterialer
- Fissurforegglingsmaterialer
- Beskyttende filmer (f.eks. varmish, femiss, fluorlakk)
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- vannbasert plastbasert
- Metall-keram (MK, PG)
- metalllegering keram
- Materialer for kroner/broer/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
- Avtynksmaterialer
- hydrokolloid 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.

Mottatt: _____
Besvart: _____
Registrert: _____
Klassifisert: _____
Sign: _____

Bivirkningsregisterets notater

Yrkesreaksjoner

Reaksjonen(e) gjelder lønshelpersonell 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@norceresearch.no
web: www.bivirkningsgruppen.no

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no

Henvisninger

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

Nei

Ja til

Bivirkningsgruppen

Lønnlege

odontologisk spesialist

allmennlege

medisinsk spesialist eller

på sykehus

alternativt terapeut

Annet

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

Tannlege/tannpleier/lege:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen opplæring

Pasient:

Sikker/trolig relasjon

Mulig relasjon

Usikker/ingen opplæring

Proteket Online

- Få mer kontroll med vårt digitale ordresystem



Enkel bestilling med automatisk prisoverslag, og leveringstid med sporbarhet



Chat med tannteknikeren når du selv ønsker eller har tid



Alt på et sted: samsvarserklæring, faktura og dokumentasjon



Les mer her



Registrer deg her



Trygge materialer?

TRINE LISE LUNDEKVAM BERGE, SPESIALTANNLEGE, FORSKER II, PH.D. BIVIRKNINGSGRUPPEN FOR ODONTOLOGISKE BIOMATERIALER, NORCE, BERGEN
 LARS BJÖRKMAN, TANNLEGE, MED.DR., LEDER FOR BIVIRKNINGSGRUPPEN FOR ODONTOLOGISKE BIOMATERIALER VED NORCE, BERGEN, OG PROFESSOR II VED INSTITUTT FOR KLINISK ODONTOLOGI, UNIVERSITETET I BERGEN

Odontologiske biomaterialer gir i sjeldne tilfeller alvorlige allergiske reaksjoner. For å identifisere, samle kunnskap og spre informasjon om bivirkninger fra materialene, bør alle uønskede reaksjoner rapporteres på mistanke og ikke kun om det er en dokumentert sammenheng mellom materialet og reaksjonen. Der det er mulig bør materialer med lavest mulig risiko for bivirkninger brukes. Tannleger skal ikke behøve å behandle pasienter med materialer som har unødvendig høy risiko for alvorlige bivirkninger.

En stor del av befolkningen eksponeres for materialer som brukes ved tannbehandling. Det er knapt noen andre kroppsfremmede materialer som har så langvarig kontakt med organismen som odontologiske biomaterialer (tannmaterialer). I dag finnes det en rekke tannmaterialer med en komplisert kjemisk sammensetning som det er vanskelig å få god oversikt over, og kjemikalier med til dels ukjent risiko blir jevnlig introdusert i nye materialer.

For en tid siden ble en fatal anafylaktisk reaksjon i forbindelse med bruk av et temporært rotfyllingsmateriale rapportert til Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer (1). Allergi mot fyllstoffet polyetylen glykol (PEG), som inngår i det aktuelle materialet, var mistenkt årsak til reaksjonen. Det er kjent at PEG kan gi anafylaksi (2) og en liknende alvorlig reaksjon i forbindelse med samme materiale er blitt rapportert tidligere i Tidende (3). Da den fatale hendelsen inntraff, var risiko for allergiske reaksjoner ikke nevnt i materialets bruksanvisning (4). Produsenten har i ettertid føyd dette til i en ny utgave av bruksanvisningen (5).

Når alvorlige bivirkninger skjer som følge av tannbehandling, er det naturlig å stille spørsmål rundt sikkerheten for de materialer vi bruker; hvordan kan vi best minimere risiko for bivirkninger i forbindelse med tannbehandling, og fungerer meldesystemet for eventuelle uønskede hendelser godt nok og slik vi forventer?

Alle mistenkte bivirkninger fra odontologiske biomaterialer bør rapporteres til produsentuavhengig instans. Det trenger ikke være en dokumentert sammenheng mellom materialet og reaksjonen.

Produsenten er ansvarlig for at materialene er sikre

Odontologiske biomaterialer er definert som medisinsk utstyr. I Norge gjelder EUs regelverk for medisinsk utstyr ("Medical Device Regulation"; MDR) (6). MDR angir at det er produsenten som er ansvarlig for at materialene de markedsfører ikke medfører fare for pasienter og brukere. Risikoen for bivirkninger og uønskede følger skal være akseptabel i forhold til de ytelser som er oppgitt.

Risikovurderingen av materialene beror blant annet på klassifisering av de stoffer som inngår i materialene. Den europeiske kjemikaliemyndighetens (European Chemicals Agency; ECHA) klassifisering av stoffene baseres på data fra stoffprodusentene og blir vurdert på

grunnlag av disse. Klassifiseringen er basert på en vurdering av de fysiske farene, helsefarene og miljøfarene etter visse kriterier. I vurderingen har man imidlertid ikke tatt hensyn til parenteral eksponering som blant annet kan inntreffe via rotkanaler eller skadet epitel ved bruk av odontologiske biomaterialer. Stoffet PEG er f.eks. ikke klassifisert som allergifremkallende av ECHA (7), til tross for at det finnes flere tilfeller av alvorlige reaksjoner mot PEG (2). Alle potensielle bivirkninger er med andre ord ikke kjent eller opplyst om, når materialet slippes på markedet. Noen bivirkninger avdekkes først når det blir tatt i bruk hos flere pasienter eller brukes over lang tid.

Hva er akseptabel risiko?

All tannbehandling medfører en viss grad av risiko. Ved risikovurdering veies fordeler mot mulige ulemper. Om materialet har store fordeler eller er det eneste alternativet for å lindre eller behandle sykdom, kan en del ulemper aksepteres. Vi aksepterer f.eks. risiko for allergiske reaksjoner ved lokalanestesi, på grunn av de store fordelene anestesien gir.

Hva som er en akseptabel risiko, kan oppfattes ulikt avhengig av hvilket ståsted man har. Risiko som er frivillig, er lettere å akseptere enn en påtvunget risiko (8). Produsent, behandler og pasient kan ha ulikt syn på hva som kan være akseptabel risiko for bivirkninger.

Dersom *produsenten* vurderer at risikoen for bivirkninger (alvorlighetsgrad og frekvens) og eventuelle konsekvenser av disse er mindre enn fordelene av inkluderte substanser, kan produsenten konkludere med at materialet er sikkert og effektivt, selv om det kan gi alvorlige bivirkninger hos enkelte individer. Behandleren og pasienten kan gjøre en annen vurdering, og mene at det er helt uaktuelt å risikere en alvorlig bivirkning dersom andre materialer med mindre risiko kan benyttes.

Tannlegen er ansvarlig for behandlingen

Helsedirektoratet gir som fagdirektorat anbefalinger og retningslinjer overfor tannlegene. Tannlegen har likevel selv ansvaret for å kontrollere om eventuelle bivirkninger fra materialene, anses å være innenfor det som er faglig forsvarlig og akseptert, og i samsvar med dagens kunnskap.

I tillegg skal materialvalg drøftes med pasienten og dokumenteres i journalen. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven er det et generelt krav at pasienter skal gi informert samtykke til behandling. Pasienter kan takke nei til behandling med et materiale som han eller hun ikke aksepterer.

Hvordan kan risiko for bivirkninger i forbindelse med tannbehandling minimeres?

For å veilede brukerne til å identifisere potensielt skadelige stoffer i materialer, finnes det sikkerhetsdatablader, som skal inneholde nødvendige detaljer om innholdsstoffer. Sikkerhetsdatabladene er

imidlertid ofte ufullstendige (9). Det kan dermed være vanskelig for behandleren å skaffe seg komplett informasjon om sammensetningen av materialet. Det er heller ikke et absolutt krav at medisinsk utstyr har sikkerhetsdatablader dersom klassifisering og merking sikrer samme informasjons- og beskyttelsesnivå (10).

Kravene i MDR beskriver at dersom materialet inneholder mer enn 0,1 vektprosent av såkalt CMR-stoffer (cancerfremkallende, mutagene eller reproduksjonstoksiske substanser) eller hormonforstyrrende stoffer, skal informasjon om dette inngå i bruksanvisningen.

Det samme gjelder om materialet inneholder stoffer som kan forårsake sensibilisering eller allergiske reaksjoner hos pasient eller bruker. Informasjonen i bruksanvisningen skal da inneholde en advarsel om at materialet inneholder slike stoffer, samt hvilke forholdsregler som skal tas. Det er derfor svært uheldig om stoffer i odontologiske biomaterialer er klassifisert på mangelfullt grunnlag som f.eks. om parenteral eksponering er utelatt fra risikovurderingen.

For legemidler finnes det et formalisert system som skal gi fullstendig informasjon om innholdet i produktene, men tilsvarende finnes dessverre ikke for odontologiske biomaterialer.

Rapportering av bivirkninger

I Norge blir tannleger, tannpleiere og leger oppfordret til å rapportere mistanke om bivirkninger fra odontologiske biomaterialer til Bivirkningsgruppen. Rapportering til Bivirkningsgruppen er frivillig, mens bivirkninger fra konkrete materialer, der

Behandlere bør stille krav til produsenten om å få informasjon om alle innholdsstoffer i materialene som benyttes.



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

produktet og produsent er kjent, skal ifølge reglene rapporteres til produsenten.

Alvorlige bivirkninger, som har forårsaket eller kunne ha forårsaket død eller alvorlig forverret helse, skal i tillegg rapporteres til ansvarlig tilsynsmyndighet. I Norge skal slike reaksjoner rapporteres til Statens Legemiddelverk.

Bruk av tannmaterialer med høy risiko for alvorlige bivirkninger bør fases ut og erstattes av tannmaterialer med mindre risiko.

I henhold til MDR, plikter også produsenten selv å rapportere hendelser som har ført til dødsfall eller uventet alvorlig forverring av en persons helsetilstand til ansvarlig tilsynsmyndighet. Utfordringen er at disse rapportene foreløpig kan være konfidensielle og at produsentene vanligvis ikke har noen interesse av å publisere rapporter om bivirkninger som opptrer i forbindelse med bruk av de materialer de produserer. Produsenten skal også melde eventuelle korrigerende sikkerhetstiltak, f.eks. tilbaketrekning av materialet fra markedet eller permanente eller midlertidige endringer i merking eller bruksanvisning. En skulle tro at et tannmateriale med et fyllstoff som var mistenkt årsak til fatal anafylaktisk reaksjon, ble trukket fra markedet, men slik er det nødvendigvis ikke. I dagens regelverk er det *produsentens* vurdering som ligger til grunn for beslutninger om eventuelle tiltak. Om produsenten selv vurderer at risikoen for bivirkninger fra et odontologisk biomateriale er akseptabel, har Statens Legemiddelverk svært liten mulighet til å forby bruken av dette materialet. For at Legemiddelverket skal kunne fraråde bruk, må det foreligge tilstrekkelig dokumentasjon som støtter dette. I dagens system, blir det i praksis etterspørselen i markedet som er avgjørende.

For at behandleren skal kunne ta et aktivt valg til beste for pasienten, er det derfor viktig å ha kunnskap om samtlige av stoffe-

ne som inngår i materialene og hvilken risiko disse kan medføre. Et betydningsfullt steg mot økt kunnskap er at alle brukere rapporterer om mistenkte bivirkninger fra odontologiske biomaterialer og at rapportene blir registrert i et produsentuavhengig system som dermed kan bidra med å avdekke og spre viktig informasjon om potensielle bivirkninger så tidlig som mulig.

Ved valg av materialer burde det være en selvfølge å etterleve substitusjonsprinsippet og erstatte materialer med høy risiko for alvorlige bivirkninger med materialer med mindre risiko (11).

Slik vi ser det, burde risikovurdering av odontologiske biomaterialer gjennomføres av produsenten, men i tillegg også av en produsentuavhengig instans med tilstrekkelig kompetanse. Om risikovurderingen konkluderer med at bruk av materialet innebærer større risiko enn nytte, bør det fjernes fra markedet. Ingen tannlege skal behøve å behandle pasienter med materialer som har unødvendig høy risiko for alvorlige bivirkninger og ingen pasient skal behøve å bli behandlet med slike materialer.

REFERANSER

1. Alnæs MB, Guttormsen AB, Björkman L. Fatal anafylaksi etter tannbehandling. *Nor Tannlegeforen Tid* 2021;131:472-3.
2. Wenande E, Garvey LH. Immediate-type hypersensitivity to polyethylene glycols: a review. *Clinical and Experimental Allergy*. 2016;46:907-22.
3. Alnæs M, Storaas T, Björkman L, Vindenes H, Brudevoll S. Anafylaksi etter endodontisk behandling. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2020;130:326-30.
4. Dentsply DeTrey. Bruksanvisning AH Temp™ rotkanalinnlegg (2013-03-08). DENTSPLY DeTrey GmbH, Germany; 2013.
5. Dentsply DeTrey. Bruksanvisning AH Temp™ rotkanalinnlegg (2021-04-19). DENTSPLY DeTrey GmbH, Germany; 2021.
6. The European Union. Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om opphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG. *Official Journal of the European Union* 2017;L 117, 5 May 2017.
7. ECHA. Substance Infocard: Poly(oxy-1,2-ethanediyl), α -hydro- ω -hydroxy- Ethane-1,2-diol, ethoxylated: The European Chemicals Agency; 2021 [updated 10/07/2021]. Lest 23.08.2021]. <https://echa.europa.eu/substance-information/-/substanceinfo/100.105.546>.
8. Starr C. Social benefit versus technological risk. *Science*. 1969;165:1232-8.
9. Kanerva L, Henriks-Eckerman ML, Jolanki R, Estlander T. Plastics/acrylics: material safety data sheets need to be improved. *Clinics in dermatology*. 1997;15:533-46.
10. Lovdata. Forskrift om endring i forskrift om utarbeidelse og distribusjon av helse-, miljø- og sikkerhetsdatablad for farlige kjemikalier [30.06.2021]. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-07-16-1140>.
11. Björkman L, Gjerdet NR, Samuelsen JT, Valen H, Læg Reid T. Dentale restaureringsmaterialer: Biologiske egenskaber og deres kliniske konsekvenser. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2016;126:872-80.

PIONERER SIDEN 1986. EN BETROD SKJØNNHET.



VITABLOCS®



Bevist en million ganger.

VITABLOCS er en av de mest estetiske og allsidige CAD/CAM materialene for moderne tannbehandling. Klinisk bevist siden 1986, de tilbyr tids besparende, effektiv produksjon uten kompromiss og de er tilgjengelig for alle vanlige CAM systemer.



Gå inn på nettsiden for å se dette og andre kliniske caser!

www.vita-zahnfabrik.com/casesVITABLOCS

Ønsker du mer informasjon, ta kontakt med:

K.A.Rasmussen 6251 2710
VITA Teemu Visuri 0400 585806
E-mail: t.visuri@vita-zahnfabrik.com

VITA – perfect match.

VITA

Er tannleger en fare for rettssikkerheten?

✍ TOR LANGBACH

Tannleger er en yrkesgruppe vi har et motsetningsfylt forhold til. Kan de også være en fare for rettssikkerheten? Jeg er redd svaret er «ja».

Foruten å trekke og plombere tenner, har tannleger de siste årene fått en annen oppgave: De undersøker barn på barnehusene. Barnehusene er det stedet hvor barn blir undersøkt og avhørt ved mistanke om omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Det første ble etablert i 2007, og barnehusene innebar et stort fremskritt i etterforskningen av saker hvor barn er involvert. For et par år siden ble tannleger knyttet til barnehusene, ut fra den tanke at undersøkelse av tann- og munnhulestatus kan bidra til å avdekke om barnet har vært utsatt for noe skadelig.

En slik undersøkelse skal resultere i en erklæring, som skal forelegges Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) for kvalitetskontroll. I 2018 kontrollerte DRK 19 rettsodontologiske erklæringer, mens tallet i 2020 var hele 454, hvorav 312 gjaldt erklæringer fra tannleger ved barnehusene. Antallet erklæringer har med andre ord eksplodert.

Denne økningen er i seg selv urovekkende, fordi tannleger som utgangspunkt er behandlere, og ikke har utdanning eller opplæring i rollen som sakkyndig. Ved barnehusene foretar de ikke behandling, men undersøkelser og bevissikring for politiet. De skal derfor være objektive og nøkterne, og basere sine vurderinger på vitenskapelig kunnskap. Som uerfarne sakkyndige er det dessuten lett å gå i en av de mange fallgruver sakkyndige kan møte, for eksempel å bli påvirket av at barnet (kanskje) har blitt utsatt for overgrep. En fare ligger også i at andre ved barnehuset finner indikasjoner på overgrep, slik at tannlegens egen faglige vurdering blir «forurenset» av andres funn.

Men hva er det tannlegene kan finne ut? At dårlig tannstatus kan samsvare med omsorgssvikt, trenger i dagens samfunn ingen

nærmere forklaring. Men kan slike undersøkelser avdekke seksuelle overgrep? Kanskje – men også kanskje ikke. Det er all grunn til å stille spørsmål ved hvor god og forskningsbasert den odontologiske kunnskapen er når det gjelder funn i munnhulen og seksuelle overgrep. Norsk faglitteratur om dette er svært begrenset. Kjenner tannlegene til hvilken kunnskapsstatus som foreligger på feltet, og har de et kritisk forhold til forskningen?

Det kan være grunn til å minne om Bjugn-saken. Barneleger uttalte seg med stor sikkerhet om sammenhenger mellom funn i jenters underliv og overgrep, uttalelser de juridiske dommerne la stor vekt på (mens juryen for sin del frifant tiltalte). I ettertid har barnelegene erkjent at de ikke var kritiske nok til egne metoder, og at det klart forelå et for dårlig vitenskapelig fundament til å kunne trekke så bastante slutninger som de gjorde.

Derfor kan tannlegene være en fare for rettssikkerheten. Når man begir seg inn på det som på mange måter synes å være ganske upløyd mark, er det fare for at bevisstheten om egen og fagfeltets kunnskap blir overvurdert. Resultatet kan være justismord.

Tor Langbach er en norsk jurist og tidligere tingrettsdommer i Trondheim tingrett. 2007-2013 direktør for Domstoladministrasjonen i Norge.

Teksten er også publisert på Cappelen Damm under fagsnakk i forbindelse med lanseringen av boken Om rettsmedisin og sakkyndighet tidligere i år.

3M Science.
Applied to Life.™

3M™ Scotchbond™ Universal Plus
adhesiv

Den originale, nå bedre enn noensinne!

3M™ Scotchbond™ Universal Plus
adhesiv tar universale adhesiver
til et nytt nivå! **Vi presenterer
det første radiopaque universal
adhesivet.**

Alle fordelene til det originale
3M™ Scotchbond™ Universal
adhesivet. I tillegg til ekstra
kontroll og forutsigbarhet

Spør om
en vareprøve!



go.3m.com/sbusample

3M.com

3M og Scotchbond er varemerker som tilhører
3M Company eller 3M Deutschland GmbH.
Brukes under lisens i Canada. © 3M 2021.
Alle rettigheter forbeholdes



På valg 2021

NTFs representantskap skal velge nytt hovedstyre i slutten av november. Tidende har spurt de aktuelle kandidatene om hva de ser som hovedutfordringer og hva de vil prioritere i sitt arbeid som øverste tillitsvalgte i NTF.

 ELLEN BEATE DYVI

NTFs hovedstyre teller ni medlemmer, inkludert president og visepresident. Valgkomiteen har innstilt syv kandidater. To hovedstyremedlemmer er allerede valgt av henholdsvis Sentralt forhandlingsutvalg (SF) og Sentralt næringsutvalg (SNU).

NTFs representantskapsmøte, med valg til nytt hovedstyre, finner sted på Gardermoen 26.-28. november.

Heming Olsen-Bergem



Presidentkandidat. Gjenvalg, har sittet tre hovedstyreperioder hvorav én som visepresident. Foto: Kristin Aksnes

Alder: 52 år

Utdanning: Cand. odont. UiO 1997. Spesialist oral kirurgi og oral medisin, UiO 2005. PhD UiO, 2015, Linjelederutdanning 2020 og HMS 40-kurs 2020.

Praksis: Privat praksis, Halden og Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Østfold, Fredrikstad 1997-1998. DOT Troms, Sjøvegan 1998. Privat Praksis Oslo, 1999-2000.

Instruktørtannlege UiO 1999-2005. Universitetslektor UiO 2006-2015. Privat spesialistpraksis Drammen 2003-2020. Forsvarets sanitet fra august 2015-. Leder spesialistutdanningen i oral kirurgi og oral medisin, UiO 2016-2019. Førsteamanuensis, IKO, UiO, 2016-. Spesialisttannlege ved ØNH/kjevekirurgi, Vestre Viken HF, Drammen sykehus 2016-2021. Sjef for Institutt for militær epidemiologi og for Forsvarets helseregister 2021-

Foreningserfaring: Styremedlem Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin 2008-2010. Leder Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin (NFOKOM) 2010-2016. Nestleder NFOKOM 2016-. Styremedlem ITI Norge/Sverige 2012-2016.

– Hva ser du som den eller de største utfordring(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Det er i skrivende stund ikke helt avklart hvordan den neste regjeringen skal se ut etter årets valg. Uavhengig av denne mener jeg at den største utfordringen for NTF på politisk hold er å få politikerne til å forstå at en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten er en fornuftig samfunnsmessig og samfunnsøkonomisk tilnærming til en bedret tannhelse i befolkningen. Det ses stadig tegn på at den norske modellen er god, men ikke så god som vi kanskje har trodd, og i alle fall med et stort forbedringspotensial.

En slik helhetlig gjennomgang vil kunne gi oss svar på en rekke spørsmål vi foreløpig ikke har godt nok grunnlag til å besvare. Hvor mange tannleger har vi i Norge i dag? Hvor mange trenger vi? Hvor skal de utdannes? Hvilken

utdanning skal de ha? Hvem skal utdanne dem? Hva innebærer helsearbeiderrollen? Hvordan skal myndighetene forholde seg til tannleger som helsearbeidere? Hvilken rolle skal tannleger ha i nasjonal beredskap, og hvordan innvirker det på hvem som utdanner dem og hvilket nivå utdanningen skal ha? Hvilken rolle skal tannlegespesialistene ha og hvordan skal balansen mellom tannleger og tannlegespesialister være? Hvilken rolle har fylkestannlegen og hvordan skal man ressurssette denne til å utføre sine lovpålagte oppgaver, blant annet også som beredskapsansvarlig? Hvordan kan vi best balansere tannleger med statlig og fylkeskommunal ansettelse mot de i privat sektor, og utnytte kompetansen hos begge til det beste for befolkningen og for tannlegene selv i sin yrkesutøvelse? Hvordan kan tannlegene samvirke med øvrig helsepersonell for bedret befolkningshelse? Hvordan skal vi utvikle faget? Hvordan skaper vi gode rammer for de som skal gjøre det? Hvordan opprettholder vi og forbedrer utdanning og forskning innen odontologi? Hvordan skaper vi grunnlaget for god tannlege- og tannlegespesialistfordeling?

Listen er lang og spørsmålene er mange. Jeg mener mye om alle disse punktene, og NTF skal jobbe for at svarene blir best mulig for våre medlemmer fremover, og for våre pasienter, men da trenger vi også en skikkelig gjennomgang som gir oss et bedre grunnlag.

Internt blant Tannlegeforeningens medlemmer må vi jobbe for at arbeidslivet og rammene rundt dette blir stadig bedre. Om du er ansatt offentlig eller privat, om du er selvstendig næringsdrivende, om du er praksiseier, om du arbeider i enkeltklinikk, flerklinikker, en regional eller nasjonal kjede, om du er på kompetansesenter, sykehus eller universitet, så skal NTF arbeide for deg. Vi har mange sammenfallende interesser og noen divergerende, men NTF skal se alle. NTF skal være den samlende foreningen!

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

– NTF skal fortsette det gode arbeidet mot politikerne og styrke dette ytterligere, samtidig som vi skal se alle våre medlemmer og være en tydelig fagforening for oss alle. Vi skal arbeide for å komme med de beste svarene på alle spørsmålene som er nevnt over. Vi skal arbeide for å gjøre hverdagen for alle våre tannleger givende og trygg, med gode muligheter og gode rammevilkår. Det skal være mulig å drive praksis uten at man overveldes av krav og doku-

mentasjon fra myndighetene, og at man faktisk enkelt kan forstå hva myndighetene forventer.

Som eksempel må man ha lovgiving, forskrifter og bestemmelser (det gule heftet som et tenkt eksempel) som er rasjonelle og tolkbare. Vi skal arbeide for større samhandling innad i tannhelsetjenesten til det beste for alle. Vi skal være premissleverandør og myndighetenes eksperter på munnhelse, i tett samarbeid med alle enheter i munnhelsetjenesten. Vi skal fortsette å styrke etterutdanningen og foreningens tilbud innen fag, jus, arbeidsliv, medlemsrådgiving, politikk og informasjon. Vi skal bli stadig bedre i vår informasjon ut til medlemmene. Vi skal være synlige, tilgjengelige og åpne for medlemmene, og synlige og tydelige i mediene.

Vi har og skal ha et stadig hardtarbeidende sekretariat som svarer ut høringer, presser på e-helsedirektoratet, helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Folkehelseinstituttet (FHI), som kan fag og etterutdanning, jus og arbeidsliv og medlemsrådgiving. Vi skal ha et Tidende som er et sterkt fagtidsskrift og også en informasjonskanal for våre medlemmer. Og vi skal se våre tillitsvalgte! Uten dem fungerer ikke fagforeningen NTF. Det skal være interessant og givende å være tillitsvalgt. Og dere skal bli hørt.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Jeg stiller til valg som president. I det legger jeg et ansvar i å se hele arbeidsprogrammet og helheten i arbeidsprogrammet. Arbeidsprogrammet er medlemmenes uttrykte ønske og rettesnor for hva presidenten får ansvaret for å gjennomføre. Hovedstyremedlemmene, og særlig representantene fra SF og SNU forventer jeg at har særlige punkter de er opptatt av at blir gjennomført, men presidenten skal se helheten. Representantskapet setter kursen og den skal vi følge.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Jeg har det siste året fått økt min kompetanse som leder. Jeg er opptatt av å gå inn i samtaler og møter med et åpent sinn. Jeg lytter til folk og jeg setter pris på gode diskusjoner og sterke meningsytringer. Uenighet er bra hvis den uttrykkes i sak. Og når man har jobbet gjennom sakene kan jeg være tydelig og ta avgjørelser.

Jeg har jobbet i Den offentlige tannhelsetjenesten, jeg har jobbet privat, både som tannlege og som tannlegespesialist. Jeg har arbeidet på sykehus, jeg har forsket, jeg jobber med beredskap. Og jeg har undervist og nytt gleden over å ha studenter. Jeg har tatt en PhD og kjent på følelsen av å klare alt og samtidig føle at jeg ikke kan noen ting (de som er stipendiater skjønner). Alt dette anser jeg som en styrke til nettopp det å se helhet, i å se styrken som ligger i at vi er forskjellige med ulike bidrag i prosessen. Jeg har stor tro på styrken som ligger i samarbeid, både mellom personer, men også mellom privat og offentlig sektor, mellom universitet og kompetansesentre, mellom tannleger, tannlegespesialister og andre helsearbeidere. Jeg er opptatt av tannlegen som grunnstammen og representanten for bredden innen faget, og jeg er opptatt av at tannlegespesialisten kun skal representere spisskompetansen. Selv er jeg stolt av å være tannlege. Og jeg er stolt av mine kollegaer.

Ralf Husebø



Visepresidentkandidat. Har sittet tre hovedstyreperioder som leder av Sentralt næringsutvalg (SNU). Foto: Inger-Anette Miranda

Alder: 52 år

Utdanning: Cand.odont. Universitetet i Bergen (UiB) 1995.

Praksis: Praksiseier i Sandnes 1998-

Foreningserfaring: Verneombud i Sandnes tannhelsesdistrikt 1997-1998, medlem PTL-styret 1998 - 1999. Leder PTL Rogaland 1999 - 2001. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2001 - 2002. Leder Landsmøtekomiteen (Stavanger) 2006, 2002 - 2007. Nestleder i Rogaland Tannlegeforening 2007 - 2009. Leder i Rogaland TF 2009 - 2011. Vara til NTFs hovedstyre 2010 - 2015. Leder i SNU 2015-2021. Styremedlem i Akademikerne Næring 2017-2021.

– *Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

– Det ser nå ut til at det er flertall på Stortinget for endringer innenfor tannhelsesektoren. De fleste partiene har lovet endringer og økt offentlig finansiering av tannhelsetjenester. Da er det ekstra viktig at vi er så tett på beslutningsprosessene som mulig, for å påvirke hvordan dette løses. Vi skal ivareta våre medlemmers interesser, men også pasientenes.

I tillegg brenner jeg for en samlet forening, og mener vi må jobbe hardt for å holde oss samlet. Står vi sammen har vi vesentlig større gjennomslagskraft enn om vi deler oss opp. Skal vi klare dette må vi jobbe mye med kommunikasjon, samt at vi må ivareta alle grupperinger i NTF.

– *Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?*

– Fortsette utviklingen av kurs, både digitale og fysiske, slik at alle våre medlemmer kan holde seg oppdaterte til enhver tid. Skal vi opprettholde vårt gode omdømme er det viktig at våre medlemmer går på kurs. Derfor er det viktig at NTF stadig utvikler sine kurs slik at medlemmene går på dem. Kursene må være relevante, interessante, lett tilgjengelige og varierte både i innhold og form. Som praksiseier er jeg opptatt av at vi også må ha kurs som går på ledelse, administrasjon og økonomi, ikke bare tannlegefaglige kurs.

NTF må hele tiden jobbe for å være premissleverandør i tannhelsepolitiske spørsmål. For å kunne påvirke tannhelsepolitikken må vi jobbe kontinuerlig med å fremme våre syn både i politiske prosesser og i samfunnsdebatten. Hovedstyre og sekretariat er blitt svært gode på dette, så det må vi fortsette med.

Vi ser en økende konkurranse både i bransjen i Norge, men også fra utenlandske aktører. I slike tider er det ekstra viktig at vi har gode holdninger. Etikk er derfor noe vi må jobbe aktivt med. Jeg har stor tro på at NTFs etiske regler kan utgjøre et konkurransefortrinn i forhold til andre aktører, og det vil være til pasientenes fordel om vi følger dem. NTF må fremme disse reglene overfor både medlemmer og pasienter.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Alle som sitter i NTFs hovedstyre må tenke på helheten i arbeidsprogrammet og ta ansvar for det. Områder som engasjerer meg mye er kursutvikling, yrkesetikk, gode arbeidsforhold for både praksiseiere og ansatte eller leietannleger, tannhelsepolitiske spørsmål og at vi står samlet som en sterk forening.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Jeg har lang erfaring i NTF, men også innen andre organisasjoner. Samfunnsengasjert, mener at vi alle må ta ansvar om vi skal ha et godt samfunn. Derfor mener jeg også at vi av og til må løfte blikket litt og ikke bare se på oss selv. Ellers er jeg løsningsorientert, men ikke redd for å stå på mitt standpunkt om jeg mener det er prinsipielt viktig.

Ingvild Nyquist Borgeraas



Hovedstyremedlem, gjenvalg. Har sittet nesten to hovedstyreperioder. Ble valgt til varamedlem i 2017, og gikk inn i NTFs hovedstyre som fast medlem sommeren 2018. Valgt til NTFs hovedstyre første gang i 2019. Foto: Privat

Alder: 47

Utdanning: Årsstudium i matematikk, 1994. Cand.odont. UiO 2002. Spesialkompetanse implantatprotektikk 2017.

Praksis: 2002-2004: Den offentlige tannhelsetjenesten i Oslo/assistenttannlege privat praksis Oslo. 2004-2011: Egen praksis Oslo. 2011-2015: Vestfold fylkeskommune (Tannlege 2011-2012, overtannlege med klinisk virksomhet på narkoseavdeling 2012-2015). 2015-: Privat praksis i Larvik



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

Foreningserfaring: Nestleder Oslo Tannlegeforening 2006-2007, nestleder Vestfold Tannlegeforening 2015-. NTFs hovedstyre: Vara første halvår 2018, senere fast medlem 2018-

– Hva ser du som den eller de største utfordring(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Tannhelse har vært et hett og viktig tema i høstens valgkamp. Luften gikk litt ut av ballongen da Hurdalsplattformen ble presentert, så nå må vi bruke den påvirkningskraften vi har for å få tannhelsepolitikken på riktig kurs basert på kunnskap. Tannlegeforeningen er blitt lyttet til de siste årene, og det skal vi også kreve i denne stortingsperioden. Vi må bruke innflytelsen vår til beste for befolkningen og tannlegene. Vi må kreve mer til de svakeste pasientene og styrke finansieringen av hele tannhelsetjenesten, slik at vi kan sikre tilgang til nødvendige tannhelsetjenester for alle og utjevne sosial ulikhet. Vi må sette oral helse på agendaen og synliggjøre hvor viktig oral helse er for den fysiske og den psykiske helsen.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

– Mye kan skje i løpet av en toårsperiode, og selv om vi heller ikke i denne perioden forventer å få en pandemi i fanget, så er det mulig at vi kommer til å måtte bruke mye tid på noe vi egentlig ikke har satt opp som en stor sak i arbeidsprogrammet. Men jeg er stolt av både bredden og innholdet i det arbeidsprogrammet Hovedstyret nå legger fram for Representantskapet.

Arbeidsmarkedet er i stadig endring, og det er også forventningene medlemmene våre har til fagforeningen sin. Tannleger er ulike og har ulike behov. Tannlegeforeningen må være en relevant og attraktiv forening for alle medlemmene våre, i alle faser av arbeidslivet sitt. Vi skal jobbe for gode og forutsigbare økonomiske rammer og vilkår for alle våre medlemmer.

Det er viktig å holde på vår posisjon som overordnet ansvarlig i tannhelsetjenesten, både offentlig og privat. Vi trenger tannleger som ønsker å bli ledere, og settes i stand til å bli ledere, i hele tannhelsetjenesten.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– MNTF skal være et kvalitetstegn. Uavhengig av om en er utdannet i Norge eller i utlandet, bor i nord eller sør, by eller bygd, jobber offentlig eller privat, i egen praksis eller i en kjede, skal pasientene våre vite at MNTF står for kompetanse og kvalitet hos tannleger med etikk og samvittighet høyt hevet.

Allmennpraktiserende tannleger skal stå for bredden i faget, og kompetanseheving og etterutdanning er viktig for å kunne utføre samfunnsoppgaven vårt.

Jeg mener at det bør opprettes nok studieplasser til å utdanne de tannlegene vi trenger i Norge.

Medlemmene våre må bli mer bevisste på hvordan vi kan skape en mer miljøvennlig og bærekraftig tannhelsetjeneste. Vi må ta ansvar og stille miljøkrav til leverandørene. Ingen kan gjøre alt, men alle kan gjøre noe.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Jeg har etter hvert ganske lang fartstid i yrket vårt, og føler jeg har god oversikt. Jeg har erfaring fra offentlig og privat virksomhet, både som ansatt tannlege og overtannlege i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), og som oppdragstaker, leietannlege og klinikkeier i privat praksis.

Gjennom styrearbeid på lokalt plan føler jeg at jeg også evner å se hva som foregår på «grasrota» i foreningen.

Jeg kom inn i NTFs hovedstyre som vara for fire år siden, og rykket opp til fast medlem etter cirka et halvt år, så nå har jeg sittet i tre og et halvt år. Jeg trives godt, og vil gjerne få lov til å bidra med å utvikle foreningen vår i to år til.

Jeg bor og jobber i Larvik hvor jeg er født og oppvokst, og er gift med Jan som er toksikolog og jobber i industrien, og mamma til tre gutter: Eivind og Håvard på 13 år og Vegard på 15 år.

Linn Katarina Henriksen



Hovedstyremedlem,
gjenvalg. Har sittet én
hovedstyreperiode
Foto: Privat

Alder: 40 år

Utdanning: NMH Oslo/BI Tromsø 2000-2003 Markedsføring og økonomi

Cand. odont, Tromsø 2013

Praksis: Heltidsansatt Troms Fylkeskommune, lbestad tannklinikk (enmannsklinikk) 2013-

Foreningserfaring: Tillitsvalgt UTV Troms 2017-. Valgkomité Troms Tannlegeforening 2019

– *Hva ser du som den eller de største utfordring(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?*

– En ny regjering, regjeringsplattform og politikk langs en annen akse gjør at jobben for å synliggjøre NTFs interesser er minst like viktig som før. Det er nye mennesker i posisjoner, nytt apparat rundt og nye tanker om fremtiden hos disse. Dette påvirker NTF og våre interesser for å ivareta

alle våre medlemmer og pasientene – som vi kjenner best. Vår utfordring er å gi kunnskap og innsikt i vårt fag og vår bransje, skape forståelse for kompleksiteten i tjenestens organisering og bidra til løsninger for fremtiden etter den retning som NTFs medlemmer vedtar. Vårt mål må være at politikken som kommer ut av storting og regjering er til det beste for pasientene våre, samtidig som vi utnytter ressursene som ligger i både offentlig og privat sektor hvor vi har vårt daglige virke.

Roller som påvirker av hvordan fremtidens tannhelse-tjeneste skal se ut, har vært og er fortsatt Tannlegeforeningens viktigste og kanskje mest utfordrende oppgave. All den tid det både gjennom valgkamp og plattform er etablert at den nye regjeringen og dens støttepartier har tannhelse på agendaen i mye større grad enn den forrige. Vi må i aller høyeste grad fortsatt være på ballen. Jeg beroliges i imidlertid av at vi har sett dette komme, er godt forberedt, står sammen og har et sterkt lag.

– *Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?*

– Politisk påvirkning og kunnskapsdeling i politiske miljøer har jeg snakket om over, så jeg skal ikke bruke flere ord på det her, men det henger egentlig sammen. I Den offentlige tannhelsetjensten (DOT), hvor jeg jobber, er det stadig tøffere vilkår for tannlegene. Oppdraget utvides, men de økonomiske bevilgningene uteblir. Utadrettet folkehelsearbeid må både her og der vike for produksjon, vi opplever økende grad av eldre og andre tunge pasient-



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

grupper som krever tid. Det kan bevilges 10 millioner her og 10 millioner der, men likevel er vi lysår fra mål når ventetiden på TOO-behandling er fire år mitt distrikt og syv år i Tromsø. Det kan vi ikke tolerere.

I min del av landet opplever vi på toppen av dette økende utfordringer med å rekruttere og beholde tannleger, som på langt nær får godt nok betalt for den jobben de gjør, eller har det utstyret de trenger for å henge med i fagutviklingen. Nå kan det delvis henge sammen med stadig og enorm ressursbruk på både sammenslåing og oppdeling, men jeg oppfatter ikke at den utviklingen er unik for mitt fylke. DOT må styrkes. Uten at jeg har noen som helst tro på at det kan eller bør gå på bekostning av privat sektor. Tvert imot så mener jeg det kan balansere den helhetlige tjenesten, og kan tjene alles interesser. Også pasientene. En fullfinansiert offentlig sektor vil gagne privat sektor.

Det er så mange saker jeg mener er viktig for NTF – for den neste perioden og hele tiden: etterutdanning, arbeidsmarkedet, grunn- og spesialistutdanning, etiske spørsmål, tariff og næringsvilkår og så videre og så videre, men jeg skal avslutte med det som kanskje står mitt hjerte aller nærmest. De pasientene vi alle møter. Som har behov for tannbehandling, men som ikke har penger på konto til å betale for det. Den ulikheten som ikke er til å tåle. Det er vondt for de pasientene det gjelder, og det gjør vondt for oss som ønsker å hjelpe. Slik kan vi ikke ha det, og jeg er stolt over at NTF snakker om disse menneskene både internt og i vårt påvirkningsarbeid eksternt.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Jeg har de siste to årene hatt stor glede av å jobbe sammen med de dyktige folkene i NTF sentralt, både de høyt kompetente medarbeiderne i sekretariatet, andre tillitsvalgte og mine gode kollegaer i hovedstyret. Jeg er stolt av foreningen vår og visjonen foreningen har vedtatt. Denne ene setningen tar inn i seg foreningens fokus på både medlemmene og befolkningen. Det ligger til grunn for mitt engasjement i NTF, og hele arbeidsprogrammet mener jeg er en manifestasjon av denne visjonen. De tre pilarene: medlemmene, samfunnet og organisasjonen og arbeidsoppgavene våre knyttet til disse danner grunnlaget for å oppfylle den visjonen. Da jeg svarte på dette for to år siden svarte jeg at den samfunnsrettede delen var det jeg ville engasjere med mest i. Politikken. Nå skjønner jeg at

det ikke er mulig å engasjere seg mer i den ene eller den andre delen av arbeidsprogrammet. De henger sammen, og det er nødvendig å være like engasjert i alle arbeidsoppgaver. Noe jeg er, og som er bakgrunnen for at jeg takket ja til gjenvalg da jeg ble spurt.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Jeg er genuint engasjert og interessert i tannhelse-spørsmål, faget vårt, pasientene våre, medlemmene våre og de politiske prosessene som har betydning for oss. Jeg forstår og er oppdatert på politikk generelt og er opptatt av samfunnet vi lever i. Jeg er hardtarbeidende og motivert for de oppdragene jeg får og tar. Nå er det ikke slik at jeg tror at dette nødvendigvis er spesielt for meg, men tvert imot gjelder det svært mange av våre medlemmer. Det gjør meg enda mer takknemlig for og ydmyk overfor at akkurat jeg har fått lov til dele mitt engasjement med og for NTF i denne rollen. De siste to årene har vært lærerike og har gjort meg motivert for enda mer. Jeg har virkelig hatt stor glede av vervet, både personlig og faglig. Selv (og kanskje spesielt) i den mest hektiske og utfordrende perioden gjennom 2020, hvor alle i NTF, både ansatte og tillitsvalgte, gjorde en ekstraordinær innsats for medlemmene våre. Fordi det er meningsfullt arbeid.

Ellen Holmemo



Hovedstyremedlem, gjenvalg. Har sittet tre hovedstyreperioder. Foto: Kristin Aksnes

Alder: 46 år

Utdanning: Odontologi ved UiB 1995–2000. Kurs i lystgas-sedasjon UiB 2006. Sertifisert som spesialopplært tannlege i kognitiv adferdsterapi odontofobi odontofobi 2014. Helseledelse, nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten BI, 2018.

Praksis: Offentlig ansatt tannlege i Hordaland Vest, nå Vestland Sentrum tannhelse-distrikt fra 2001-. Stilling ved Senter for odontofobi i Bergen 2008–2013. Klinikkleiar Sotra klinikkområde fra 2013-. Suppleant Bergen tannlegevakt fra 2013–2019, fast ansatt Bergen tannlegevakt 2019-.

Foreningserfaring: Tillitsvalgt i fylkeskommunen fra 2004. Hovedtillitsvalgt 2009–2013. UTV-representant i Bergen TFs (BTF) styre 2009–2013. Leder i valgkomiteen i BTF 2013–2015. Varamedlem i Sentralt forhandlingsutvalg 2011–2013. Medlem i sentralt forhandlingsutvalg 2014–2015. Representant for NTF i Akademikerne stat i 2013/2014. Representant for NTF i Akademikerne kommune i 2014/2015. Varamedlem i NTFs råd for tannlegeetikk 2011–2013. Medlem i NTFs råd for tannlegeetikk 2014–2015. Medlem i NTFs hovedstyre 2016-.

– Hva ser du som den eller de største utfordring(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Kanskje er det ønsketenking, men med økt politisk oppmerksomhet mot tannhelse, kan det jo faktisk hende at det kan skje større endringer på munnhelsefeltet. Da er det viktig at NTF er i posisjon som en fornuftig stemme som

politikere ønsker å lytte til. Det er når makta styrer uten å lytte til fagfolk at det går galt. Jeg tenker derfor at det er veldig viktig at NTF fortsetter sitt arbeid opp mot politikere og beslutningstakere. Dette er noe NTF er blitt gode på under Camillas presidentskap, og dette er en viktig rolle å utvikle videre.

Generelt sett er jeg bekymret for mettede arbeidsmarked i de største byene med de utfordringer dette kan medføre, lønns- og arbeidsvilkår for tannlegene, økt polarisering i samfunnet og i arbeidsmarkedet og behandlinger som ikke nødvendigvis utspringer fra en odontologisk diagnose.

Det er viktig for meg at vi er en samlet forening som jobber for en samlet tannlegestand i alle sektorer. Vi ser at både medlemsmassen og markedet er i endring, og det gir nye utfordringer. NTF skal kunne møte utfordringene og serve medlemmene på en god måte også i framtida.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

– Når politikere snakker om tannhelsereform, så må vi være PÅ. Nå trenger de jo ikke å sette noen av løftene ut i



Effektiv trådløs kommunikasjon for tannklinikker

DentalCall

Effektiv tilkalling – enkle budskap

Knapper plasseres og festes enkelt der dere ønsker å tilkalle fra. Knappene identifiseres med nummer, og/eller navn. Eksempelvis Stol 1, Rom 1 etc. CSN setter opp systemet med hensyn til hvilke pagere som skal få hvilke meldinger etter deres ønske.

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

Motta uforpliktende og tilpasset tilbud på DentalCall

Gå inn på dentalcall.no og fyll ut vårt enkle skjema. Vi ser frem til å høre fra deg.

Du kan teste systemet gratis i 14 dager*

Idéhuset Albretsen

* Lånebetingelser gjelder. Se callsystems.no for mer informasjon.

Call Systems Norge AS
Gauterødveien 6b, 3154 Tolvsrød. Tlf.: 90 04 60 40. E-post: hei@callsystems.no

live, men i regjeringsplattformen står det at de ønsker en gradvis utvidelse av offentlig tannhelsetjeneste med mål om å likestille den med andre helsetjenester. Blant annet skal støtteordningene for de med dårlig råd og de med sykdommer som gir dårlig tannhelse styrkes. Tannbehandling skal være gratis til 21 og til halv pris til 25. Jeg mener at det vil være uklokt å gjøre endringer av større art, uten at en gjør en helhetlig gjennomgang av hele tjenesten. En plutselig overføring av oppgaver til Den offentlige tannhelsetjenesten, uten at det medfølger nødvendige midler eller finnes infrastruktur, slik det for eksempel skjedde med TOO, er ingen tjent med.

Når NTF mener noe, er det alltid forankret i representantskapets beslutninger. Så lenge jeg har vært tannlege, har fri prisfastsettelse vært et uttalt ønske. Kanskje har vinden dreid litt, slik at vi er klar for å ta imot noe styring sammen med offentlige penger? Jeg gleder meg til å høre mange innspill på dette, blant annet i diskusjonen vi har planlagt som oppvarming for årets representantskapsmøte.

Dette kan bli nok en spennende tid for tannhelsepolitikk.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Jeg tror ikke jeg har noen saker som jeg kommer til å prioritere foran andre. Hovedstyret er en samling av mye ulik kompetanse. Oppgavene løses i fellesskap gjennom gode prosesser. Det er høyt under taket når vi diskuterer. Og plutselig kommer det en pandemi eller en kommunereform inn fra siden, og da må man omrokkere.

Det er likevel enkelte tema som løser på snakketøyet i større grad enn andre, og det er offentlig tannhelsetjeneste jeg kjenner best. Blant annet problemene med TOO-ordningen og ulikhet og vansker med å ivareta de syke eldre hjemmeboende, ligger mitt hjerte nært.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Det er så masse veldig god kompetanse i hovedstyret, at det innimellom føles som jeg er helt overflødig. Heldigvis hender det også at jeg kan glimte til innimellom. Bli jeg valgt, blir det min fjerde periode i Hovedstyret. Jeg merker at erfaring ikke er en ulempe, da mange av sakene vi jobber med er langvarige prosjekter som kommer til hovedstyret flere ganger over flere år. Jeg har all min yrkeserfaring fra offentlig tannhelsetjeneste i Vestland (tidligere Hordaland), hvor jeg nå er klinikkleder. Jeg har lang erfaring som

tillitsvalgt lokalt i Hordaland og sentralt i NTF, og i en kort periode fikk jeg også litt innblikk i paraplyorganisasjonen vår, Akademikerne.

Line Christiansen Holtan



Hovedstyremedlem, gjenvalg. Har sittet én hovedstyreperiode.
Foto: Privat

Alder: 52 år

Utdanning: BI, Høyskolekandidat 1988-90. Cand.odont. Universitetet i Bergen (UiB), 1997

Praksis: Den offentlige tannhelsetjenesten, Vest-Agder 1997-2013. Assistenttannlege i privat praksis 2013-

Foreningserfaring: Tillitsvalgt i fylkeskommunene fra ca. 1999. Hovedtillitsvalgt/UTV-leder 2010-13. UTV-representant i Vest-Agder Tannlegeforening (VATF) 2010-13. I styret i VATF 2014-2017. Leder i VATF 2017-2019. Medlem av NTFs hovedstyre 2019-

– Hva ser du som den eller de største utfordring(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Politisk er tannhelse opp og frem mer enn noen gang, og det snakkes om tannhelsereform. Hvordan og i hvilken grad dette vil skje gjenstår å se, men med et regjeringsskifte, er det spennende å se hva som nå legges i dette til slutt.

Det er svært viktig at Tannlegeforeningen er til stede og får være med å styre denne prosessen, og får gjennomslag for ønsket om en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten. Dette er tvingende nødvendig for å gi det kunnskapsgrunnlaget man trenger, nettopp for kunne definere behovene mer presist. Målet er jo et godt og likeverdig tilbud som bidrar til god oral helse i hele befolkningen!

Arbeidsmarkedet for tannleger er stadig i endring, det blir strammere og tøffere, og det blir mer kjededannelse og større klinikker.

Tannlegeforeningen har en oppgave i å bidra til at god yrkesetikk og faglig standard er en selvfølgelighet også i trange tider. Dette arbeidet starter allerede ved grunnutdanningen og videreføres gjennom den obligatoriske etterutdanningen. Livslang læring sikrer vedlikehold og videreutvikling av faglig kompetanse.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

– Viktigste oppgave er uten tvil å jobbe for en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten. Da må norske tannleger stå samlet i en forening med høy organisasjonsoppslutning, for å sikre god gjennomslagskraft!

NTF mener at tannhelsetjenesten skal ledes av tannleger. Dette må gjelde på alle nivåer, så lederkurs og videreutvikling av disse, er nødvendig for å bygge kompetanse hos medlemmer som kan ønske å påta seg slikt ansvar.

Det er essensielt med gode, engasjerte tillitsvalgte. Foreningen må derfor fortsette med å aktivt rekruttere, motivere og ikke minst skolere tillitsvalgte på alle nivåer. Ønsket er at medlemmene skal føle seg ivaretatt på en god måte med NTF som solid støttespiller.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Arbeidsprogrammet er det viktigste styringsdokumentet fra representantskapet til hovedstyret.

Det er derfor viktig å tenke på helheten i dette, selv om jeg er mer engasjert i enkelte områder.

Jeg er fremdeles opptatt av at den norske tannhelsemodellen må bevares, men det er behov for en videreutvikling gjennom endring og fornyelse.

Medlemsrettet arbeid er også viktig. Ønsket er at medlemmene skal føle seg ivaretatt på en god måte med NTF som en solid støttespiller. Det må tilrettelegges for gode arbeidsforhold for tannlegene, det være seg offentlig eller privat sektor, gjennom ulike rådgivningstjenester og medlemsfordeler. Da får vi forhåpentligvis trygge tannleger med et godt verdigrunnlag, som vil ivareta høy etisk og faglig standard. Dette vil igjen sikre tjenestekvaliteten og pasientsikkerheten.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Jeg har etter hvert lang fartstid både fra offentlig og privat tannhelsetjeneste, og dermed en allsidig og bred arbeidserfaring.

Hovedstyret er en ansamling med svært mye god og allsidig kompetanse hvor jeg ønsker å kunne bidra, og håper dermed at mitt tankegods kan komme godt med. Vi er også velsignet med et svært dyktig sekretariat.

Jeg synes jo også at det er veldig stas at Sørlandet er representert i hovedstyret!!!

Ellen Cathrine Mork-Knutsen



Hovedstyremedlem, nyvalg. Foto: Øistein Holm Haagensen

Alder: 57 år

Utdanning: Cand.odont. UiO 1990; Samfunnsodontologi, NHV Göteborg 93; Folkhälsovetenskap, NHV- 95; Organisasjonsadferd og ledelse, Handelshøyskolen BI, 2013; Ledelse, Høgskolen i Østfold, 2015; Eksamen NOFOBI 2018; Helseledelse, BI 2019; Consulting, BI 2019; Executive Master of management, Handelshøyskolen BI 2020,

Praksis: Distriktstannlege Sykkylven 1990-1991 og Rendalen 1991-1993, Privatpraktiserende tannlege, medeier og leder av tannhelsecenter i Halden 1993-

Foreningserfaring: Leder OTL Hedmark 1991-1993, Leder PTL Østfold 1994-1997, Varamedlem til PTE-styret 1995-1999; Diverse verv i Østfold Tannlegeforening 1994-2000, Leder Østfold Tannlegeforening 2000-2003, Varamedlem til NTFs hovedstyre 2001-2003, Varamedlem til NTFs hovedstyre 2020-2021

– Hva ser du som den eller de største utfordring(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Tannlegeforeningen har mange ulike oppgaver, både som arbeidstakerorganisasjon, arbeidsgiverorganisasjon, og som premissleverandør for etterutdanning, fag- og interesseorganisasjon for tannhelse. Det er viktig at NTF er attraktiv nok til at man står samlet i en felles forening. Organisering og finansiering av tannhelse er en utfordring.

Tannhelsetjenesten i Norge er i stor grad organisert «på siden» av det offentlig dominerte helsevesenet, men har samtidig et viktig samfunnsoppdrag. Koronakrisen viste viktigheten av å ha et sterkt fagmiljø gjennom NTF. Vi må fortsatt være den organisasjonen som kommuniserer med myndighetene, og jobbe for sterkere samarbeid med det øvrige helsevesenet, blant annet bør tannhelsetjenesten bli en naturlig del av nasjonale helseberedskapsplaner. Tannlegenes viktige rolle i folkehelsearbeidet må tydeliggjøres. Som følge av økt digitalisering vil NTF få nye utfordringer med tanke på kursvirksomhet og foreningsarbeid. Medlemskapet skal være et kvalitetsstempel, der man ivaretar både etikk og pasientsikkerhet i tillegg til faglig utvikling. I koronatiden har mange kollegaer kjent på økende avstand, og som forening skal også NTF sikre det kollegiale og sosiale «nærværet» og fellesskapet.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du at NTF bør prioritere i kommende to-årsperiode?

– Dialog med myndighetene er avgjørende, det er viktig å sette oral helse på agendaen og få synliggjort hvor viktig den er for både psykisk og fysisk helse.

NTF må sikre at det blir bevilget mer midler til sårbare grupper som sliter med sykdom og dårlig økonomi.

NTF må delta i den varslede totalgjennomgangen av finansieringen av tannhelsetjenestene med utgangspunkt i at ressursene fordeles mest mulig hensiktsmessig i befolkningen.

Dersom HELFO-systemet vil omfattes av en gjennomgang bør vi være en aktiv pådriver i en slik prosess.

NTF bør videreføre og videreutvikles som premissleverandør for kurs og etterutdanning. Tannhelsetjenesten i Norge bør ha som mål å yte tannhelsetjenester av verdensklasse. For å lykkes med dette er vi avhengige av et tett samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kompetansesentrene. Skal vi få til bedre samhandling på tvers av grenser, kommer vi ikke utenom et nasjonalt register for e-helse/e-tannhelse. Det må ikke være tannlegene som skal bære kostnaden av opprettelsen, og man må forhindre unødvendig byråkrati i en slik prosess.

De private tannlegene er en del av det totale samfunnsoppdraget, og må tydeligere på banen både i forebyggingsarbeid, som en tydelig stemme i den generelle folkehelsen. Det private tannhelsefeltet kan synes som om det er et marked med betydelige utfordringer, der balansen mellom tilbud og etterspørsel er forskjøvet. Det har vært en

stor utvikling med kjededannelser med tilhørende oppkjøp og salg av praksiser. En rekke spørsmål knyttet til lønnsomhet og drift for enkeltstående klinikker, endringer i rammevilkår og demografi så vel som tannturisme må besvares fremover. Konsekvensen av koronatiden for markedet i tannlegetjenester begynner å bli synlige. NTF bør også etterspørre/delta i en vurdering av ressurstildelingen til Den offentlige tannhelsetjenesten, for å vurdere hvorvidt tjenesten klarer å ivareta de prioriterte gruppene etter koronatiden, og hvorvidt de er i stand til å ivareta nye grupper og sårbare grupper som følge av endringer i politiske føringer.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Arbeidsprogrammet legger premissene for hva hovedstyret skal jobbe med. Det er viktig å ta med representantskapets innspill om prioriteringer, så blir det å gjennomføre med det mandatet.

– Hva har du å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– I den siste perioden har jeg vært varamedlem til hovedstyret samtidig som jeg har tatt en master i ledelse. Gjennom min lederutdanning har jeg satt søkelys på ulike problemstillinger rundt tannleger og yrkesutøvelsen. Jeg har lang erfaring som praksiseier, og er opptatt av forretningsdrift: grenseoppganger mellom salg av helsetjenester og etisk forsvarlighet på den ene siden og lønnsomhet og business på den andre. Jeg har stått sentralt i utviklingen fra en liten klinikk til et tannhelsesenter som jeg eide og drev sammen med min mann, Bamse (som døde i 2019), som jeg nå leder videre alene. I yrkesutøvelsen er integritet og autonomi viktig, der faglig utvikling og etisk kompass er retningsgivende og jeg ønsker å være med på å videreutvikle NTF både som fag- og interesseorganisasjon for tannlegene. Jeg har vært tannlege i 31 år og har vært engasjert i foreningen siden studietiden. Jeg er et «foreningsmenneske» med stort hjerte for NTF.

De to som allerede er valgt til NTFs hovedstyre:

Farshad Alamdari



Hovedstyremedlem. Gjenvolgt som leder av Sentralt forhandlingsutvalg (SF). Har sittet fire hovedstyreperioder. Foto: Kristin Aksnes

Alder: 56 år

Utdanning: Cand. odont. Oslo 1993

Praksis: Offentlig ansatt tannlege, Nordland fylkeskommune-Lurøy 1993 - 94, Hedmark fylkeskommune, Trysil 1994-2013, og overtannlege siden 2013-

Foreningserfaring: Styremedlem og kasserer Hedmark tannlegeforening 1995-2001, leder UTV Hedmark og styremedlem i Hedmark Tannlegeforening 2002-2013, nestleder Sentralt Forhandlingsutvalg (SF) 2008-2013, varamedlem NTFs hovedstyre 2008-2013, har representert NTF i Akademikerne stat, Akademikerne helse og nå Akademikerne kommune. Leder av Sentralt Forhandlingsutvalg og medlem av NTFs hovedstyre 2014-.

– Hva ser du som den eller de største utfordring(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Det skjer for tiden veldig mye og tannhelse, eller rettere sagt munnehelse, har nesten aldri vært så aktuell som nå. Med ny regjering og deres løfter om å reformere tannhelsetjenesten, er det viktig at NTF følger med og evner å påvirke prosessen. Selv om vi generelt har god tannhelse, er det fortsatt sosial ulikhet i helse og tannhelse. Sosial ulikhet betyr at det eksisterer ulike vilkår og mulighet for de ulike sosiale gruppene i samfunnet. Utfordringen er å finne frem til et system som bidrar til å redusere denne ulikheten.

Det er fortsatt et stramt arbeidsmarked, særlig i de store byene og arbeidslivet er blitt tøffere. Det er i slike tider desto viktigere å ha god yrkesetikk og faglig standard og her må NTF være en god støttespiller og arbeide for best mulig vilkår for medlemmene. NTF skal fortsatt være en sterk organisasjon og da er det svært avgjørende at vi klarer å stå samlet som én forening. Dette gir oss tyngde og troverdighet i møte med beslutningstakerne, slik at vi fortsatt kan være premissleverandør og påvirke der vi har mulighet.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

– NTF må fortsette med det politiske påvirkningsarbeidet og være den viktigste premissleverandøren i tannhelsepolitiske spørsmål.

I offentlig sektor er det svært viktig at NTF gir god støtte til de lokale tillitsvalgte i deres arbeid. De lokale tillitsvalgte, i alle tariffområdene, gjør en kjempejobb for medlemmene og NTF i en tid hvor det faktisk er blitt mer krevende å være tillitsvalgt.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Selv om arbeidsprogrammet består av flere deler som hver for seg er viktige, er det helheten som gjør programmet spennende og interessant. Hvis jeg likevel skal trekke frem noe, må det bli Nærings- og tariffpolitikk.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Jeg er engasjert og løsningsorientert, men samtidig ikke redd for å stå på mine meninger særlig de jeg mener prinsipielt er viktige. Jeg har jobbet lenge i offentlig sektor, både som tannlege og de siste åtte årene som overtannlege – så jeg kjenner sektoren godt. Jeg håper at min erfaring som mangeårig tillitsvalgt både lokalt og sentralt, kjennskap til lover, regler og organisasjonslivet og evnen til å samarbeide, vil bidra til arbeidet i NTFs hovedstyre.

Terje Fredriksen



Hovedstyremedlem, valgt som leder av Sentralt næringsutvalg. Har sittet to hovedstyreperioder. Foto: Privat

Alder: 52 år

Utdanning: Cand. odont. UiO 1997. Implantatprotetik 2009. Lystgassautorisasjon 2012

Praksis: Porsgrunn, Telemark

Foreningserfaring: Leder av Telemark Tannlegeforening, 2010-

Medlem av Valgkomiteen til Tannlegenes Gjensidige Sykeavbruddskasse, 2016-

Moderator på Facebookgruppen Oss Tannleger imellom, 2014-2017

– Hva ser du som den eller de største utfordringen(e) for Tannlegeforeningen i tiden fremover?

– Som alltid vil jeg nevne viktigheten at vi klarer å stå samlet som forening. Det er når vi snakker med én stemme at vi har størst gjennomslagskraft. Den gjennomslagskraften er det viktig at vi beholder med ny regjering og nytt flertall på Stortinget. Et flertall som i hvert fall i valgkampen har signalisert et helt annet fokus på offentlig involvering på munnhelsefeltet. Hurdalsplattformen sier ikke så mye, men det lille den sier om unge voksne opp til 25 legger igjen et

inntrykk av at utvidelsen skal skje i Den offentlige tannhelse-tjenesten (DOT). Med tanke på at oppimot tre firedeler av tannbehandlingen i Norge leveres av private aktører kommer en ikke utenom en så stor del av sektoren. For pasientenes del er det viktig at det følger med tilstrekkelig finansiering slik at ikke det blir en underfinansiert reform der DOT må hente penger fra andre steder enn bevilgningene.

– Hvilke(n) oppgave(r) mener du NTF bør prioritere i kommende toårsperiode?

– Det er et nytt storting og en del utskiftning av politikere som jobber med helse. NTF må jobbe mot disse nye ansiktene og fortsette voksenopplæringen i hvordan vår verden ser ut. Det er absolutt mulig å heve kompetansen, og forståelsen for vår sektor blant dem som sitter i posisjoner.

En av oppgavene i så henseende jeg vil dra frem er at NTF må arbeide for å få regjeringen til å starte en systematisk gjennomgang av hele feltet vårt, og når vi er kommet dit må vi arbeide for at også privat sektor blir husket i en slik gjennomgang.

– Hvilke(t) område(r) i NTFs arbeidsprogram vil du spesielt engasjere deg i?

– Jeg har min bakgrunn fra privat sektor og er blitt valgt av næringspolitisk forum for å ivareta næringspolitiske interesser, så dermed er mye av arbeidsfeltet gitt.

– Hva vil du ellers si at du har å tilføre NTFs hovedstyre, som er spesielt for deg og ditt kandidatur?

– Jeg begynner etter hvert å få noen års erfaring som tillitsvalgt, både fra NTF, men også fra partipolitikken og idretten. Jeg håper den erfaringen jeg har plukket med meg på min vei kan hjelpe meg i å gjøre en god jobb for NTF.

SPARK™

CLEAR ALIGNER SYSTEM

LETTERE, TYNNERE OG MER GJENNOMSIKTIG HVORFOR VELGE NOE ANNET ENN SPARK?

DESIGNET FOR Å MØTE DITT BEHOV

Med klinisk erfaring fra pålitelige kjeveortopeder verden rundt, har Spark skapt et avansert Clear Aligner-system, designet for å imøtekomme kjeveortopedenes behov og behandlingsprinsipper.



ALIGNER INNOVATION REDEFINED

The TruGEN™ er den siste innovasjonen i clear aligner-markedet. Dette materialet har en høyere retentionskraft enn den ledende aligneren på markedet.¹



FLEXIBEL 3D SOFTWARE

Proprietary Spark™ Approver software, designet for å gi kjeveortopeden mer kontroll.¹



I EN UNDERSØKELSE SIER 100% AV PASIENTENE AT DE VIL ANBEFALE SPARK TIL EN BEKJENT

Spark aligner system er klarere, mer resistent mot misfarging og mer behagelig i bruk enn ledende merker.²⁻³



TruGEN-aligner materialet er krystallklart og Spark programvaren fantastisk.



- Dr. Stuart Frost*



MER GJENNOMSIKTIG, MER BEHAGELIG I BRUK¹

Spark™ Aligner



FREMTIDEN ER NÅ. BEGYNN I DAG

Kontakt kundeservice på mail no@ormco.com
eller ring **+47 95 23 11 00** | ormco.dk

Ormco™

*Meningene sitert i dette materialet er fra Dr. Frost og Dr. Heinz. ^{1,2,3}Data on file.



International Dental Show 2021, live og digitalt

International Dental Show (IDS) er verdens største og viktigste dentalmesse. IDS arrangeres i Köln hvert annet år i mars. Covid-19-pandemien endret imidlertid både tidspunktet og formatet nå i 2021.

 KJETIL REPPEN

Arets messe ble arrangert fra 22. til 25. september. Den var vesentlig mindre enn tidligere år og kompenserte med en omfattende og svært velfungerende digital plattform.

På den digitale plattformen bød 77 utstillere på grundig presentasjon av 88 produkter med en samlet



presentasjonstid på 1 310 minutter(!) Denne delen var også tilgjengelig etter at utstillingen var over.

På selve utstillingen var det strenge krav til hygiene og munnbind, og alle mulige hensyn var tatt for at de 23 000 besøkende skulle unngå smitte.



De enorme utstillingshallene på 115 000 kvadratmeter viste produkter fra 830 produsenter som kom fra 60 land.

Når man besøker IDS er det interessant å se etter trender. Årets messe var selvsagt preget av produkter rettet mot hygiene. Det handlet om produkter for desinfeksjon og om sugesystemer for å redusere areosol. Det ble for eksempel vist frem hodetelefoner med innebygget sug som skulle redusere areosolen med 99 prosent.

At stadig flere produkter blir trådløse og dermed mye lettere å håndtere var også et gjennomgående trekk. En

lang rekke produkter styres nå rett og slett fra en iPad, og det er både enkelt, oversiktlig og hygienisk.

Og selvsagt vises en endeløs rekke av stadig forbedrede produkter til implantatbehandling. Her er det mye fint å velge mellom.

Aligners er åpenbart etterspurt og tar mye plass i markedet, også på IDS, og interessen for denne typen behandling er åpenbart stor.

En siste produkttype som stadig forbedres og utvikles er arbeidslampene med innebygget kamera. Her tilbys «kameralamper» med forstørrelser på mikroskopnivå.



NSK viste frem og demonstrerte sine trådløse, elegante instrumenter rettet mot implantatbehandling.



UFSK hadde en flott stand der de viste frem sine kirurgiske stoler og ditto tilbehør.



TANDEX presenterte sin nye serie av svært miljøvennlige produkter.



SURITEC viste frem et komplett sikkerhets- og varslingsystem for klinikker. Et system som varsler og hindrer innbrudd, brann og ikke minst datahacking.



Italienske LA PRADANA produserer blant annet kompressorer og mange av deres produkter ble vist på IDS.



CURT MARIA er produsent og leverandør av alle typer munnbind i de fleste farger.



Franske OWANDY radiology presenterte en serie med flotte, kompakte røntgenapparater med svært gode spesifikasjoner.



NICHROMINOX leverer et komplett system for oppbevaring av smått og stort på klinikken. Alt fremstår solid og gjennomtenkt. (Bilde 11)



SATELLITE instrumenter fra Pakistan er meget prisgunstige. De virker solide, og utvalget er upåklagelig.



PLANMECA hadde en flott stand og viste frem uniter og viste frem uniter og en interessant arbeidslampe.



G.COMM viste frem utstillingens mest spennende arbeidslampe med et innebygget kamera med opptil 30x zoom. Utrolig god oppløsning.



MA-COM fra Bosnia leverer fargerike, resirkulerbare plastprodukter av alle slag til bruk i klinikken. Et flott og omfattende assortiment.



BQE lager arbeidsstoler og har et stort og interessant utvalg av sessler. (Bilde 12)



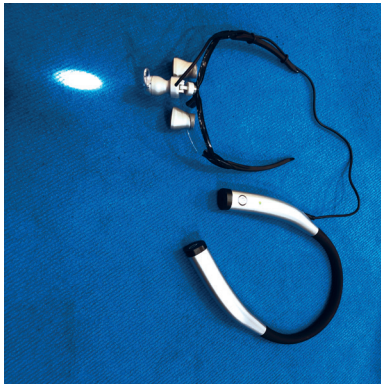
HYGENIO fra Italia demonstrerte et lite og mobilt desinfeksjonsapparat. Dette produktet brukes også på sykehus og er utrolig effektivt i tillegg til at det er svært tidsbesparende. Et svært relevant produkt i covid-19-tider!



GALIT uniter produseres i Ukraina og var både lekre og funksjonelle.



WWW.Y-BRUSH.COM presenterte en batteridrevet tannbørste som var som en avtrykkskje. Pusser alt på én gang og skulle være supereffektiv.



ENOVA er leverandør av lupebriller med tilhørende lys. Årets nyhet var et batteri som hviler løst rundt nakken.



SCORE DENTAL viste frem flotte sessler.



BAUSCH viste frem et komplett utvalg av hjelpemidler for registrering av artikulasjon og okklusjon, fra digitale registreringer via avtrykk til registreringspapir av alle slag.



GERL DENTAL hadde en stor og innbydende stand der de presenterte 13 forskjellige unitter fra fire av de store produsentene. Her var det mye å se på.



SCOPEYE viste frem digitale «briller». Et spennende produkt der man «ser digitalt».



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



VITA presenterte sin Vita Easyshade V, et digitalt instrument for sikkert og nøyaktig fargeuttak i protetikken. Dette forenkler og kvalitetssikrer et viktig punkt i prosessen.



GARRISON hadde en flott stand med demonstrasjon av produktene.



TUTTNAUER leverer blant annet kompakte autoklaver og vaskemaskiner til klinikken.



VOCO viste frem sin termo-viskøse kompositt. Et spennende produkt som fås som VisCalor og VisCalor bulk.



BPR fra Sveits har spesialisert seg på mobile enheter. Produktene er elegante og har meget høy kvalitet.



GBT, guided Biofilm Therapy, hadde en stor og godt besøkt stand. Dette systemet for rengjøring med for eksempel AIRFLOW er vel kjent.



BIEWER medical viste frem det nyeste i til lystgass-sedering.



INVISALIGN hadde en stor og show-preget stand. To-lags gjennomskjinnelige aligners der hard og myk blir byttet om ukentlig ble demonstrert.



QUICKSLEEPER anestesi ble demonstrert og publikum fikk prøve.



D-TEC fra Sverige viste frem sine lamper til belysning i behandlingsrommet. Dette er spennende lamper designmessig med gode spesifikasjoner.



HEKA var som alltid på plass på IDS og viste frem sin nyeste og mest påkostede unit.



ASEPTICO fra USA viste frem en serie med mobile enheter. De har alt man trenger, er meget enkle å transportere og er velegnet til ambulerende klinikk.



ALFA DENT hadde en lekker stand der messedeltakerne i fred og ro kunne få god informasjon om deres produkter til implantater.



PÅ IDS er det alltid en lang rekke demonstrasjoner og flere steder ble det vist skanning. Det var gode demonstrasjoner som belyste og kommenterte utfordringene.



Et besøk på IDS er morsomt og interessant, og etter ni timers vandring gjennom de seks store utstillingshallene er det godt at det finnes utstillere som tilbyr avslappende massasje til slitne besøkende.



IDS er en fantastisk utstilling og møteplass, og det er mye spennende og nytt som presenteres. I tillegg til alt utstyr og forbruksartikler som vises, er live-demonstrasjoner en viktig del av det vi kan få med oss. Alt er velorganisert. IDS er en messe man bør besøke, og neste sjanse er 14.-18 mars 2023.

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Munnstellboks ga bedre munnhelse for eldre på sykehjem



Foto: Colorbox

Munnstellboksen det er snakk om er det forskere ved Avdeling for gerodontologi ved Universitet i Oslo som står bak.

 **ASTRID SKIFTESVIK BJØRKENG**

– Det startet med et masterprosjekt, sier Katrine Gahre Fjeld som er forsker og spesialtannlege ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo.

– Tilfeldighetene ville det slik at jeg hadde undervisning for sykepleiere under masterutdanning i avansert geriatrisk sykepleie, hvor jeg fortalte om boksen vi har utviklet, sier

Fjeld. Hun er en av veilederne til masterstudentene og en av forskerne i munnstellboksprosjektet.

– Munnstellboksen skapte optimisme og det ble besluttet å søke Innovasjons- og kompetansemidler hos Statsforvalteren i Oslo og Viken, til et pilotprosjekt for å teste ut boksen i praksis, fortsetter Fjeld.



Kathrine Gahre Fjeld og Lene Hystad Hove er forskere ved Avdeling for gerodontologi ved Det odontologiske fakultet ved Universitet i Oslo. Foto: Håkon Størmer, OD/UiO.

Midler ble innvilget og prosjektet ble initiert av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Østfold), med Lene Hystad Hove fra UiO i styringsgruppen.

Arbeidsgruppen videreutviklet konseptet og testet munnstellboksen ut på et sykehjem i Viken.

– Hvilke erfaringer har dere gjort dere?

– Det vi oppdaget aller først var at i tillegg til den fysiske boksen med beskrivelser av hvilke tiltak det var behov for å følge opp, trengtes det også en liten undervisningspakke som beskriver hvordan man skal bruke boksen, forklarer Fjeld. Da måtte vi sette oss ned og finne ut hvordan undervisningspakken kunne brukes på best mulig måte.

– Det vi først og fremst erfarte var viktigheten av å jobbe tverrfaglig i team. Syke eldre har sammensatte og ofte kompliserte behov. Det er mange hensyn å ta for å sikre profesjonell og verdig omsorg. Derfor ble tverrfagligheten så viktig når vi skulle finne de beste løsningene for den enkelte bruker.

– Vi opplevde at vi i veldig stor grad kunne spille på hverandres erfaringer. Tannpleierne hadde mye erfaring med å lage undervisningspakker og veiledningspakker, og sykepleieren visste mye om logistikken og hvordan



Eksempel på en munnstellboks. Foto: Kathrine Gahre Fjeld.

ting faktisk fungerer i praksis. Det var en veldig fin og sammensatt prosjektgruppe, sier Fjeld. Man får til veldig mye, dersom man bare samarbeider med de rette menneskene med den rette kompetansen.

Munnstellboksene og undervisningsmateriellet ble testet ut på utvalgte avdelinger ved et sykehjem i Viken. De aktuelle brukerne fikk en munnstellboks hver, og pleierne fikk en opplæringsdel som handlet om oral helse generelt, og deretter en del om hvordan de skulle bruke boksen under assistert munnstell.

– Det må også sies at dette prosjektet ble gjennomført under pandemien, og vi er veldig stolte av at vi faktisk klarte å gjennomføre prosjektet, sier Kathrine Gahre Fjeld.

– Tilbakemeldingene har vært unisont positive. Munnstellboksen var et sårt tiltrengt tiltak, og jeg håper at dette ikke bare blir et pilotprosjekt, men at det kan videreutvikles og bli et tiltak som kan realiseres i en større skala på sykehjem, og også i hjemmesykepleien eller i bofellesskap, sier Kathrine Gahre Fjeld avslutningsvis.



Vi kjemper en daglig kamp mot ulovlig bruk av tannhelsesekretærtittelen.

Tannhelsesekretær – beskyttet tittel etter helsepersonelloven § 48

Kjært barn har mange navn, sies det, og for tannhelsesekretærer er dette riktig. Gjennom årtiene er vi blitt kalt søster, klinikksekretær, klinikkassistent, tannlegeassistent, assistent og tannlegesekretær.

Ikke det at vi er «kjært barn» kanskje, men at vi har vært uunnværlige, umistelige, sterkt savnet hvis vi er borte fra jobb, det har vi fått høre og føle.

Men tilbake til den beskyttede tittelen vår, *tannhelsesekretær*, den som ble besluttet brukt på utdannede og autoriserte og tatt inn i helsepersonelloven i 2000. Den blir misbrukt på de ufaglærte, i dagligtale og i arbeidskontrakter. Ikke bare en gang imellom og tilfeldig, men i stor målestokk.

Det brukes også lignende titler, som blant annet tannhelseassistent, tannlegeassistent og tannlegesekretær – titler som er svært like den autoriserte og dermed ulovlige å bruke etter helsepersonelloven § 74 Bruk av beskyttet tittel: «*Bare den som har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.*» og «*Ingen må uriktig benytte titler eller annonsere virksomhet på en slik måte at det kan gis inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning*»

Vi i Tannhelsesekretærenes Forbund (ThsF) kjemper en daglig kamp mot ulovlig bruk av tannhelsesekretærtittelen. Vi ser den blir brukt av arbeidsgivere, tannlegene, tannpleierne og

den ufaglærte selv. Titlene brukes også på mange tannklinikkers hjemmesider. Dette bidrar til å videreføre ulovlige titler og svekker vår yrkesgruppes utdanning og autorisasjon.

De ufaglærte prøver vi å være overbærende med, de har ikke utdannelsen og har dermed ikke gjennom den fått kunnskap om ulovlig bruk av autoriserte helsepersonelltitler. Men du som arbeidsgiver og tannlege, du sitter med kjennskap til helsepersonelloven og må være den som ikke benevner den ufaglærte og uautoriserte medarbeideren med en beskyttet tittel.

I kommentarene til helsepersonelloven § 74 gis det et eksempel på ulovlig tittelbruk: *Naturlege* er ulovlig – for da kan folk forledes til å tro at vedkommende er utdannet lege og har autorisasjon.

Er det da greit å bruke *tannlegesekretær*, *tannhelseassistent*, *tannlegeassistent*? Nei mener Helsetilsynet. Det kommer klart frem i svaret vi mottok på forespørsel om misbruk bruk av den autoriserte tittelen og bruk av lignende titler.

Autorisert helsepersonell med annen utdanning enn tannhelsesekretæruddanning kan heller ikke bruke tittelen tannhelsesekretær.

Tannlegeforeningenes bruk av tittelen *assistent* eller *klinikkassistent* på ufaglærte og uautoriserte anbefales på det varmeste.

Anne-Gro Årmo
Forbundsleder
Tannhelsesekretærenes Forbund



+
WE
KNOW
ENDO.

Vi gir deg markedets mest
pålitelige løsninger av den
høyeste kvalitet, understøttet av
en gedigen **opplæring & trening**.

Det finnes bare én **original!**

Les mer på dentsplysirona.com

NYHET parodontax
I APOTEK MID FEBRUAR



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.

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening



Ut med det gamle, inn med det nye

✍️ CHRISTIAN POLLOCK FJELLSTAD
 📷 KRISTIN AKSNES

Årets vakreste eventyr for politikkneder startet med partiernes landsmøter på våren og nærmer seg nå slutten denne høsten med at statsbudsjett for 2022 skal vedtas. Valgkampen konkluderte med stortingsvalg og nytt stortingsflertall i september. I oktober kom det ny regjering med ny regjeringsplattform og politikk, og ikke minst ny helseminister. Tannhelse har markert seg som et aktuelt tema gjennom hele denne perioden.

Nå er Stortinget i gang og nye stortingsrepresentanter har kommet seg inn i helse- og omsorgskomiteen. Den utgående regjeringen ledet av statsminister Solberg rakk å levere fra seg forslag til nytt statsbudsjett for 2022, før de måtte gi fra

seg taburettene. Nå må regjeringen, med Støre som statsminister, forhandle statsbudsjett med en ny konstellasjon på Stortinget.

NTF har drevet lobbyarbeid og prøvd å påvirke partiene og politikken for den nye stortingsperioden (2021–2025). Vårt hovedbudskap har vært å fremme behovet for en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, et ekstra løft til TOO-ordningen og økte bevilgninger for de som har dårlig oral helse og dårlig råd.

Kort oppsummert kan man si at NTF hittil er blitt hørt på med et halvt øre, både av regjeringen Solberg og regjeringen Støre.

Statsbudsjettet

Etter åtte år i regjering leverte statsminister Solberg og helseminister Høie fra seg et forslag til statsbudsjett som på tannhelsefeltet var bygget over samme lest som tidligere år. Det har vært lite innsats å spore de siste åtte årene, og gjennom pandemiårene har det meste så og si stoppet helt opp. Pausknappen er på og det er lite som settes i gang, utvikles eller avsluttes.

Etter pålegg fra stortingsflertallet våren 2021 fremmet regjeringen forslag om å løfte TOO-ordningen med en økning på ca. 20 millioner kroner for 2022. Styrking av tannhelsetjenestetilbudet rettet mot tortur- og overgrepsofre, og personer med alvorlig angst for tannbehandling (odontofobi), er viktig og sårt tiltrengt. Men, når dette foreslås oppnådd på bekostning av finansiering gjennom folketrygdens stønadsordning er NTF hverken fornøyd eller imponert. Gjennom åtte år har Solbergregjeringen spart, underregulert og omplassert midler i tannhelsetjenestene for nær 600 millioner kroner. Det er neppe blitt mer eller bedre oral helse av slike manøvreringer.

Nå setter NTF sin lit til at den nye Ap/Sp-regjeringen sammen med sin foretrukne forhandlingspart SV kommer i havn med et bedre budsjett for tannhelseområdet i 2022.

En ny tannhelsepolitikk?

Den nye regjeringen presenterte 13. oktober sin nye politiske plattform på Hurdalssjøen. Ap og Sp skal nå sammen styre landet i en mindretallsregjering og med en politikk som kan finne flertall med flere ulike partikonstellasjoner på Stortinget. Regjeringen vil trolig som oftest finne sammen med SV, og da spesielt i statsbudsjettet, men det kan hende andre flertall oppstår på ulike politiske områder.

NTF leverte innspill til regjeringsforhandlingene, og øverst prioriterte vi å få på plass en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten. En gjennomgang vil kunne danne grunnlag for en styrket tannhelsetjeneste for fremtiden og legge til rette for riktig finansiering og organisering av tannhelsetjenestene, basert på befolkningens behov.

Vi ser i dag at det er sosial ulikhet i oral helse. Det udekkede behovet for tannhelsetjenester er størst blant permitterte, arbeidsledige og personer med lav utdanning og lav inntekt. Dette må bekjempes gjennom målrettede tiltak for sosial utjevning og NTF presiserte i sine innspill at dette må prioriteres.

Videre foreslo NTF formuleringer til regjeringsplattformen som også påpekte behovet for forebyggende folkehelsearbeid og utvikling av digitale løsninger for tannhelsetjenesten.

Hurdalsplattformen kom ikke NTFs innspill helt i møte, og etterlater et inntrykk av en fortsatt stykkevis og delt tilnærming til tannhelsetjenestene som politisk område. Noe av den foreslåtte politikken er bra, men det er mye som fortsatt må jobbes med.

Regjeringen Støres langsiktige mål er en offentlig tannhelsetjeneste som likestilles med andre helsetjenester. På veien dit vil de styrke det forebyggende arbeidet og ikke minst styrke støtteordningene til de med dårligst råd, samt de med sykdommer som gir dårlig tannhelse. Videre ønsker regjeringen å sikre at de som har rett til gratis offentlig tannhelse, får et riktig og godt tilbud og de vil også gjennomgå refusjonsordningene på tannhelsefeltet.

Det er bra at de har visjoner for tannhelsetjenesten, men de planlegger altså ingen helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, som NTF mener er helt avgjørende. Skal man få til dyptgripende endringer i tjenesten må man først innhente kunnskap for så å treffe tiltak.

Når regjeringen faktisk nå ønsker å innføre gratis tannhelsebehandling til personer i alderen 19 til 21 år tydeliggjøres det sosialpolitiske og ideologiske prosjektet rundt velferdsstaten, uten at det faktisk kommer til å gi nevneverdig bedre tannhelse i befolkningen.

Politikk handler om å prioritere og her må det faktisk sies at NTF mener at regjeringen Støre prioriterer feil. NTF vil jobbe videre med partiene på Stortinget og fortsatt fremme sitt syn på hvilken retning tannhelsepolitikken bør utvikles i.

Lønnspolitisk forum 2021

 RAGNHILD HENRIKSEN LØKEN
 TONJE RUUD CAMACHO

Annet hvert år arrangerer NTF Lønnspolitisk forum for tillitsvalgte i offentlig sektor. I år ble arrangementet holdt på Hotel Bristol i Oslo, og tillitsvalgte fra alle universitetene, fylkeskommunene, Forsvaret, Studentsamskipnaden, NIOM og Lovisenberg sykehus deltok. På agendaen for årets forum sto blant annet NTFs policydokument om fremtidens tannhelsetjenester, hovedstyrets forslag til nytt arbeidsprogram, behovet for tannlegevaktordning og ikke minst fremdriften i de lokale lønnsforhandlingene som de tillitsvalgte i skrivende stund er fullt opptatt med.

Lønnspolitisk forums oppgaver er regulert i Reglementet for NTFS sentrale forhandlingsutvalg (SF) og lokale tillitsvalgte i tariffbundne virksomheter. De omfatter blant annet å drøfte tariffpolitiske spørsmål av prinsipiell betydning, drøfte saker bragt inn til forumet, evaluere lønnsoppgjør og ikke minst å velge NTFs sentrale forhandlingsutvalg og dette utvalgets valgkomité.

Gode diskusjoner

Når man samler 25 av Norges mest engasjerte Tannlegeforeningstillitsvalgte blir det gode og spissede diskusjoner. President Camilla Hansen Steinum og visepresident Heming Olsen Bergem fikk begge erfare at det til tider ble lang venteliste på å få tak i mikrofonen for å få sagt sitt når de skulle få forsamlingen med på å diskutere policydokumenter og arbeidsprogram. Mye ble sett i kontekst av at årets stortingsvalgkamp virkelig har satt tannhelsetjenesten langt framme i de politiske partienes bevissthet. Hva er re-

alistisk? Hva er bare valgflesk? Hvordan kan de ulike politiske partiene nå sine mål? Og hva trenger egentlig tjenesten og pasientene? Det eneste som det ble konkludert med var at det er et tydelig behov for «en helhetlig gjennomgang av hele tannhelsetjenesten» og at det må hentes inn mer kunnskap både om hvordan vi jobber, hva vi skal jobbe med framover og hvilke behov som møter oss i fremtiden hvis man skal utforme og dimensjonere en tannhelsetjeneste som favner om både privat sektor og offentlig sektor på samme tid – og som kan gi et likeverdig og godt tilbud til mennesker med stort behandlingsbehov over hele landet.

Ønske om bedre rammevilkår

Ikke overraskende får offentlig sektor stor plass i diskusjonen når de fleste deltakerne er nettopp fra denne sektoren. Det var tilsynelatende en felles oppfatning i salen om at offentlig sektor må ha bedre rammevilkår for å kunne fortsette å tilby gode tjenester til innbyggerne sine, samt kunne konkurrere om høyt kvalifisert arbeidskraft blir værende i offentlig sektor over tid. I tillegg ble det diskutert om universitetene har gode nok betingelser til å kunne utdanne fremtidens tannleger, og hvordan det i større grad skal bli mulig å få implementert forskning i vår daglige praksis. Flere trakk frem at det er behov for flere synergier mellom offentlig og privat tannhelsetjeneste, da det er tydelig behov for mer samarbeid på flere arenaer enn det foreligger i dag.



NTFs sentrale forhandlingsutvalg består nå av (f.v.) Anne Gussgard, Birgit Hjort Kollevold, Farshad Alamdari og Christiane Howlid Dale. Øivind Ellingsen var ikke til stede da bildet ble tatt.

Lønnsforhandlingene er i gang

De lokale lønnsforhandlingene har så smått begynt ute i fylkeskommuner og statlige virksomheter. Noen steder er resultatet klart, andre steder er det fremdeles flere uker til forhandlingsmøtene skal gjennomføres. I fjor opplevde Tannlegeforeningen at det ble brudd i forhandlingene i flere av fylkeskommunene på grunn av både dårlige prosesser og dårlige tilbud fra arbeidsgiverne. I år er det både mulig å få til bedre oppgjør og flere av arbeidsgiverne har lagt opp til mer ryddige og åpne prosesser enn hva som var tilfelle i fjor. Det er dog heller ikke i 2021 lagt opp til lønnsfest i offentlig sektor.

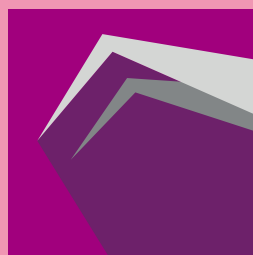
Nye tillitsvalgte

To engasjerte og hyggelige møtedager ble avsluttet med valg til Sentralt forhandlingsutvalg. Utvalget skal ideelt sett ha representanter fra mer enn ett tariffområde. Da nåværende nestleder, Ragnhild Henriksen Løken, valgte å ikke ta gjenvalg åpnet det seg en mulighet for å få inn både en ny nestleder og ikke minst en helt ny kandidat til utvalget. Valgkomiteen fikk et såkalt luksusproblem og måtte velge mellom flere foreslåtte kandidater, i tillegg til de fra styret som tok gjenvalg. Farshad Alamdari (Innlandet FK) ble innstilt og valgt til sin femte periode som leder av SF. Birgit Hjort Kollevold (Viken FK) fikk rollen som nestleder. Styrets øvrige medlemmer ble til slutt Christiane Howlid Dale (Rogaland FK), Øivind Ellingsen (Innlandet FK) og Anne Gussgard (UiT – Norges arktiske universitet). Fra årsskiftet skal de ta på seg oppgaver og ansvar knyttet til både opplæring av tillitsvalgte, strategi og

innspill til sentrale tarifforhandlinger i den neste toårsperioden. Ny valgkomite består av Ragnhild Henriksen Løken, Hege Myklebust, Ingvild J. Brusevold og Line Johansen Sund.



Ny valgkomité består av Ragnhild Henriksen Løken, Hege Myklebust Vartdal og Ingvild Brusevold. Line Johansen Sund var ikke til stede da bildet ble tatt.



NTFs LANDSMØTE

Takk for i år!

Tusen takk til deltakere og utstillere på årets landsmøte!

I stedet for blomster til prisvinnere, hederstegnmottakere og foredragsholdere har vi valgt å gi en gave til Plan International og deres TV-aksjon "Barn - ikke brud". Les mer om aksjonen på www.blimed.no

Bilder og nyheter fra landsmøtet finner du på www.tannlegeforeningen.no/landsmotet samt i neste nummer av Tidende (12/2021)



VELKOMMEN TIL FELLESSEMINAR 2022



SMERTE INNEN ODONTOLOGIEN

Dato: Fredag 28. og lørdag 29. januar 2022

Sted: Clarion Hotel Oslo

Målgruppe: Tannlegespesialister

Påmelding gjøres via
www.tannlegeforeningen.no/TSF

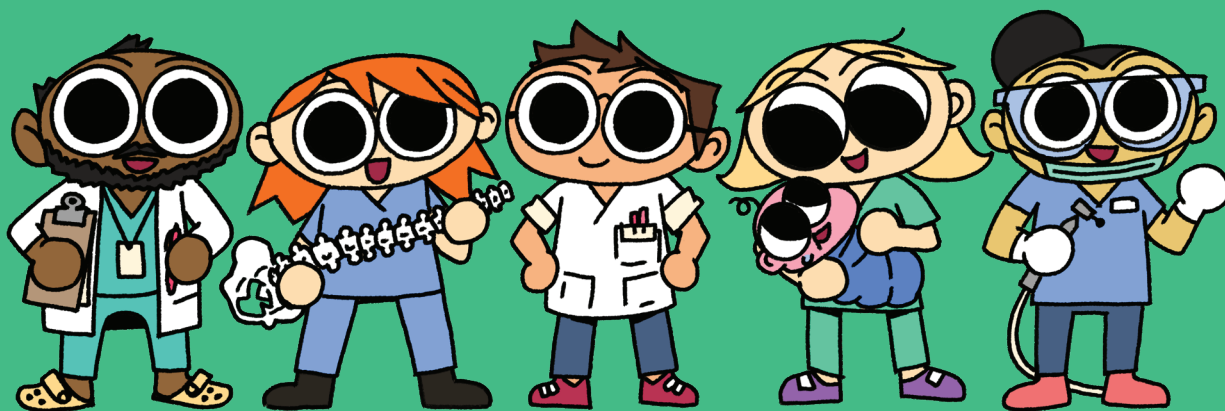
Pris: kr 4000

Deltakeravgiften inkluderer lunsj begge dager

Påmeldingsfrist: 15. desember

Mer er ikke alltid bedre

Vi helsearbeidere ønsker å
ta kloke valg for din helse
- sammen med deg



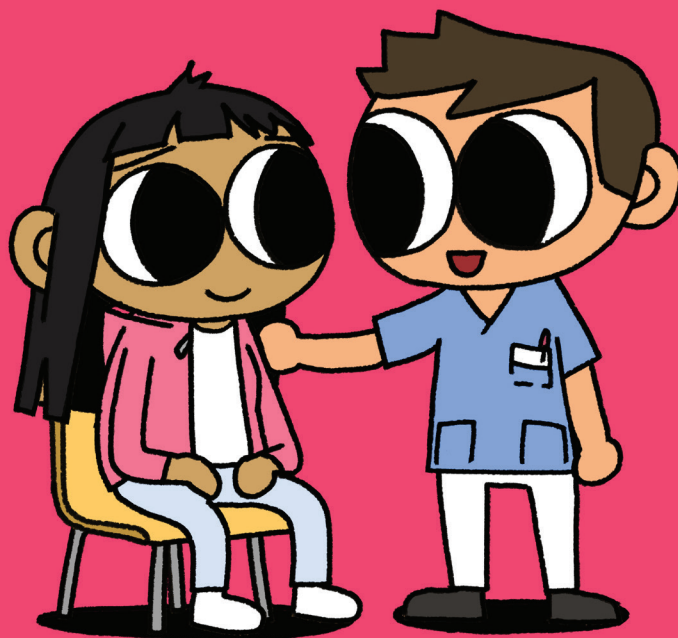
 Gjør kloke valg

www.klokevalg.org

- en nasjonal kampanje mot overdiagnostikk og overbehandling



Mer er ikke alltid bedre



Som pasient oppfordrer vi deg til å aktivt ta del i behandlingsplanleggingen. Her er fire spørsmål tannlegen gjerne svarer på:

- Hvorfor trenger jeg denne testen/behandlingen?
- Hva er risiko og bivirkninger?
- Hva skjer om jeg ikke gjør noe?
- Finnes det alternativ?

Slik vil tannlegen kunne gi deg som pasient god informasjon og veiledning om valg av behandling.



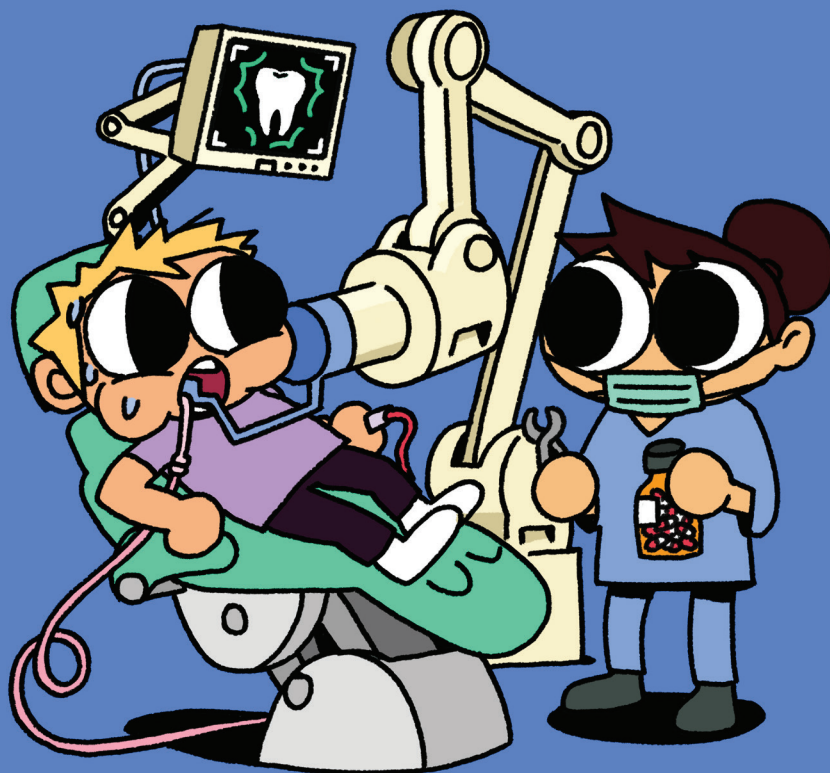
Gjør kloke valg

www.klokevalg.org

- en nasjonal kampanje mot medisinsk overaktivitet

Gjør kloke valg

– Tannlegeforeningens råd # 7



Unngå å rekvirere prøver hvor svaret ikke vil ha konsekvens for diagnose eller videre odontologisk behandlingsforløp.

For mer informasjon se
www.tannlegeforeningen.no/klokevalg



Den norske
tannlegeforening



Gjør kloke valg

Forskningskonferanse

Betydning av oral helse for generell helse – og omvendt!

Bergen 23-24. november 2021

GERONETT er et tverrfaglig forskningsnettverk for eldre helse med medlemmer fra tannhelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten, utdanningsinstitusjoner og sykehus.

GERONETT arrangerer nå en konferanse med fokus på aldring og helse, hvor betydningen for oral helse for generell helse fremheves – og omvendt!

Alle som har interesse for forskning relatert til eldre helse og eldretannhelse inviteres til GERONETT – konferansen 2021. Flere anerkjente nasjonale og internasjonale forskere bidrar med sin kompetanse den 23. og 24. november. I tillegg vil vi åpne opp for presentasjon av pågående forskning fra deltakerne, både muntlig presentasjon og posterpresentasjon.

Temaer for konferansen

- 🕒 Oral helse hos eldre
- 🕒 Sammenhengen mellom generell helse og oral helse hos eldre
- 🕒 Samhandling mellom helsetjenester om den eldre pasienten
- 🕒 Innovasjon

Praktisk informasjon

- 🕒 [Følg lenke til Geronett.no for påmelding og program](https://geronett.no)
- 🕒 **Frist for påmelding:** 15. oktober
- 🕒 **Sted:** Radisson Blu Royal Hotell, Bryggen i Bergen
- 🕒 **Pris:** Konferansen dekkes av GERONETT, med unntak av overnatting. Deltakere som ikke møter vil bli fakturert for kostpris.



Professor Anastassia Kossioni
University of Athens



Professor Nicola West
University of Bristol



Professor Inger Wårdh
Karolinska Institutet



Professor Joke Duyck
Katholieke Universiteit Leuven



Professor Olav Gjelsvik
Universitetet i Oslo



Tannhelsetjenestens
kompetansesentre



NIOM



Arbeidsliv

«Danmarksaken»: Staten har brutt EØS-avtalen

Staten har brutt EØS-avtalen, og kastet kortene på både autorisasjon og erstatningsansvar rett før den såkalte Danmark-saken var berammet i Høyesterett.

ADVOKAT TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF (PROSESSFULLMEKTIG FOR DEN PRIVATE PARTEN)

Har tannleger utdannet i Danmark rett til autorisasjon i Norge? Eller rettere sagt: Kan staten *slutte* å godkjenne disse tannlegene, etter minst 40 år med et felles nordisk arbeidsmarked? Etter fem års kamp i rettssystemet har staten kastet kortene: Tannleger utdannet i Danmark har rett til autorisasjon i Norge. Staten erkjente erstatningsansvar, rett før saken var berammet i Høyesterett. Staten har brutt EØS-avtalen overfor disse tannlegene minst siden 2007. Saken er prinsipiell. Autorisasjonspraksis er endret i alle tilsvarende saker, hvor staten har gjort samme feil. Dette er en oppsummering av de faktiske og rettslige sidene av saken.

Staten kastet kortene i prinsipiell sak.

Saken startet med at staten plutselig sluttet å godkjenne den 5-årige tannlegeutdanningen fra Danmark i 2016, etter minst 40 år med et felles nordisk arbeidsmarked. Tannlegen (heretter kalt A) vant saken fullt og helt i lagmannsretten i 2019¹. Staten anket. Først etter at EFTA-domstolen i mars 2021 konstaterte at Norge har brutt EØS-avtalen², endret staten syn³.

Hovedspørsmålet bortfalt i juni 2021, da A omsider fikk autorisasjon som tannlege i Norge. Anken over erstatningsspørsmålet bortfalt i oktober 2021. Staten aksepterte erstatningsansvar, og dekker det alt vesentlige av As økonomiske tap, fremtidige tap og saksomkostninger. Saken ble dermed avsluttet rett før den var berammet i Høyesterett 26.-27. oktober 2021⁴.

Lagmannsrettens dom av 2. juli 2019, slo fast at tannleger utdannet i Danmark har rett til autorisasjon i Norge, at forvaltningspraksis har vært feil minst siden 2007 og at staten har erstatningsansvar. Det endelige resultatet er i samsvar med lagmannsrettens dom.

1. juli 2021 ble autorisasjonspraksis endret for tannleger, leger og annet helsepersonell med utdanning fra EØS-land,

hvor staten har gjort samme feil⁵. I anken til Høyesterett 16. september 2019, opplyste staten at Helsedirektoratet siden 2016 har mottatt flere hundre slike søknader fra leger og tannleger med utdanning fra en rekke EØS-land. Det er et grunnleggende forvaltningsrettslig prinsipp at like tilfeller skal behandles likt.⁶ Også andre ugyldige vedtak må omgjøres, og staten vil kunne ha erstatningsansvar i flere saker.

Det tok fem år før staten omsider erkjente saksbehandlingsfeil, feil faktum, feil rettsoppfatning og feil rettsanvendelse, herunder brudd på EØS-avtalen artikkel 28 og 31. Det skjedde ingenting av betydning for denne saken, hverken i 2007 eller i 2016. Både faktum og jus er uendret.

Ugyldige avslag på søknad om autorisasjon og lisens fra Helsedirektoratet og Statens helsepersonellnemnd får uopprettelige konsekvenser for enkeltborgere. Dette er særlig inngripende vedtak som gjelder et av de mest vesentlige rettsgoder, nemlig retten til å utøve sitt yrke. Denne saken har avdekket alvorlig systemsvikt på flere nivåer, også i Helse- og omsorgsdepartementet. Det er derfor avgjørende at saken følges opp, og ikke feies under teppet.

I lys av sakens realiteter, er et betimelig spørsmål: Hvor langt er staten villig til å gå, for å skjule egne feil og «vinne» saker? Statens uttalelser i artikkelen «Som nyutdannet ble hun nektet autorisasjon. Nå får hun erstatning fra staten» (Krono 17. oktober 2021)⁷, kan ikke stå uimotsagt.

Riktig faktum er en forutsetning for riktige vedtak til rett tid.

Først en gjennomgang av riktig faktum om tannlegeutdanningen i et av våre nærmeste naboland.

Tannlegeutdanningen i både Norge og Danmark er 5 år og oppfyller minstekravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet (heretter YKD) artikkel 34⁸. Danmark har i mange tiår hatt en av de beste tannlegeutdanningene i Europa. Det er ingen forskjeller av

betydning, sammenliknet med utdanningen i Norge⁹. Cand. Odont. (Master of Science in Dental Surgery) fra Danmark, har samme kompetanse og kvalifikasjoner som tannleger utdannet i Norge.

Staten kjøper hvert år syv studieplasser i odontologi på universitetene i Aarhus og København, som er forbeholdt nordmenn. Disse tannlegene har hatt rett til å jobbe i Norge i minst 40 år. Staten burde med andre ord ha svært god kjennskap til innhold og varighet på tannlegeutdanningen i Danmark.

Fullført femårig utdanning gir automatisk rett til autorisasjon som tannlege, rett til å bruke tittelen tannlege og rett til å utøve tannlegeyrket et helt yrkesliv i de respektive landene¹⁰. Danske myndigheter har bekreftet at tandlæge med autorisasjon kan jobbe selvstendig, har det fulle behandlingsansvaret overfor pasientene og forskrivningsrett på legemidler i Danmark. A var Cand. Odont. med autorisasjon som tannlege i Danmark i 2016.

Riktig rettsoppfatning. Er nå egentlig dette så vanskelig?

Lagmannsrettens dom (heretter kalt dommen) var enstemmig, med slik domsslutning¹¹:

1. A, født 0.0.1990, gis rett til autorisasjon som tannlege i Norge.
2. Staten v/Statens helsepersonellnemnd er erstatningsansvarlig for As økonomiske inntektstap som følge av avslag etter søknad 10.08.2016.

Hovedspørsmålet var om A hadde rett til autorisasjon som tannlege i Norge i 2016. Villkårene for rett til autorisasjon følger av helsepersonelloven § 48a (1). Autorisasjon etter søknad skal gis til den som:

- b) har bestått utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52¹²,
- c) har gjennomført utdanning og bestått utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk utdanning og eksamen, eller
- d) har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet ved bestått eksamen i helsefaglig utdanning, og tilleggsutdanning eller yrkeserfaring

Hvis villkårene i ett av disse rettsgrunnlagene er oppfylt, har søker rettskrav på autorisasjon i Norge. Hvis søker ikke har rett til autorisasjon, må søknaden vurderes etter helsepersonelloven § 49 lisens (begrenset autorisasjon).

Lagmannsretten konkluderte med at A hadde krav på autorisasjon som tannlege i Norge på flere forskjellige rettsgrunnlag¹³, bl.a. helsepersonelloven § 48 a (1) c. A hadde gjennomført

utdanning og bestått utenlandsk eksamen som skal anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk utdanning og eksamen.

Dette har vært gjeldende rett siden lenge før EØS-avtalen trådte i kraft¹⁴. Dommen er med andre ord riktig, helt uavhengig av EØS-avtalen.

EFTA-domstolen bekreftet at lagmannsrettens vurdering av EØS-avtalen artikkel 28 og 31 er riktig:

«74 Vurderingen som skal gjøres etter EØS-avtalens hoveddel, må sammenligne søkerens kunnskap og ferdigheter slik de er dokumentert ved søkerens attester og praktiske erfaring, med den kunnskap og de ferdigheter som kreves for adgang til yrket i vertsstaten. I denne vurdering må søkerens kvalifikasjoner sammenlignes med kravene for adgang til yrket i vertsstaten. At søkeren ikke har full adgang til yrket i hjemstaten, kan ikke være avgjørende for denne vurdering.

75 ... om en søker har fått utdanning som oppfyller minstekravene til utdanning angitt i direktivet, burde dette forenkle og lette sammenligningen av kvalifikasjonene søkeren har oppnådd, med kravene i vertsstaten.»

Dette er i samsvar med dommen punkt 7.5:

«Det er de reelle yrkeskvalifikasjoner hos en søker som er avgjørende. EU-domstolen har i flere år satt som krav at statene plikter å gjøre en objektiv sammenligning av diplomer, hvor statene må undersøke hva som er dokumentert ved søkerens kvalifikasjonsbevis. Dersom søkerens kvalifikasjonsbevis fra et annet land viser at søkeren har kunnskap og kvalifikasjoner som er, om ikke identiske, så om ikke annet samsvarende med de som nasjonale kvalifikasjonsbeviser gir, så skal disse godkjennes.

Dersom sammenligningen av utdanningen resulterer i at det utenlandske kvalifikasjonsbeviset samsvarer med det som kreves etter nasjonal rett, skal søkerlandet godkjenne det utenlandske kvalifikasjonsbeviset som tilstrekkelig dokumentasjon. Dette ble for så vidt allerede fastslått av Vlassoupoulo (C-340/89) av 07.05.1991, se særlig avsnitt 16, 17 og 19 ...»

«Søker med kvalifikasjonsbevis for dansk tannlegeutdanning ved dansk universitet, som uten tvil samsvarer med tilsvarende norsk utdanning i lengde, faglig innhold og omfang, skal gis samme rettigheter til utøvelse av tannlegeyrket i Norge som en norsk tannlegeutdanning gir.»

EFTA-domstolen bygger på fast og langvarig rettspraksis fra EU-domstolen, og inneholder ingen nye avklaringer om EØS-avtalens betydning¹⁵. At EØS-avtalen og Vlassopouloudoktrinen også gjelder på områder hvor det er fastsatt direktiver, følger bl.a. av sak C-31/00 Dreessen:

«25 Domstolen har fremhævet, at denne praksis blot er udtryk for udmøntningen i retspraksis af et princip, som hører til de

grundlæggende friheder i traktaten, og at dette princip ikke kan antages at miste en del af sin retsgyldighed som følge af, at der udstedes direktiver om gensidig anerkendelse af eksamensbeviser (Hocsmann-dommen, præmis 24 og 31)».

EØS-avtalens hovedregel om fri bevegelighet gjelder uinnskrenket, også når det finnes direktiver. Norge kan ikke stille andre eller strengere krav til tannleger utdannet i andre EØS-land, enn de gjør til tannleger utdannet i Norge. Reelle kvalifikasjoner og kompetanse er avgjørende, ikke formelle. Informasjon fra utdanningslandet om at minstekravene i YKD artikkel 34 er oppfylt, har betydning også etter primærretten. Forbud mot diskriminering er en av EØS-avtalens grunnprinsipper. Dommen er med andre ord riktig, uavhengig av hvordan man måtte fortolke YKD¹⁶.

Det har ingen betydning for rett til autorisasjon som tannlege i Norge, at Danmark har en postgraduat attest kalt «tilladelse til selvstendig virke», som A ikke hadde¹⁷. Attesten er ikke obligatorisk, kun nødvendig for tannleger som vil drive selvstendig næringsvirksomhet (ha egen klinikk) i Danmark, og gis etter minst 1 år ordinær yrkeserfaring som ansatt tannlege med et visst antall timer pasientbehandling på henholdsvis barn og voksne, enten i Danmark eller utlandet. Norge har ikke en tilsvarende ordning.

Sakens bakgrunn. Feil faktum og saksbehandlingsfeil.

Det er en forutsetning for å kunne fatte riktige vedtak at Helsedirektoratet (heretter kalt HDIR) og Statens helsepersonellnemnd (heretter kalt HPN) oppfyller sin utredningsplikt¹⁸. Staten har aldri oppfylt sin plikt til å sørge for at saken blir riktig og fullstendig opplyst, snarere tvert imot.

Bakgrunnen for saken er at Norge har lagt til grunn feil faktum minst siden 2007, uten å undersøke hva som er riktig faktum. Når faktum er feil, blir nødvendigvis også rettsanvendelsen feil.

Fra 2007-2016 en feil antakelse om at den 5-årige tannleguetdanningen i Danmark er teoretisk og ikke jevngod med den norske 5-årige utdanningen¹⁹. Lagmannsretten legger til grunn at:

«norske myndigheters forvaltningspraksis disse årene med å «avpise» danskutdannede tannleger med en lisensperiode, har vært i strid med Norges forpliktelser etter EØS-avtalen ...»

Fra 2016 nok en feil antakelse om at utdanningen hverken er jevngod eller gjennomført²⁰, i strid med entydig faktainformasjon fra utdanningslandet Danmark om at deres utdanning er 5 år og oppfyller minstekravene i YKD artikkel 34. Hvor staten har det fra at Norge kan bestemme lengden på en utdanning i Danmark, kan man jo bare undres over.

HPN konkluderte med at utdanningen ikke var jevngod²¹, til tross for at «forvaltningen ikke har foretatt en konkret vurdering av jevngodhet»²². HPN la til grunn at «klageren har en påbegynt, men ikke fullført utdanning», og at «manglene i klagerens utdanning er for store til at klageren kan innvilges lisens.»

HPN endret syn etter lagmannsrettens dom,²³ men ga fortsatt kun lisens som tannlege i en annen tilsvarende sak 11. desember 2019. Denne gang med følgende begrunnelse:

«Nemda er av den oppfatning at klagerens kandidatutdanning som cand. odont. må anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk utdanning. Hun kan likevel ikke få autorisasjon nå fordi spørsmålet om utdanningen er «gjennomført» står for Høyesterett»

Er det vanskelig å henge med i svingene? Det er høyst forståelig. I stedet for å erkjenne feil, har staten forsøkt å «forbedre» vedtaket fra HPN, konstruert nye vilkår, flere ganger endret faktisk og rettslig begrunnelse osv. Dette har bidratt til å vidløftiggjøre saken.²⁴

I Høyesterett ble partsangivelsen endret til staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (heretter kalt HOD). I høringsnotat 27. februar 2020²⁵ foreslo HOD en ny «Forskrift om krav til fullført utdanning ved autorisasjon og lisens til helsepersonell», basert på sine egne uholdbare anførsler i ankesaken.

Fullført utdanning er selvsagt allerede et vilkår for autorisasjon etter helsepersonelloven § 48a (1).

HPN, som fatter endelige vedtak i disse sakene etter helsepersonelloven § 71, bemerket i høringsrunden det åpenbare:

«Norske godkjenningmyndigheter vil uansett måtte innrette sin praksis i samsvar med avgjørelse fra Høyesterett. ... Departementet bør avvende Høyesteretts avgjørelse som vil slå fast hva som er gjeldende rett».

Forskriften ble likevel vedtatt og trådte i kraft 22. mai 2020²⁶, etter at Høyesterett 27. mars 2020 ba om rådgivende uttalelse fra EFTA-domstolen. Forskriften § 1, andre setning lød slik:

«Med fullført utdanning menes at søkeren er formelt kvalifisert og har adgang etter utdanningsstatens regler til å utøve alle sider av yrket som det søkes godkjenning om.»

Også høringsnotat fra HOD 9. mars 2020 «Medbrakt kompetanse – lisens til helsepersonell mm (forslag om endringer i helsepersonelloven mm)»²⁷, var basert på statens uholdbare anførsler i den pågående ankesaken i Høyesterett. Deler av høringsnotatet fremstår som desinformasjon. Også legeföreningen påpeker i sin høringsuttalelse at

«lovligheten av regelverksendringer for den aktuelle legegruppen ikke er vurdert opp mot EØS avtalens regler om de fire friheter.»

Også i EFTA-domstolen ble A fremstilt som en tannlegestudent med en avbrutt utdanning. Statens anførsel avvises kategorisk også av EFTA-domstolen, som slår fast at:

73. «søkeren [har] fullført en universitetsutdanning som er dokumentert ved et diplom. Det er derfor ikke snakk om å vurdere en ufullstendig utdanning, men utdanningen som dokumenteres ved det nevnte diplom». (Min understrekning)

Etter EFTA-domstolens dom 25. mars 2021, svarte likevel daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie følgende til Stortinget²⁸, den 29. april 2021:

«De rådgivende uttalelsene fastslår at EØS-avtalens hoveddel slår inn dersom godkjenningssøkere ikke er omfattet av yrkeskvalifikasjonsdirektivet. I tillegg fremgår det av uttalelsene at landene er forpliktet, etter EØS-avtalens hoveddel, å vurdere søkere som ikke har fullført utdanningen i utdanningslandet.» (Min understrekning)

«Forskrift om krav til fullført utdanning ved autorisasjon og lisens til helsepersonell» av 22. mai 2020, var klart i strid med EØS-avtalen, og ble da også opphevet 8. juli 2021²⁹. Som EFTA-domstolen påpeker:

55. «... Derfor kan vertsstaten ikke se bort fra kunnskap og kvalifikasjoner oppnådd i andre EØS-stater. Særlig kan bestemmelser i nasjonal lovgivning vedtatt i den forbindelse ikke utgjøre en uberettiget hindring for effektiv utøvelse av de grunnleggende friheter som sikres i EØS-avtalen (jf. Brouillard, C-298/14, EU:C:2015:652, avsnitt 52 og 53 og rettspraksis som det vises til der)».

HOD hevdet i realiteten at EØS-avtalen ikke gjelder. Dette er ikke bare kontroversielt, men også i strid med fast og langvarig rettspraksis fra EU-domstolen.³⁰

Den jevn godhetsvurderingen som skulle ha vært foretatt senest i 2007, ble gjennomført 1. juni 2021³¹. Den bekrefter bl.a. at det akademiske nivået på tannlegeutdanningen i Aarhus er og har vært blant det fremste i Europa gjennom mange tiår. Kravene til kvalitet og kvantitet på klinisk arbeid er noe høyere i Aarhus enn i Tromsø, og utdanningen i Aarhus gir søkeren tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre yrket som tannlege i Norge.

Vanskeligere var det altså ikke. Norge hadde ikke et faktisk eller rettslig grunnlag for å slutte å godkjenne den 5-årige tannlegeutdanningen fra Danmark i 2016, tvert imot har disse tannlegene rett til autorisasjon som tannlege i Norge.

Erstatningsansvar

Staten har et strengt arbeidsgiveransvar ved feil lovforståelse og feil rettsanvendelse,³² og et minst like strengt ansvar ved feil faktum og saksbehandlingsfeil. Lagmannsretten la til grunn at

staten var erstatningsansvarlig som arbeidsgiver³³, fordi saksbehandlingen var uforsvarlig,

«særlig når det sviktende faktiske grunnlaget ses i sammenheng med manglende forståelse av regelverket».

Særlige hensyn kan tale for at HPN bør ha objektivt erstatningsansvar³⁴. Det er et uavhengig domstollignende forvaltningsorgan. De fatter særlig inngripende vedtak som har virkning som en rettskraftig dom, med mindre saken bringes inn for retten. HPN skal ha høy helsefaglig og juridisk ekspertise, og kan oppnevne to sakkyndige for bistand i den enkelte sak.

Vi anførte at staten også var erstatningsansvarlig på EØS-rettslig grunnlag, fordi det er et kvalifisert brudd på grunnleggende rettigheter etter EØS-avtalen og rettstilstanden var endelig avklart gjennom flere tiår³⁵. Det er en lav terskel for EØS-rettslig ansvar når statens EØS-rettslige tolkning er i strid med fast og langvarig rettspraksis fra EU- og EFTA-domstolen.

Spørsmålet om erstatningsansvar på objektivt og EØS-rettslig grunnlag er fortsatt rettslig uavklart, idet staten valgte å erkjenne erstatningsansvar fremfor å få en rettskraftig dom fra Høyesterett.

Faktaboks:

- «Søknad om autorisasjon og lisens som helsepersonell» behandles av Helsedirektoratet.
- Statens helsepersonellnemnd er klageinstans, med Helseklage som sekretariat.
- Vedtak fra Statens helsepersonellnemnd er i utgangspunktet endelige, men kan bringes inn for tingretten for overprøving.
- Dom fra tingretten kan overprøves av lagmannsretten, som ankeinstans.
- Dom fra lagmannsretten kan ankes til Høyesterett. Ankebehandling i Høyesterett forutsetter samtykke fra Høyesteretts ankeutvalg. Samtykke gis i praksis bare hvis anken gjelder prinsipielle spørsmål.
- Domstolene kan innhente rådgivende uttalelse fra EFTA-domstolen, om EØS-rettslige spørsmål. Tidligere rettspraksis fra EFTA- og EU-domstolen har avgjørende betydning. For at EØS-avtalen skal fungere etter sitt formål, må like regler tolkes og anvendes likt av alle EØS-statene. Adgangen til foreleggelse for EFTA-domstolen skal bidra til dette.
- EFTA-domstolens avgjørelse er ikke rettslig bindende for norske domstoler. Høyesterett har understreket at EFTA-domstolens fortolkning av EØS-retten skal tillegges «stor vekt» og bare kan fravikes hvis det foreligger «tungtveiende grunner».

REFERANSER

- Lagmannsrettens dom av 2. juli 2019, LA-2018-179643 (lovdata.no)
- EFTA-domstolens dom, sak E-3/20 (eftacourt.int)
- Saken er tidligere omtalt i nyhetsbrev 19. oktober 2021, tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv
- Kjennelse fra Høyesterett 11. oktober 2021 HR-2021-1989-F (lovdata.no)
- «Endret autorisasjonspraksis for søkere som har helsefaglig utdanning fra EØS-land» (helsedirektoratet.no 01.07.2021)
- HR-2019-273-A (avsnitt 68), jf. Rt-2011-111 (avsnitt 66). Likebehandlingsprinsippet gjelder både ved såkalt fritt skjønn og rettsanvendelsesskjønn, jf. Rt-2007-302 Kværner-dommen (avsnitt 56 og 63).
- Tidligere artikler: «Nå skal Høyesterett bore i norsk autorisasjonspine» (Khrono 5.10.2020), «Nederlag og seier for staten i Efta-domstolen, nå går tannpinen til Høyesterett» (Khrono 31.3.2021) og «Staten endrer praksis etter strid om autorisasjon for studenter fra EØS-land» (Khrono 2.7.2021)
- Dommen punkt 5 og 7.3. Se «Håndbok over regulerte helsepersonellgrupper i Nordens» NA2016:908 Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe Nordisk gruppe for helsepersonell (norden.org)
- Dommen punkt 6.4. Det er 1 986 timer klinisk praksis på utdanningen i Aarhus + prekliniske øvelser (As sakkyndige vitne i lagmannsretten). Utdanningsfaglig vurdering 1.6.2021 (på oppdrag fra staten).
- Dommen punkt 6.2-6.4. Autorisasjonsloven § 47 (danske.love.dk).
- Staten ble i tillegg dømt til å betale As saksomkostninger for tingretten og lagmannsretten.
- Hpl. § 52 Internasjonale avtaler: Overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer av 14-6-1993-1 (i kraft til 1.2.2020, jf. EØS-avtalen art. 121), EØS-loven § 1, som gjør EØS-avtalens hoveddel til norsk rett, og FOR-2008-10-08-1130, som implementerer YKD 2005/36/EF
- Dommen punkt 7.8
- Tannlegeloven LOV-1980-06-13-43 § 2, ble erstattet av helsepersonelloven i 2001.
- Avsnitt 59 og 61. EU-kommisjonen og ESA viser til at det er «settled case law» at vertsstaten har plikt til å vurdere godkjenning etter EØS-avtalens hoveddel. Se bl.a. Vlassoupoulo (C-340/89), Hocsman (C-238/98), Dreessen (C-31-00), Vandourou (C-422/09) og Brouillard (C-298/14). I BB (C-166/20) unnlot EU-domstolen å innhente uttalelse fra Generaladvokaten, idet «sagen ikke reiser noen nye rettsspørsmål».
- EFTA-domstolen deler ikke lagmannsrettens fortolkning av YKD. Lagmannsretten mener det automatisk gir rett til autorisasjon at minstekravene i YKD art. 34 er oppfylt, «siden dette er det en norskutdannet tannlege med tilsvarende kvalifikasjoner får på norsk territorium» (dommen punkt 8). Etter likebehandlingsprinsippet er dette uansett en presumsjon for at vilkårene for autorisasjon er oppfylt. FOR-2008-10-08-1130 § 12, var en generell «skal»-bestemmelse, som var videre enn YKD artikkel 10. § 12 ble endret i FOR-2020-05-22-1047
- Dommen punkt 6.4 og EFTA-domstolens dom avsnitt 74.
- Forvaltningsloven § 17 og tvisteloven § 21-4.
- Dommen pkt. 7.7. HDIR opplyste 8.2.2016 at også A ville få lisens som tannlege i Norge, dommen pkt. 1.
- HDIR opplyste 5.12.2017 at «praksisendring» for tannleger utdannet i Danmark høsten 2016 skyldtes vedtak fra HPN, sak 15/211 -tannlege med utdanning fra Polen, som hadde lisens i Norge og fikk avslag på autorisasjon (konkret vurdering). Staten har senere endret begrunnelse. Disse tannlegene får nå autorisasjon i Norge, uten veiledet praksis og statseksamen fra Polen, fordi minstekravene i YKD art. 34 er oppfylt. Se brev fra HOD av 30.9.2016, ref. 16/4474 «Autorisasjon til leger og tannleger utdannet i Polen» (regjeringen.no).
- Dommen punkt 5, 6.3 og 6.4. HPN N2017/2647. Vedtak om avslag på lisens og autorisasjon 6.12.2017.
- Sitat fra statens anke til Høyesterett 16.9.2019
- HPN N2018/11080 Vedtak om lisens av 11.12.2019, jf. hpl. § 49.
- Aktorportalen: 77 dokumenter og 23 bilag bare i saken for Høyesterett + saken for EFTA-domstolen.
- Høringsnotatet «Autorisasjon og lisens til helsepersonell – forslag om endringer i EØS-forskriften om godkjenning av helsepersonell m.m.» og høringsuttalelsene, finnes her: www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-autorisasjon-og-lisens-til-helsepersonell.
- FOR-2020-05-22-1046
- Høringsnotatet og høringsuttalelsene finnes her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-medbrakt-kompetanse-lisens-til-helsepersonell-mm-for-slag-om-endringer-i-helsepersonelloven-mm>
- Dokument nr. 15:1999 (2020-2021)
- FOR-2021-07-08-2368
- HPN har, i motsetning til HOD, samme rettsoppfatning som EFTA-domstolen, EU-domstolen, EU-kommisjonen, ESA og lagmannsretten (punkt 7.5).
- Asbjørn Jokstad, professor på universitetet i Tromsø
- Se bl.a. Rt-2009-354 Kvinnherad og «Ansvarsgrunnlaget for det offentlige ved feil i faktum», Jervell (2013).
- Dommen punkt 7.7, jf. skl. § 2-1.
- Hpl. §§ 69 og 71. Om objektivt ansvar på ulovfestet grunnlag, se bl.a. Rt-2005-416 Advokatbevilling og HR-2019-2396-A Frøybas-dommen.
- Om EØS-rettslig ansvar, se sak E-4/01 Karlsson, jf. bl.a. Rt-2005-1365 Finanger II

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Spør advokaten

Arbeidstidsbestemmelser ved jul og nyttår

ELIN KVÆRNØ, ADVOKAT I NTF

Jeg driver en klinikk med syv ansatte tannhelsesekretærer og en av de påstår at alle har krav på fri fra kl. 12.00 på julaften. Hvilke arbeidstidsbestemmelser er det egentlig som gjelder i jule- og nyttårstider?

Svar:

Juletiden består av tre helligdager hvor arbeidstakere i henhold til arbeidsmiljøloven § 10-10 skal ha arbeidsfri. Det gjelder 1. og 2. juledag samt 1. nyttårsdag. Mange arbeidsplasser gir i tillegg sine arbeidstakere fri på julaften og nyttårsaften. Noen praktiserer også fri på de vanlige arbeidsdagene som faller i romjula. Lovverket gir imidlertid ikke rett til arbeidsfri på disse dagene.

Men når klinikken stenger julaften og nyttårsaften, og Mønsteravtalen er lagt til grunn i arbeidsforholdet, skal sekretærene ha fri med lønn de dagene. Det å ha krav på fri fra kl. 12.00 på julaften stammer nok fra tariffavtalen i KS-området, hvor det er regulert.

Nyttårsaften er ikke spesielt nevnt i arbeidsmiljøloven § 10-10, så der gjelder den generelle regelen om at det skal være arbeidsfri fra klokken 18.00 dagen før en søndag eller helgedag. Men det er som sagt fullt mulig å gi fri denne dagen, også i tilfeller der Mønsteravtalen ikke følges.

Videre er det fullt mulig for arbeidsgiver å legge ferie til julaften og nyttårsaften. Arbeidstakerne vil da i utgangspunktet bruke en hel feriedag for hver av disse dagene, da

det ikke er noe som heter halve feriedager i ferieloven. Også her kan arbeidsgiver gi bedre vilkår enn det loven foreskriver, for eksempel ved å la de ansatte bruke en halv feriedag på hver av disse dagene.

Dersom man arbeider på jul- eller nyttårsaften, har man naturligvis rett til lønn. Når det gjelder 1. og 2. juledag samt 1. nyttårsdag er dette som nevnt arbeidsfrie dager. Utgangspunktet er derfor at man heller ikke har krav på lønn for disse dagene, men det finnes unntak.

Dersom man har avtalt månedslønn med arbeidsgiver, vil man ha krav på fast lønn hver måned. Utbetalingen vil derfor skje uavhengig av hvor mange helligdager det er i måneden.

For arbeidstakere med timelønn, vil disse imidlertid ikke ha krav på lønn for disse dagene. Men det kan være det er individuelt avtalt at man skal ha lønn også for de «røde dagene», selv om man har timelønn.

Hvis klinikken følger NTFs anbefaling for beregning av timelønn for timebetalte tannhelsesekretærer (årslønn/12/157), vil disse få kompensasjon for samtlige offentlige fridager inkludert i sin timelønn.

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

Marianne Haug Grønningsæter
tlf. 90 14 76 29
mariannehaug@hotmail.com

Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist
tlf. 995 62 420

Buskerud Tannlegeforening

Anna Karin Bendiksbj, e-post: annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening

Sara Anette Henriksen
tlf. 95 77 84 10

Haugaland Tannlegeforening

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

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

Petar Ninkov,
tlf. 402 15 432, e-post: pjerns@hotmail.com

Nordland Tannlegeforening

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. 92 05 40 64

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

Oppland Tannlegeforening

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

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

Harald Skaanes,
tlf. 92 82 27 72

Rogaland Tannlegeforening

Knut Mauland,
tlf. 90 87 08 99

Mona Gast
e-post: Mona@tsmg.no

Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

Nureena Khan
tlf. 98 44 11 64

Sogn og Fjordane Tannlegeforening

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

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 95 94 55 28

Sunnmøre Tannlegeforening

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

Hege Leikanger,
e-post: tannlege@leikanger.as
tlf. 48 24 92 92

Sør-Trøndelag Tannlegeforening

Anne Grethe Beck Andersen,
tlf. 90 03 05 96

Morten Nergård,
tlf. 95 05 46 33

Telemark Tannlegeforening

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

Troms Tannlegeforening

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

Ninni Helen Haug
tlf. 97 09 11 67

Vest-Agder Tannlegeforening

Alfred Gimle Ro,
e-post: alro@online.no

Vestfold Tannlegeforening

Gro Monefeldt Winje,
tlf. 97 76 54 95
e-post: gromwinje@gmail.com

Svein Tveter,
e-post: tstveter@gmail.com


Østfold Tannlegeforening

Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

Tore-Cato Karlsen,
e-post: tore.karlsen@privattannlegene.no

Kontaktperson i NTFs sekretariat

Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 00
e-post: lin.bendiksen@
tannlegeforeningen.no



VISSTE DU AT DU IKKE TRENGER Å BRUKE SALT FOR Å FÅ MER SMÅK PÅ MATEN?

Mange av oss salter maten for å tilføre smak. Litt salt kan fort bli til mye salt. Bytter du ut saltet med friske krydderurter eller tørket krydder, gir du maten både spennende og god smak. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep

Snakk om etikk

Refusjon – frustrasjon eller motivasjon?

NESTLEDER I NTFs ETIKKRÅD, LINE BJERKLUND PEDERSEN

§ Paragraf 9

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

Tannlegen skal overfor institusjoner som dekker helseutgifter medvirke til at pasienten ikke skaffes uberettiget økonomisk eller annen fordel.

Før direkte oppgjør med Helfo ble innført, gjorde tannlegen en behandling på pasienten, vurderte om behandlingen ville gi refusjon fra Helfo, og skrev ut trygderefusjonsregning. Pasienten betalte for behandlingen hos tannlegen og sendte inn kvittering for utført behandling, samt trygderefusjonsregning til Helfo. Helfo gjorde så en vurdering på bakgrunn av innsendte opplysninger og refunderte så beløpet direkte til pasienten, hvis de fant at kravene til refusjon var innfridd.

Ansvar for refusjon var delt: Tannlegen vurderte om det var grunnlag for refusjon, behandlet pasienten og skrev regning. Pasienten betalte tannlegen og sendte inn krav til Helfo. Helfo gjorde en vurdering av kravet, godkjente og betalte ut refusjon til pasienten.

Direkte oppgjør ble innført for å forenkle denne prosessen. I 2008 kom den nye forskriften for tannbehandling etter folketrygdlovens §5-6 (det gule heftet). Nå skulle tannlegene selv bedømme om behandlingen de utførte falt innenfor rammen av stønadsberettiget behandling. Dette medførte at mesteparten av ansvaret for å sørge for at pasienten oppnådde sine økonomiske rettigheter og ytelser er blitt lagt over på tannlegen.

Tannlegen skal nå avgjøre om pasienten har rett på refusjon for eventuelt krav sendes inn. Dette skal dokumenteres i journal og bekrefte med aktuell tilleggsinformasjon.

For å sikre dette, må tannlegen innhente informasjon hos pasienten om helse og medisinbruk. Det bør foreligge aktuelle attester fra lege. I noen tilfeller er det viktig å ha journal fra tidligere tannbehandling, samt røntgenbilder. For pasienter som er blitt utsatt for skade i aktuelle

område på skole eller arbeidssted, må det foreligge erklæring fra NAV eller journal og tannlegeerklæring fra tidligere tannlege.

Tannlegen gjør også en klinisk undersøkelse, tar røntgen og kanskje kliniske foto eller lager gipsmodeller. Når behandlingen er utført og godt journalført, sendes refusjonskravet inn, pasienten betaler sin egenandel, og Helfo betaler refusjon direkte til tannlegen.

Tannlegen står ansvarlig for egen vurdering. Helfo kontrollerer og betaler, men tannlegen har ansvaret hvis det er feil. Man må da rette opp og sende inn krav på nytt. Hvis kravet ikke blir godkjent må man ta kostnaden selv, eller kreve pasienten for ekstra honorar.

Dette har ført til frustrasjon hos mange tannleger. De er redde for å gjøre feil i sine vurderinger. Noen er så usikre at de lar være å sende inn refusjonskrav. Da blir pasienten økonomisk skadelidende. Tannbehandling kan være en stor økonomisk belastning for mange. De som har lidelser som utøser refusjon har ofte et stort behandlingsbehov i tillegg. Mange av dem er ikke klar over at de kan få dekket mye av regningen gjennom refusjon og oppsøker ikke tannleger for behandling og oppfølging som kan gi dem bedre tannhelse. Når tannlegen ikke har satt seg godt inn i gjeldende regelverk, eller lar være å sende inn refusjonskrav er dette et direkte brudd på første del av paragraf 9 i de etiske reglene.

Siste del av paragraf 9 omhandler tannlegens plikt til IKKE å skaffe pasienten økonomiske rettigheter eller fordeler de ikke har rett på.

Eksempler på dette er å gi refusjon for munntørrhet uten å ha dokumentert at pasienten faktisk er munntørr, eller at munntørrheten har ført til dårligere tannhelse. Et annet kan være at man lager kroner på alle molarer eller incisiver hos en pasient med attrisjon, heller enn å forsøke å bygge opp med kompositt der det er mulig. Grunnen til at tannlegen gjør dette kan være for å hjelpe pasienten, men det hender nok dessverre at mange tannleger motiveres av muligheten for å få litt ekstra inntjening.

Det blir alvorlig brudd på de etiske reglene når tannleger systematisk velger behandling som utløser refusjon, men som kanskje egentlig ikke er nødvendig. Et eksempel på dette kan være å alltid legge opp snitt og fjerne bein buccalt ved alle ekstraksjoner av visdomstenner.

Enda verre er det når tannleger utfører kostbar behandling som kunne vært unngått fordi de tjener penger på det, og siden pasientene får refusjon, blir behandlingen så rimelig for dem at de synes det er greit. Pasienten har ikke grunnlag for å vurdere hvilken behandling som er nødvendig eller hva som er det beste alternativet. De må stole på vår ekspertise og faglige integritet. Et eksempel på en slik behandling er når man i stedet for å gjøre symptomatisk periobehandling, trekker tenner med moderat festetap og lager broer eller setter inn implantater.

Det er et direkte brudd på paragraf 8 i de etiske reglene å utføre «overflødig eller unødig kostbar behandling.»

Det er viktig å huske at vår diagnose skal ligge til grunn for behandlingen. Ikke hva man eventuelt kan hente ut fra Helfo i refusjon.

Økonomiske fordeler kan være en flott motivasjon for å opprettholde en god tannhelse for pasienter som har dårligere forutsetninger på grunn av sykdom eller skader. Det skal ikke være en motivasjon for en fylldigere timebok, eller større inntjening hos tannlegen.

Man har sett tilfeller der tannleger systematisk har misbrukt systemet til egen fordel. Noen av disse er blitt bedt om å betale tilbake det de urettmessig har fått utbetalt. Andre er blitt politianmeldt.

Det som er mest uheldig er når misbruk av refusjonsordningen fører til at det gjøres endringer som rammer mange mennesker. Endringen i forhold til innslagspunkt 14, er et slikt eksempel. Mistanke om misbruk av innslagspunkt 14 førte til at myndighetene valgte å avslutte praksis med at dette innslagspunktet kunne brukes ved rehabilitering av tannsett til pasienter med odontofobi. Dette førte til at tannleger som bevisst misbrakte dette innslagspunktet ble indirekte ansvarlige for at pasienter med odontofobi mistet en viktig mulighet for stønad.

Kanskje hadde dette problemet vært bedre håndtert ved at de tannlegene som eventuelt brøt regelverket ble stilt til ansvar, i stedet for at pasientene fikk begrenset mulighet til å motta stønadsberettiget behandling. Prosessen rundt denne avgjørelsen var i tillegg vanskelig å forstå, og mange tannleger følte seg uthengt. Dette var nok med på å øke frustrasjonen og usikkerheten rundt regelverket til Helfo.

Det er forståelig at man kjenner på ansvaret når man skal avgjøre om en pasient har rett på økonomiske fordeler eller ikke. Det viktigste er at man handler i tråd med hva som er best for pasientens tannhelse og generelle helse. Når man setter seg godt inn i regelverket, og dokumenterer valgene man gjør, kan man trygt sende inn krav om refusjon på vegne av pasienten. Det er nemlig pasientens refusjon, ikke tannlegens.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

19. nov	Oslo	Periodontal kirurgi, heldagskurs, OTF
19.–20. nov	Stavanger	Novembermøte RTF: «Digitale fristelser og andre duppeditter». Rogaland Tannlegeforening
3.–4. des	Haugesund	Julekurs Haugaland tannlegeforening
7. des	Nettbasert	Medlemswebinar, OTF - Indremedisin

Andre kurs, møter og aktiviteter

17.–19. nov	Stockholm	Riksstämman & Swedental
18. nov	Oslo	Kurs for tillitsvalgte stat
23.–24. nov	Bergen	Geronett forskningskonferanse
25.–26. nov	Oslo	Hovedstyremøte
26.–28. nov	Gardermoen	NTFs representantskapsmøte

Viktige datoer 2022

13.–15. jan 2022	Bergen	Vestlandsmøtet
28.–29. jan 2022	Oslo	TSF Fellesseminar
11.–12. feb 2022	Klækken	Klækkenkurset BTF
17.–18. feb 2022	Oslo	Arbeidskurs oral kirurgi og oral medisin
10.–11. mars 2022	Oslo	NTFs symposium
24.–25. mars 2022	Trondheim	Midt-Norgemøtet
16.–17. juni 2022	Tromsø	NTFs Midnattssolsymposium
3.–5. nov 2022	Norges Varemesse Lillestrøm	NTFs landsmøte



Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no

Våren 2022 holdes følgende TSE moduler

Modul 7	Restorativ behandling	Nordmøre og Romsdal	Sted/dato – ikke bestemt
Modul 8	Spes. faglige utfordringer	Ikke fastsatt	Sted/dato – ikke bestemt
Modul 9	Endodonti	Finnmark	Sted/dato – ikke bestemt
Modul 10	Periodontale sykdommer	Vest-Agder	Sted/dato – ikke bestemt

OBLIGATORISK ETTERUTDANNING

Gjeldende regler

- Perioden er redusert fra fem til to år, med oppstart 1. januar 2021
- Timekravet er redusert til 40 timer for perioden 2021-2022 og det anbefales 20 timer per år
- Tellende timer gis kun for kurs i regi av NTF sentralt, lokal- og spesialistforeninger, læresteder, kompetansesentre og DOT
- Kurs med tellende timer er forhåndsgodkjent og blir automatisk registrert på hvert medlem hvor kursarrangør har sendt informasjon til NTF
- Medlemmene kan ikke sende inn søknad eller dokumentasjoner for registrering
- Egenregistrering av timer vil kun være aktuelt for utvalgte arrangementer i inn- og utland
- Den obligatoriske biten blir et minimumskrav. Kurs i regi av andre tilbydere vil være av stor verdi, men kommer i tillegg til OEU

Hold deg oppdatert om obligatorisk etterutdanning på www.tannlegeforeningen.no / Kurs og etterutdanning

Helsepolitikkerne for perioden 2021-2025

Stortingsvalget 2021 førte til regjeringsskifte og ny sammensetning av komiteene på Stortinget.

Ingvild Kjerkol (Ap) er ny helse- og omsorgsminister.

Helse- og omsorgskomiteen (HOK) på Stortinget består av 15 medlemmer og skal ledes av Tone Wilhelmsen Trøen (H)



Foto: NTB

Alle partiene, inkludert nykommeren Pasientfokus, og bortsett fra Venstre og MDG, er representert i komiteen:

Seher Aydar, R; Olaug Vervik Bollestad, KrF; Sandra Bruflot, H; Erlend Svardal Bøe, H; Bård Hoksrud, FrP; Marian Hussein, SV; Lubna Bobby Jaffery, A; Lisa Marie Ness Klungland, Sp; Cecilie Myrseth, A; Hans Inge Myrvold, Sp; Irene Ojala, PF; Even A. Røed, A; Tone Wilhelmsen Trøen, H; Truls Vasvik, A; Morten Wold, FrP.

Personalia

Dødsfall

Sigfrid Ingjerd Takle Hovlandsdal, f. 18.12.1924, tannlegeeksamen 1974, d. 12.10.2021

Tarald Rui, f. 19.11.1933, tannlegeeksamen 1961, d. 25.09.2021

Gudbrand Øilo, f. 30.01.1936, tannlegeeksamen 1960, d. 05.09.2021

Petter Arentz, f. 04.12.1935, tannlegeeksamen 1959, d. 14.07.2021

◀ tilbakeblikk

19
21

Et spørsmål

En mand paa omtrent 65 aar kom til mig for at faa alle sine tænder trukket ut.

Disse tænder var klippesterke og i alle dele perfekte med undtagelse av øvre-molaren, som jeg ganske letvindt fylgte. Gingiva var fuldstændig sundt og haardt. Tænderne var noget farvet efter bruken av tobak, og jeg antar de aldrig hadde været i nærheten av en tandbørste.

Denne mand hadde gigt og gik til en doktor. Doktoren tok manden i næsen og haken (saa forteller manden selv), tok et hurtig overblik over munden og sa: «Hvis de faar ut disse fordømte tænderne Deres, vil gigten være all right.»

Jeg sa ham at han vilde være en fordømt idiot hvis han trak dem ut.

Hva synes læserne om dette?

- ◉ Fra spalten **Mindre meddelelser: Fra Amerika.** Her fra tidsskriftet **Dental Digest.** Tidende nr. 8, oktober, 1921

19
71

Vedtak om ansvarlig redaktør

Til leserne

Som en følge av vedtak på siste representantskapsmøte vil det i nærmeste fremtid skje forandringer med Tidende. Vedtaket var gjort på grunnlag av en innstilling fra redaksjonskomiteén, og den viktigste endring er at Tidende fremtidig skal ha en ansvarlig redaktør. ...

Generalsekretæren er samtidig blitt fritatt for sine plikter som redaktør av standsavdelingen. Det betyr ikke at hans kontakt med Tidende blir borte. Tvert imot forutsettes det at redaktøren skal ha regelmessig kontakt med sekretariatet, blant annet ved at han skal ha en fast ukentlig treffetid der.

Redaktøren kommer i fremtiden til å ha en redaksjonssekretær til hjelp. Denne skal ta seg av det rent journalistiske og fagtekniske arbeide, for at redaktøren kan ofre seg mest mulig for alt som knytter seg til det innholdsmessige.

Det er vårt mål etter hvert å utvikle Tidende til å bli et organ som kan dekke medlemmenes behov for informasjon både på det odontologiske plan og når det gjelder yrkesutøvelsen.

- ◉ Tidende nr. 11, november, 1971

20
11

Tannlegenes fremtid: Felles risikofaktorer

Tannlegenes rolle i fremtiden bør være som talsmenn for helsefremmende arbeid generelt, sa Aubrey Sheiham på landsmøtet. Livstruende ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, hjerte-kar-sykdommer og oral sykdom har felles risikofaktorer, og må adresseres og forebygges samtidig. Risikofaktorene er tobakk, alkohol, kosthold, stress og hygiene.

Som eksempler nevnte han støtte til og tilrettelegging av helseopplysning og helseovervåking ved skoler og barnehager og initiativ og støtte til forbrukeraksjoner for å få bedre matvarer. Sunne valg skal være enkle, og lett tilgjengelige for alle.

- ◉ Fra foredrag på NTFs landsmøte i Bergen, 2011 Tidende nr. 14, november, 2011

Priser til Institutt for klinisk odontologi

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen (UiB) feiret fakultetets dag onsdag 20. oktober og ga priser og utmerkelse til personer og miljøer som har utmerket seg det siste året. Institutt for klinisk odontologi (IKO) fikk i den anledning to priser.

IKO som helhet fikk undervisningsprisen for den store innsatsen for å opprettholde både klinisk og teoretisk undervisning under

pandemien slik at studentene fikk både tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter i denne vanskelige perioden.

Siddarth Shanbhag fra IKO mottok pris for årets PhD-avhandling. Avhandlingen omhandler nye strategier for styrt beinregenerasjon. Resultatene har potensiale for klinisk bruk for pasienter med komplekse beindefekter.



Fra venstre: Instituttleder Asgeir Bårdsen, visedekan for utdanning Marit Øilo, professor Anne Isine Bolstad, Salwa Suliman, Siddarth Shanbhag og Kamal Mustafa. Bolstad, Suliman og Mustafa var Shanbhags veiledere. Foto: Ingrid Hagerup, UiB, Med.

Tips og bidrag til Notabene-sidene kan sendes til tidende@tannlegeforeningen.no

TECHNOMEDICS

KVALITET & KOMPETANSE

American Eagle

Kvalitetsinstrumenter



XP tannrensing –
slipefrie og skarpe

www.technomedics.no/AmericanEagleXP

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

MINNEORD



Foto Privat

Gudbrand Øilo

Professor dr.odont. Gudbrand Øilo døde 5. september 2021, 85 år gammel.

Han var en høyt respektert og kunnskapsrik underviser og kollega. Mange norske tannleger kan takke ham for vennlig, klok og grundig klinisk veiledning og har hatt stort utbytte av hans forelesninger. Dette har kommet mange pasienter til gode.

Øilo var utdannet tannlege i Kiel og fikk norsk lisens i 1961. Han begynte sin yrkeskarriere i offentlig og privat praksis, og som instruktør ved det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo (UiO) fra 1970. Fra 1975 til 1981 var han amanuensis samme sted tilknyttet undervisningen i odontologisk propedeutikk (krone/bro). Hans doktorgrad fra UiO i 1978 handlet om dentale sementer (Sealing and retentive ability of dental luting cements).

Han var professor ved Universitetet i Gøteborg 1982-1984 og avdelingssjef ved NIOM 1984-1995. I 1995 ble han tilsatt som professor ved avdeling for protetik og bittfunksjon ved UiO og gikk av med pensjon i 2003, men hans deltidsengasjement ved NIOM fortsatte frem til 2010.

Gudbrand var en aktiv forsker med et godt ettermæle. Sementer sammen med keramer var to av fokusområdene hans gjennom hele forskerkarrieren. I tillegg var han opptatt av best mulig kvalitet på kliniske studier. Mange av teknikkene som ble brukt for å estimere overflateslitasje, passform og defekter i fylling- og kronekanter ved hjelp av avtrykk og replikamodeller var utviklet av Gudbrand og benyttet av andre forskere. Totalt publiserte

han mer enn 80 artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Gudbrand Øilo var også opptatt av kvalitet på materialer og produkter til bruk i tannpleien. Han deltok i mange år i internasjonalt og europeisk standardiseringsarbeid med utarbeidelse av krav til dentale materialer og produkter. Han fikk gjennomslag for mange av sine synspunkter, ofte basert på omfattende laboratoriedata når krav skulle settes. Han nedla et stort arbeid i å definere krav til fremstillingsmetoder og kvalitet av tanntekniske arbeid.

Øilo var med sin høye kompetanse i mange år en anerkjent revisor for NIOM Certification og Nordic Dental Certification, en institusjon som godkjente dentale produkter for det europeiske/EØS markedet. Han var en høyt respektert, meget samvittighetsfull og litt streng revisor, med tydelig integritet ovenfor oppdragsgiver og kunder. Hans ord hadde stor gjennomslagskraft grunnet omfattende fagkunnskap. Kundene satte pris på bli revidert av en person med inngående kunnskap om deres produkter.

Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo og NIOM har mistet en høyt verdsett kollega, dyktig underviser og forsker. Vi minnes ham i taknemlighet og lyser fred over Gudbrand Øilos minne.

Jon E. Dahl, direktør NIOM – Nordisk institutt for odontologiske materialer
Jan Eirik Ellingsen, professor Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Tiril Willumsen dekan Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Forlagenes egne omtaler



Erlend Hem og
Magne Nylenna,
redaktører:

Helsespråk

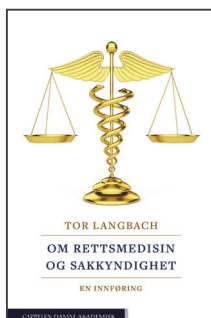
Helsespråk er fellesbetegnelsen på de mange faglige uttrykk og språklige tradisjoner som finnes i helsetjenesten. Først og fremst er helsespråket et kommunikasjonsmiddel mellom helsepersonell og pasienter, pårørende og publikum. Men helsespråket har også andre funksjoner. Kravene til dokumentasjon og rapportering er blitt stort og fordrer et presist språk i pasientjournaler, epikriser og interne notater. I helsepolitikk og helseforvaltning er også språket et viktig virkemiddel. Et felles helsefaglig språk kan sikre at alle oppfatter den samme betydningen av samme ord.

Helsespråket endrer seg kontinuerlig, men til alle tider og i alle sammenhenger er målet et tydelig og forståelig språk.

Boka inneholder 23 kapitler av 25 forfattere som belyser ulike sider av helsespråket.

Boka er fritt tilgjengelig i elektronisk utgave hos utgiveren, Tidsskriftet Michael.

Hem E, Nylenna M. Helsespråk. Oslo: Michael 2021; 18: Supplement 26. ISBN: 978-82-92871-77-5.
<https://www.michaeljournal.no/journal/1000/26>



Tor Langbach:

Om rettsmedisin og sakkyndighet
En innføring

Denne boka handler om rettsmedisinernes arbeid for rettsvesenet. Den belyser grensesnittet mellom rettsmedisinsk sakkyndighet og juss, og møteplassene for de to typene virksomheter.

I den første delen ser vi på sakkyndighets rolle i rettsvesenet og på rollen som sakkyndig. Etterpå gis en oversikt over de rettsmedisinske fagene, hvorefter vi går dypere inn med et blikk på de rettslige aspektene ved særlig

- klinisk rettsmedisin
- rettspsykiatri
- rettspatologi
- rettsstoksikologi
- rettsodontologi
- rettsgenetikk
- rettspsykologi

Boka omhandler videre rettsvesenet og en del utvalgte juridiske emner, kritikken mot rettsmedisinen og utfordringer og fallgruver. I den siste delen behandles det konkrete sakkyndige arbeidet, med særlig vekt på den skriftlige og muntlige presentasjonen av den sakkyndige erklæringen.

Hensikten med boka er i første rekke å forklare hvordan jurister tenker og hvordan jussens logikk er. Siden rettsmedisinere og andre sakkyndige skal kommunisere med jurister – og ikke minst med lekdommere – er det viktig å forstå den juridiske konteksten man opererer innenfor. Hvis kommunikasjonen mellom sakkyndige og retten ikke fungerer optimalt, er det fare for misforståelser og i verste fall justismord.

Boka vil være nyttig for alle profesjoner som påtar seg oppdrag som sakkyndig.

Langbach T. Om rettsmedisin og sakkyndighet. En innføring. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2021. ISBN: 978-82-02-70964-8.

Nye bøker og anmeldelser

Tidendes redaksjon mottar et stort antall bøker, både om odontologi og andre fagområder innen helse, samt helse og samfunn med ulike vinklinger, fra forlag i inn- og utland. Mange av disse er det ikke aktuelt for Tidende å anmelde, mens mange sendes til anmeldelse. Det blir derfor jevnlig anmeldt et antall bøker i Tidende under Boknytt. Ofte går det imidlertid noe tid fra boken kommer ut til anmeldelsen foreligger.

For å gjøre bokutgivelser kjent for Tidendes lesere, presenterer vi bøker, både odontologiske fagbøker og de som omhandler andre temaer, med en kort omtale basert på vaskeseddelen fra forlaget, under vignetten Nye bøker. Presentasjonen kommer på det språket boken er skrevet; det være seg norsk, svensk, dansk eller engelsk, og er ledsaget av et bilde av bokens forside.

En presentasjon under Nye bøker i Tidende er ingen garanti for at det kommer en anmeldelse av boken senere, samtidig som det heller ikke utelukker en anmeldelse i en senere utgave.

Vi søker kjeveortoped til Stavanger-regionen!

Om jobben

Ønsker du å jobbe i et av landets største kompetansemiljøer innen tannhelse?

I Oris Dental blir du en del av et stort faglig og kollegialt nettverk. Hos oss knyttes fagmiljø fra små og store klinikker sammen, slik at alle blir en del av et utviklende og stimulerende tannhelseteam. Vi tar vare på fagfolkene, så de kan ta vare på pasientene våre.

I tillegg til allmennpraksis har vi i Stavanger-regionen et spennende fagmiljø med spesialister i endodonti, kjeveortopedi, periodonti, protetik, oral kirurgi og oral medisin. Ved klinikken vår i Hinna Park har vi en ledig stilling som kjeveortoped som kan startes opp snarest. I tillegg etablerer vi en ny klinikk i Sandnes med oppstart sommeren 2022 der vi også ønsker en kjeveortoped.

Vi tilbyr deg som behandler et fellesskap med:

- ▶ Et veletablert miljø innen kjeveortopedi
- ▶ Tverrfaglig spesialistmiljø
- ▶ Trygg og god arbeidsplass
- ▶ Kontinuerlig fokus på faglig og teknologisk utvikling
- ▶ God pasienttilgang – full timebok
- ▶ Aktiv og støttende administrasjon
- ▶ Dessuten et stort og utviklende fagmiljø med eget Academy som tilbyr spennende kurs i inn- og utland
- ▶ Digitale kurs og webinarer som reduserer tapt arbeidstid
- ▶ Kasusmøter og tverrfaglig behandlingsplanlegging satt i system

Høres dette ut som noe for deg?

Ta kontakt med oss for en uforpliktende prat:



Annlaug Stensland
Kjeveortoped
977 51 910
annlaug@orisdental.no



Ida Koll-Frafjord
Tannlege og leder for klinisk kvalitet
920 84 868
ida.koll@orisdental.no



Eirik Aasland Salvesen
CEO og spesialist i periodonti
909 42 298
eirik@orisdental.no

STILLING LEDIG

VIKEN: VI SØKER TANNLEGE TIL VIKARIAT

Tannlege søkes til vikariat 3-4 dager i uken ved Mjøndalen Tannlegesenter. Praksisen har mange pasienter, det er anledning til god inntjening og du tilbys gode betingelser. Vi har et hyggelig arbeidsmiljø hvor vi hjelper hverandre. Vi er fire tannleger og to tannhelsesekretærer. Kort vei til buss, tog og parkering. Tiltredelse 01.01.2022, evt tidligere etter nærmere avtale. Ta kontakt på stinejev@gmail.com for en samtale og send gjerne med søknad, CV og referanser.



Ledig Tannlege stilling på Hamar

Besøk vår hjemmeside for mer informasjon
www.aktivtannhelse.no



SUNNMØRE: FOSNAVÅG

Vi søker tannlege til ei 100% stilling ved Herøy Tannlegesenter i Fosnavåg. Vi ser etter ein person som er engasjert, omgjengeleg og har eit godt handlag med pasientar. I tillegg må søkar ha norsk autorisasjon og beherske norsk munnleg og skriftleg. Vi har stor pasienttilgang og recalliste til den rette søkaren. Ved spørsmål og interesse rundt stillinga send e-post til [synne.ryan@gmail.com](mailto:ryan@gmail.com) eller post@heroytann.no. Tlf. 45440307.

BØLER TANNHELSEKLINIKK, OSLO

Vi søker tannlege til klinikken 2-3dg i uken m/mulighet for utvidelse. Allsidig erfaring blir vektlagt. Erfaring i endodonti og tannkirurgi er ønskelig. Klinikken har god pasienttilgang, sentral beliggenhet og et godt arbeidsmiljø. Du må ha gode samarbeidsevner, være kvalitetsbevisst og kommunisere godt med pasientene. Søknad og CV sendes til post@bolertannhelse.no

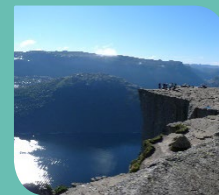


TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.



Tannlege søkes. Hel- eller deltidstilling

Vår velutstyrte spesialistklinik holdes til i flotte lokaler i Tromsø sentrum. Vi har flere typer behandlingsrom, mulighet for full narkose og gjennomført moderne utstyr. Hos oss får du en sjelden sjanse til å jobbe tett med erfarne spesialister innen tann- og kjevekirurgi. Oppdaterte metoder og nøyaktig utstyr som CBCT-3D, OPG og Quick-Sleeper anestesi er med på å gjøre pasientene våre ekstra fornøyde.

Er du allmennpraktiserende tannlege, med norsk autorisasjon?

Ta kontakt på 975 35 000 Les gjerne mer på tkns.no



**Tromsø
Tannkirurgi og
Narkosesenter**

SØKER ETTER TANNLEGE

med rundt 2 års erfaring til en travel praksis i Oslo, må kunne jobbe selvstendig, være kvalitetsbevisst og har gode samarbeidsevner. Henv. drvimalan@gmail.com



DITT SMIL TANNHELSE

Vi søker tannlege 3-4 dager i uken m/mulighet for utvidelse.

Vår lyse og nyoppusset lokal ligger sentralt på Kilen i Tønsberg. Vi søker etter deg som har fokus på kvalitet, gi god service og ha en positiv innstilling. Søker bør se for seg et langsiktig arbeidsforhold. Erfaring er ønskelig. Vedkommende må ha norsk autorisasjon og beherske norsk flytende, muntlig og skriftlig.

Søknad med CV sendes snarest til: htntann@gmail.com

OSLO – ASSISTENTTANNLEGE

Vi søker ny kollega til vår klinikk på Lindeberg i Oslo. Vi er veletablert på Lindeberg senter, med 2 tannleger og 2 tannhelsesekretærer. Du er profesjonelt innstilt, dyktig og engasjert. Du er utadvendt, har god pasientkontakt og er lett å samarbeide med. Allsidig erfaring blir vektlagt. Langsiktig samarbeid med gode betingelser kan tilbys rette person. Mulighet til å kjøpe seg inn i partnerskap/praksis. Søknad med CV og evt. spørsmål kan sendes til post@tanndoktoren.com

KJØP & SALG

TANNLEGE MED EGEN PASIENTPORTEFØLJE

ønsker å leie et tannlegekontor ev. samarbeide med annen klinikk i området Oslo vest, fortrinnsvis strekningen Sentrum-Lysaker. Ta kontakt på tannpuss10@outlook.com

TANNLEGEKONTOR TIL SALS

Tannlegekontor utstyrt med mellom anna Cerec MC XL seljast i Førde i Sunnfjord.

Rimeleg husleige. Kontakt tlf. 996 10 586

Tannlege med glimt i øyet søkes



Tannklinikken Dent har levert tannhelsetjenester i 35 år og holder til i en historisk bygård i Trondheim sentrum. Her jobber en livlig og serviceinnstilt gjeng på ti personer, som brenner for å gjøre tannlegebesøket til en god opplevelse. Dent er en moderne, heldigital og velutstyrt klinikk med en meget solid pasientbase.

Vi opplever stor pågang fra pasienter som ønsker våre tjenester, vi søker derfor etter en dyktig tannlege, med norsk autorisasjon, som ønsker å bli med oss på laget i en 100% stilling. Vi er åpen for fast ansettelse eller andre samarbeidsformer. Nyutdannede oppfordres til å søke. Vi tilbyr gode økonomiske betingelser, fleksibel arbeidstid, kurs/opplæring etter behov og et godt arbeidsmiljø.

Søknad med CV sendes innen 31. desember til epost: rita.einevoll@dent.as
Om du har spørsmål, ta gjerne kontakt med Rita på telefon 934 90 300.
Nettside: www.dent.as



- Oral kirurgi
- Oral medisin
- Implantat
- Benoppbygging og bentransplantasjon
- Bløtvevsplastikk
- Tanntransplantasjon
- Kjeve og ansiktsradiologi
- Intravenøs sedasjon og medisinsk overvåking
- Oral protetikk

Velkommen til Oralkirurgisk Klinikk!

Oralkirurgisk Klinikk er en spesialistklinikk med mer enn 30 års erfaring. Våre spesialister tar imot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning innen vårt fagområde.

Våre spesialister

Oral kirurgi og oral medisin:

Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Oral protetikk:

Josefine Forsberg

Anestesilege:

Dr. Odd Wathne

Sentralt beliggende på Majorstua

Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A,
0369 Oslo

post@oralkirurgisk.no
23 19 61 90

Ønsker du å bli en del av teamet?

Vi søker spesialist i protetikk
2-3 dager per uke.

Kontakt:

dagfinn@oralkirurgisk.no

ORALKIRURGISK KLINIKK

En del av  ORIS DENTAL

oralkirurgisk.no
orisdental.no



W&H



W&H

piezomed
PLUS



NYHET

Minimal invasiv kirurgi

Utvid din Implantmed Plus med piezoteknologi

W&H løfter piezo innen kirurgi til nye høyder. Modulen kobles til og brukes med Implantmed Plus. Med denne innovative teknologien setter W&H nye forutsetninger innen kirurgi. Med modulsystemet kombinerer du ekspertise fra forskjellige områder og tilrettelegger for optimal arbeidsflyt.

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



piezomed
module