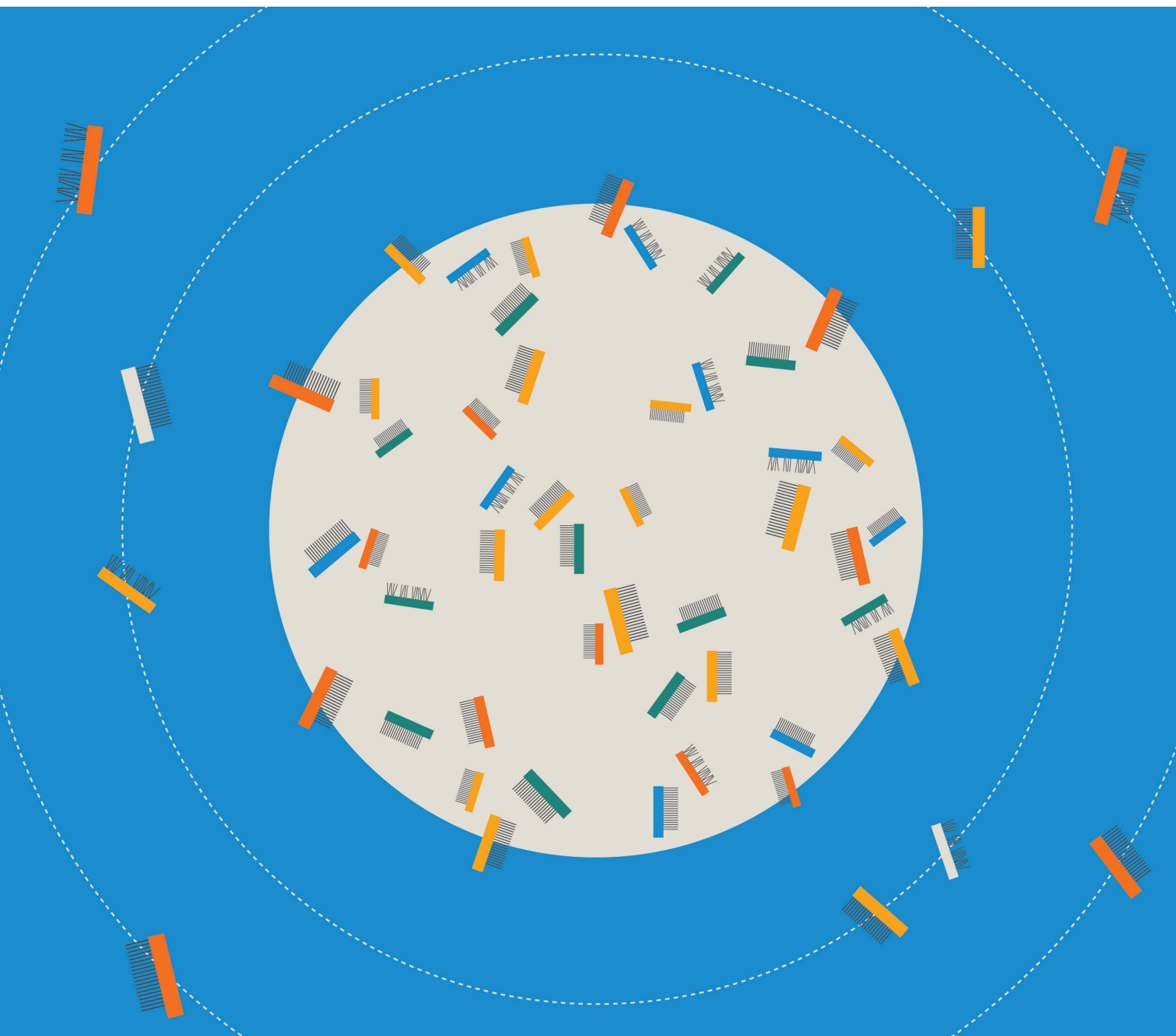


# tidende

DEN NORSKE  
TANNLEGEFORENINGENS  
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL  
131. ÅRGANG · #2 · 2021



DENTAL HI TEC

# QuickSleeper<sup>5</sup>

- Anestesi for **rutinebehandlinger**
- Anestesi for **mandibulære** molarer
- **Multisektor** anestesi (Anterior blokk, premolarer, dyp scaling, etc.)
- **Smertefri og forutsigbar!**
- Pennegrep
- Eksklusivt hos LIC Scadenta



Ønsker du mer informasjon?

Kontakt vår kundekonsulent: Gitte Wettre-Johnsen  
Tlf: 928 34 380 | [gcw@licscadenta.no](mailto:gcw@licscadenta.no)



Følg oss i sosiale medier!  
[www.licscadenta.no](http://www.licscadenta.no)

## 109–244



116

## 110 Siste nytt først

## 113 Leder

Sosial ulikhet engasjerer

## 115 Presidenten har ordet

Sosial ulikhet i tannhelse

## 116 Nordisk tema: Sosial ulighed i oral helse i de nordiske land

116 Børge Hede, Patricia de Palma, Karin Persson og Satu Lahti: **Oral sundhed hos marginaliserede borgere**

124 Gunilla Klingberg, Karin Ridell og Marit Slätteid Skeie: **Oral hälsa hos barn i socialt utsatta områden – en utmaning**

134 Esben Boeskov Øzhatay og Ewa Carin Ekberg: **Sociale og samfundsmæssige implikationer af tandtab og temporo-mandibulær smerte og rehabilitering**

144 Gunhild Vesterhus Strand, Eeva Widström, Lisa Bøge Christensen og Katharina Wretlind: **Lovgivning, innhold og organisering av tannhelsebehandling for sosialt svake grupper i befolkningen**

154 Jorma Virtanen, Maryam Salehi og Kristin S. Klock: **Undervisning i samfunnsodontologi i de nordiske landene**

## 164 Aktuelt fag

164 Rune Johan Krumsvik, Lise Øen Jones og Kristin S. Klock: **Bruk av responsteknologi i forelesninger: Erfaringer fra «Praksisstudiet» ved UiBs tannlegeutdanning**

## 167 Doktorgrader

167 Homan Zandi: **Antibacterial effectiveness and clinical outcome in retreatment of teeth with endodontic infection**

168 Mohamed Ali: **Er vi nærmere et alternativ til rotfylling?**

169 Siddharth Shanbhag: **Nye strategier for beinregenerasjon**

170 Lutango Simangwa: **Oral sykdom og livskvalitet i Masaioområder i Nord-Tanzania**



176

## 173 Bivirkningsskjema

## 176 Aktuelt

176 God veiledning av yngre tannleger kan hindre tannlegeangst hos barn

180 Vellykket satsing på utsatte grupper

184 Godt arbeidsmiljø høyner kvaliteten på tannbehandlingen

## 192 Fra NTF

192 Intervju med Torbjørn Fauske, leder av NTFs valgkomite

193 NTFs valgkomité

195 Valg til NTF 2021

196 Årsrapport 2020 for NTF

197 Mangel på praktisk erfaring – en bekymring for tannlegestudenter

200 NTFs symposium

203 Diabetesforum

204 Arbeidsliv

206 Spør advokaten

207 Kurstilbud – Jus & arbeidsliv

208 Trenger du noen å snakke med?

209 Oversikt over kollegahjelpere

210 Snakk om etik

212 Kurs- og aktivitetsskalender

## 214 Notabene

214 Tilbakeblikk

215 Personalia

## 219 Minneord

219 Jan Ødegaard

## 220 Kunngjøring

## 221 Kollegiale henvisninger

## 239 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

## Færre medisinske tidsskrifter blir gratis

**Helsebiblioteket har abonnert på medisinske tidsskrifter slik at de blir tilgjengelig for alle i Norge. Fra 2021 er bare ett igjen, skriver forskning.no.**

Helsebiblioteket gir helsepersonell, studenter og befolkningen for øvrig tilgang til medisinsk forskning og kunnskap.

Blant annet har Helsebiblioteket abonnert på en rekke medisinske tidsskrifter. Disse har alle med norsk IP-adresse hatt tilgang til.

Men Folkehelseinstituttet, som driver ordningen, ser seg nødt til å kutte i tilbudet.

Fra nyttår er det bare tidsskriftet *New England Journal of Medicine* som blir tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket.

Fra før av var tilbudet kraftig redusert.

1. mars 2020 ble tilgangen til over 4 500 tidsskrifter stengt, skrev Dagens medisin.

ProQuest var den største pakken som ble sagt opp med over 4000 tidsskrifter i forskjellige temaer innen medisin og helsefag. Pakken inneholdt også det anerkjente tidsskriftet *The Lancet* med tre måneders forsinkelse.

Nå melder Folkehelseinstituttet at de også må si opp tidsskriftene *Annals of Internal Medicine*, *BMJ* og *JAMA*.

Helsebiblioteket beholder tilgangen til oppslagsverk, databaser og andre faglige ressurser som er viktig for helsepersonell.

Camilla Stoltenberg, direktør ved Folkehelseinstituttet er klar på at de ikke har ønsket å kutte i tilgangen til tidsskrifter.

– Dette er jeg lei meg for, sier hun til Dagens medisin.

– Det som gjør det spesielt tankevekkende, er at de nasjonale avtalene avlaster alle aktørene; som helseforetak og universiteter – både administrativt og økonomisk. Det er billigere og mer effektivt, sier Camilla Stoltenberg.

Siden mange tidsskrifter krever abonnement, må forsknings- og utdanningsinstitusjoner betale for tilgang til relevante tidsskrifter for sine ansatte og studenter.

Norske offentlige institusjoner betaler rundt 330 millioner kroner til forlagene, ifølge en artikkel i *Tidsskrift for den norske legeforening* fra tidligere i år.

– En hovedårsak til opprettelsen av Helsebiblioteket er at vi sparer mye penger på å kjøpe en lisens nasjonalt i stedet for at hver enkelt institusjon eller bruker kjøper selv, sa Trygve Ottersen, områdedirektør i FHI tidligere til Dagens medisin.

I februar skrev fagfolk ved blant annet Sykehuset Innlandet HF at kuttene i Helsebiblioteket spesielt rammer helseinstitusjoner som ikke er tilknyttet et universitet.

«Det er ikke økonomiske rammer i flere av helseforetakene til å erstatte utgiftene til tidsskriftene som kuttes. Kuttene rammer også ansatte i primærhelsetjenesten. De færreste kommuner har et eget helsefaglig bibliotek å støtte seg til», skrev de i en kronikk i *Oppland Arbeiderblad*.

Videre mener de dette gir ulik tilgang til kunnskap.

«Dette medvirker til at det dannes A-lag og B-lag. Pasienter vil møte helsepersonell med ulike muligheter for å holde seg faglig oppdatert.»

Camilla Stoltenberg peker på lik tilgang uavhengig av sted som en styrke ved ordningen gjennom Helsebiblioteket.

– En nasjonal tjeneste gir den beste formen for desentralisering av tjenesten: Absolutt alle uansett hvor de jobber; i alle nivåer av helsetjenesten, for flere av ressursene – også private – har tilgang hele tiden – enten de er i en liten kommune eller en bydel i en stor by. Dette blir ofte glemt når man snakker om en nasjonal tjeneste, sier hun til Dagens medisin.

Helsebiblioteket har hatt økonomiske problemer siden 2016. Årsakene er økte priser på abonnementer, budsjettkutt og valutasingninger med svak norsk krone.

– Vi har forsøkt å holde Helsebiblioteket gående i mange år nå på tross av stadig høyere kostnader, fra 2016 fram til i dag, men vi må nå finne løsninger som holder over tid, sier Stoltenberg.

Folkehelseinstituttet har vært i kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet om

muligheter for en annen finansiering av Helsebiblioteket.

«Dessverre har ikke dette ført frem», står det nyhetsartikkelen fra Folkehelseinstituttet.

Ifølge Dagens medisin ville det kostet mellom fem og åtte millioner kroner å videreføre dagens tilbud i 2021. Det koster ytterligere seks til sju millioner for å gjenopprette tilbudet som fantes i slutten av 2019.

Folkehelseinstituttet skriver at de vet at kuttene i nasjonal tilgang «vil føre til økte kostnader for det offentlige», og at det vil begrense tilgang til kunnskap for helsepersonell.

## Håper på endring

Med Joe Biden utnevnt som vinner av presidentvalget er det mange som håper på endring i den amerikanske utdanningssektoren, skriver *Inside Higher Education* og bladet *Forskerforum*.

Biden har lovet å gjøre utdanning gratis for større deler av befolkningen. Bidens kampanje har lansert en plan om å fjerne studieavgiften for et flertall av studentene ved offentlige høyskoler og universiteter. I tillegg har Biden foreslått å slette studielån som er brukt til dekke studieavgifter. Spørsmålet er om lovforslagene kan bli vedtatt i Senatet uten et demokratisk flertall der. Dette blir klart i suppleringsvalget i Georgia 5. januar. *forskerforum* 10 • 2020 • side 2

## Ikke dropp lunsjpausen

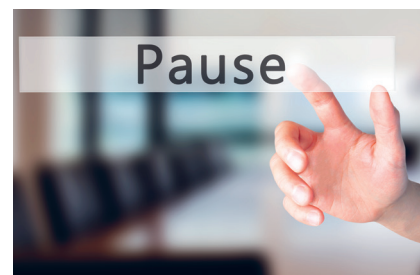


Foto: Veyimages

Ny studie viser hvor viktig det er for helsa å ta seg pauser i løpet av arbeidsdagen, skriver *forskning.no* og Høgskolen i Innlandet

Har du så mye å gjøre på jobb at du spiser lunsjen din ved tastaturet eller der du ellers jobber?

En norsk studie nylig publisert i tidsskriftet *Journal of Epidemiology and Community Health* viser at de med stort arbeidspress gjennom arbeidsdagen har sju ganger større sannsynlighet for å oppleve psykisk utmattelse og fire ganger så stor for fysisk utmattelse.

De opplever også ofte søvnproblemer – nær dobbelt så ofte som andre.

– Vi ser at det har veldig stor betydning å hente seg inn under arbeidstiden – at man tar seg tid til å spise lunsj, ta en kort tur eller bare ta en kaffe med kolleger og snakke om noe annet enn jobb, sier professor i psykologi Leif Rydstedt ved Høgskolen i Innlandet.

Forskerne ved Høgskolen i Innlandet har brukt et stort datamateriale fra SSBs levekårsundersøkelse 2013 og 2016, med mer enn 3 000 respondenter.

Studien ser på effekt av pauser fra jobb – både gjennom arbeidsdagen og etter arbeidstid.

De som ikke legger bort jobben på kveldstid, og er tilgjengelige ved å svare på e-poster, sjekke jobbelaterte nettsider og ta imot telefoner etter arbeidstid, opplever også helseplager.

Men: Resultatene fra studien tyder på at avbrekkene underveis i jobbdagen er enda viktigere for vår fysiske og psykiske helse.

– Dette er interessant og overraskende. Begge faktorene har negativ effekt på helse, men studien viser at avkobling under arbeidsdagen altså er enda viktigere enn å ta seg helt fri på kveldstid, sier Rydstedt.

Selv etter å ha justert for type jobb var tendensen klar: Det er en tydelig sammenheng mellom fysiske og psykiske plager og en travel jobbhverdag med høyt tempo og få pauser.

Tidligere forskning har vist at det er en trend at flere enn før jobber gjennom lunsjen. Disse resultatene understreker

viktigheten av at denne trenden snus, mener forskerne.

– Kanskje må arbeidsgiverne pålegge de ansatte å ta pauser. Framfor alt må de legge til rette for og oppfordre alle til å sette seg ned og spise lunsj, gå tur eller gjøre andre aktiviteter på de arbeidsplassene der dette lar seg gjøre, sier Rydstedt.

I det lange løp er det neppe lurt for en arbeidsgiver at de ansatte dropper pausene.

– Den typen effektivitet har en pris, sier han.

Undersøkelsen er gjort med tall fra perioden 2013–2016. I år er jobbhverdagen snudd opp-ned for mange, hvor mange jobber på hjemmekontor som følge av smitteverntiltakene.

Hvor gode er vi på å organisere den nye hverdagen slik at vi får den hvilen vi trenger?

Rydstedt og kollegene ønsker nå å fortsette forskningen på effekten av hjemmekontoret. For han tror vi kommer til å se varige endringer i hvordan vi jobber i kjølvannet av pandemien.

– For å spekulere litt vil jeg tro det er noen fordeler med hjemmekontor når det gjelder avkoblingsmuligheter. Vi kan gjøre huslige sysler innimellom.

– På den annen side sitter vi isolert og mister muligheten til å prate og drikke kaffe med kolleger, noe som kan være viktige pusterom i hverdagen, sier professoren.

## REFERANSE

Mark Cropley, Leif W Rydstedt og David Andersen: Recovery from work: testing the effects of chronic internal and external workload on health and well-being. *Journal of Epidemiology and*

## Flere med PTSD-symptomer



Foto: Vaymaget

Mennesker som har opplevd dramatiske hendelser, som krig, trafikkulykker eller vold, kan få posttraumatisk stresslidelse – PTSD.

Noen av kjennetegnene er påtrengende tanker og gjenopplevelser av minner som kan være vanskelig å riste av seg. Kombineret med blant annet stress, engstelse og overdreven vaksomhet.

Under pandemien har blant annet helsearbeidere fått slike plager.

Nå viser en norsk studie at flere nordmenn har reagert på samme måte etter at koronaviruset kom til Norge.

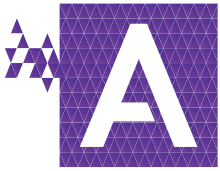
Blant 4 500 deltakere over 18 år hadde 12,5 prosent av mennene og 19,5 prosent av kvinnene symptomer som tilsvarte en PTSD-diagnose. Det understrekes at utvalget ikke er representativt for befolkningen. Undersøkelsen ble gjennomført i april og mai 2020 via sosiale medier.

Det var ikke frykten for selve viruset som slo sterkest ut. De som bekymret seg for dårligere økonomi eller at de kanskje kom til å miste inntekten, hadde oftere PTSD-symptomer.

Samtidig kan ikke en slik studie konkludere med at det er bekymringen for økonomi som er årsaken til PTSD-symptomene.

Like fullt viser studien at de som hadde mer sosial støtte i livet sitt, hadde færre PTSD-symptomer. Dette funnet stemmer godt overens med tidligere forskning.

– PTSD-symptomer er før øvrig helt normale reaksjoner på ofte unormale hendelser. Det vil si at det er lurt å akseptere symptomene og ikke bekymre seg eller gruble over disse. For de fleste går symptomene over av seg selv, sier psykolog og forsker Sverre Urnes Johnson ved Universitetet i Oslo i en e-post til forskning.no der han kommenterer studien som er utført av blant andre ergoterapispesialist og professor Tore Bonsaksen ved Høgskolen i Innlandet.



# ARTINORWAY GRUPPEN

Formidling og norsk produksjon av tannteknikk



Vi tilbyr følgende skannere:



### 3SHAPE

Gratis skanner fra

5 ledd / mnd



### ARTISCAN P2

Gratis skanner fra

3 ledd / mnd



### MEDIT

Gratis skanner fra

5 ledd / mnd

Priseksempel fremstilt digitalt kontra analogt:



### DIGITALT AVTRYKK

Formidling

KR 990



### ANALOGT AVTRYKK

Formidling

KR 1.345



### DIGITALT AVTRYKK

Lokal produksjon

KR 1.190



### ANALOGT AVTRYKK

Lokal produksjon

KR 1.950

## Digitalt er smart.

### Har du ikke skanner i dag?

Arbeide med digitale avtrykk er smart, hver gang du bruker en intraoral skanner reduserer du behovet for innsliping og omgjøring. Du har full kontroll på preparasjonsgrensen, og kan enkelt kontrollere eventuell plassmangel. Skanning gir høy pasient komfort og du slipper å sende avtrykket fysisk.

Hver gang du bruker en skanner til Zirkon krone vil du redusere din kostnad betraktelig, fra kr. 550 per ledd.

Erfaringen vår viser at 95 % av alle som bruker en skanner i dag, ikke vil gå tilbake til analoge avtrykk.

**Ønsker du å være smart, går du digitalt.**



Start din digitale reise gjennom å kontakte:

**Ola Vikingsson**

E-post: ..... ola@artinorway.no

Telefon: ..... 94 13 58 92

Les mer om våre produkter på [www.artinorway.no](http://www.artinorway.no)



## FORSIDEILLUSTRASJON

grom.no, Inger Høj og Katrine Tveit

## REDAKSJON

### Ansvarlig redaktør:

Ellen Beate Dyvi

### Vitenskapelige redaktører:

Nils Roar Gjerdet

Jørn Arne Aas

### Redaksjonssjef:

Kristin Aksnes

### Redaksjonsråd/Editorial Board:

Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen,

Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Anne Christine

Johannessen, Sigbjørn Løes, Nils Oscarson,

Nina J. Wang, Marit Øilo

### Redaksjonskomité:

Jon E. Dahl, Anders Godberg, Malin Jonsson,

Kristin S. Klock, Anne Rønneberg

## ABONNEMENT

For ikke-medlemmer og andre abonnenter:

NOK 2 300,-

## ANNONSER

Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,

Tlf: 977 58 527

e-post: annonse@tannlegetidende.no

## TELEFON OG ADRESSE

Haakon 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



OPPLAGSKONTROLLERT

# Sosial ulikhet engasjerer



Foto: Kristin Helløy

Tidende tematiserer sosial ulikhet i tannhel-  
se denne vinteren. Det gjør vi sammen med  
de andre nordiske tannlegetidsskriftene, i  
form av felles vitenskapelige artikler om te-  
maet, som Tidende har samlet i denne og  
forrige utgave av tidsskriftet.

Samtidig ser vi at det er flere som enga-  
sjerer seg, inkludert politikere og tannleger,  
som også er politikere.

Bergensavisen (BA) har hatt flere oppslag i  
det siste. 3. februar skriver de om en pensjo-  
nert tannlege og tidligere Høyre-politiker i Fyl-  
lingsdalen bydel i Bergen, som i august startet  
Facebook-gruppen «Tannbehandling/økono-  
mi», som nå har over 65 000 medlemmer.

– Jeg har kjempet i årevis for denne sa-  
ken. Det er et skrikende behov der ute, med  
veldig mange tragedier som ikke er velferds-  
samfunnet verdig, sier han og fortsetter:

– Budskapet mitt er at sykdommer i  
munn, tenner og kjeve skal inn under egen-  
andelsordningen. Det må dekkes på samme  
måte som sykdom ellers i kroppen. Den tid-  
ligere varaen i bystyret, mener man ikke kan  
slå seg til ro med situasjonen slik den er i  
dag. – Jeg ville ha saken opp i Høyre, men de  
gadd ikke engang å svare oss sentralt. Det  
illustrerer holdningen. – Politikk er å fordele  
goder. Vi må få vekk dette tullet og få saken  
opp i dagen. Vi kan ikke la det renne ut i san-  
den flere ganger, sier tannlegen til BA.

I den samme saken sier SV-leder Audun  
Lysbakken at Norge trenger en skikkelig tann-  
helsereform. – Vi er i den utrolig rare situasjo-  
nen at dersom man blir syk hvor som helst el-  
lers på kroppen, så stiller fellesskapet opp.  
Men blir man syk i tennene eller i munnhulen,  
må man betale selv. Det er et digert hull i vel-  
ferdsstaten, som det er på tide å tette.

Lysbakken mener det er et stort klasse-  
skille, hvor mange lar være å gjennomføre  
nødvendig tannbehandling fordi de er red-  
de for regningen. – Det er som i USA, og vi  
burde ikke ha det sånn i Norge. Vi håper at  
dette kan bli en stor sak i valgkampen, og at  
en ny rødgrønn regjering kan bli enig om å  
endre systemet, sier Lysbakken.

Arbeiderpartiets Egil Knutsen sier at Ap  
ønsker gratis tannbehandling på sikt:

– Det koster mye, 12 milliarder kroner, men  
ikke mer enn Høyres landsmøte har vedtatt å  
kutte i formueskatten. Han understreker at så  
snart Ap kommer i regjering, vil de gå i gang  
med endringer. – Det er viktig at vi lynraskt  
styrker ordningene via Nav. Det er ille at dette  
rammer så sosialt skjevt. Det får følger for det  
sosiale livet som overhodet ikke er bra, og som  
igjen er med på å forsterke forskjellene.

Senterpartiet, som gjør det godt i Fyl-  
lingsmålinger, vil ikke gå til valg på at alle  
skal få gratis tannbehandling:

– Vi vil se på en gradvis utvidelse av tilbu-  
det, med utgangspunkt i dem som har størst  
behov. Det kan være nye grupper som stu-  
denter, at tilbudet til eldre utvides, og at det  
blir bedre ordninger for dem med dårlig be-  
talingsevne, sier Kjersti Toppe, som er parti-  
ets helsepolitiske talskvinne.

Sveinung Stensland, helsepolitisk tals-  
person i Høyre, svarer på kritikken som er  
rettet mot regjeringen, og sier at siden 2013  
er skjeringsordninger til personer med  
særskilte behov økt, og at det nå er en halv  
million personer som hvert år mottar stønad  
til tannbehandling fra folketrygden. Han på-  
peker at tannbehandling i dag er gratis  
for en av fire innbyggere, deriblant unge,  
rusmisbrukere og eldre som får hjemmesy-  
kepleie eller som bor på institusjon.

Det er interessant å følge med nå, på hva  
politikkerne sier.

Det går mot stortingsvalg. Og som sagt  
før, denne saken ser ut til å bli et tema i valg-  
kampen.

NTFs president, Camilla Hansen Steinum,  
tar også opp temaet sosial ulikhet i sin spalte i  
denne utgaven av Tidende. Hun sier blant an-  
net at det mangler kunnskap, både blant poli-  
tikere og i NTF. Hun forteller at foreningen der-  
for har engasjert et firma som skal foreta en  
samfunnsøkonomisk analyse av en tannhelse-  
modell med økt offentlig finansiering.

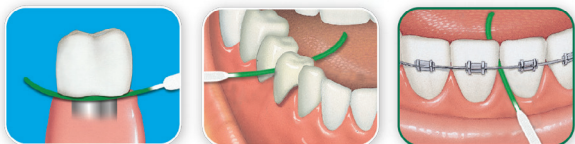
**Ellen Beate Dyvi**  
Ansvarlig redaktør



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

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

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



Send mail til [sigurd.drangsholt@se.sunstar.com](mailto:sigurd.drangsholt@se.sunstar.com) for **vareprøver på GUM® AccessFloss**



vare nr:  
3200



Sunstar | Tel 909 84154 | [info@se.sunstar.com](mailto:info@se.sunstar.com)

HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®





# Sosial ulikhet i tannhelse

I dette og forrige nummer av Tidende kan vi lese interessante artikler om *sosial ulikhet i tannhelse i de nordiske land*. Sosial ulikhet betyr at det eksisterer ulike vilkår og muligheter for de ulike sosiale gruppene i samfunnet. I forordet til temadelen stilles et spørsmål som kan virke provoserende: «*Er ulighed i oral sundhed en naturgiven ting – er den at foretrække, og er den acceptabel?*»

Sosialt betinget ulikhet i tannhelse er veldokumentert i de nordiske landene. Den generelle bedringen i tannhelsen som ses i disse landene, har ikke redusert den sosiale ulikheten i tannhelse. Det er faktisk slik at den sosialt betingede ulikheten i tannhelse har økt, relativt sett.

God oral helse henger sammen med tilgang og mulighet til å benytte seg av tannhelsetilbudet. Organisering og finansiering av tannhelsetjenesten spiller en avgjørende rolle. Tannhelsen i Norge har bedret seg betydelig de siste 30 årene. Også i internasjonal sammenheng er tilbudet i Norge bra, og den egenvurderte tannhelsen i befolkningen er god. Samtidig er oral sykdom et alvorlig helseproblem som rammer mange mennesker. I 2016 var oral sykdom den åttende vanligste årsaken til helsetap i Norge og forårsaket i underkant av 25 000 tapte leveår (Folkehelseinstituttet, 2018).

Tannhelsen i Norge varierer også etter ulike mål for sosial status. Økonomi pekes ofte på som den viktigste grunnen til at voksne ikke går til tannlegen, selv om man har behov for tjenesten. Tannhelsen er generelt bedre blant personer med høy inntekt og utdanning. Stønads-mottakere har generelt dårligere tannhelse enn de som ikke mottar stønad. Statistisk sentralbyrås rapport om sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (2017) viser at personer med en inntekt under 250 000 kroner i året har tre ganger så stor sannsynlighet for å ikke ha vært hos tannlegen de siste to årene sammenlignet med de med en årslønn på 500 000 eller mer (SSB rapport 2017/16).

Orale sykdommer rammer alle aldersgrupper og utgjør en vesentlig belastning for både individ og samfunn. De viktigste orale sykdomstilstandene har en betydelig negativ innflytelse på livskvalitet og evnen til å fungere sosialt. Orale sykdommer jar sammenheng med generelle kroniske sykdommer, først og fremst ved felles risikofaktorer, og det kan også påvises direkte sammenheng mellom orale sykdommer og andre kroniske sykdommer.

WHO (Verdens helseorganisasjon) har slått fast at ulikhet på helseområdet er urettferdig, og at det kan motvirkes. De har beskrevet ulike folkehelsestrategier som bør implementeres for å redusere de sosiale ulikhe-



Foto: Kjetil Aknes.

**Økt offentlig finansiering av tannhelsetjenester vil kunne føre til reduserte ulikheter ved å gi flere tilgang til tjenestetilbudet, øke kvaliteten i tjenesten og bidra til økt samhandling mellom tannhelsetjenesten og den øvrige delen av helsetjenesten.**

tene. Strategiene fokuserer på intervensjon overfor kjente risikofaktorer og endring av tannhelssystemene.

NTF har i lang tid etterspurt en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, noe også Blankholmvalget anbefalte i sin rapport om prioritering i helse- og tannhelsetjenesten. Både tannhelsetjenesteloven og folketrygdens stønadsordning må inngå i en slik gjennomgang, sammen med andre prosjekter i tannhelsetjenesten. Målet må være å finne en organisering og finansiering av tjenesten som bidrar til utjevning av sosial ulikhet i tannhelse og god tannhelse i hele befolkningen.

Økt offentlig finansiering av tannhelsetjenester vil kunne føre til reduserte ulikheter ved å gi flere tilgang til tjenestetilbudet, øke kvaliteten i tjenesten og bidra til økt samhandling mellom tannhelsetjenesten og den øvrige delen av helsetjenesten.

Å gi befolkningen bedre tilgang på tannhelsetjenester skaper nyttevirksomheter både for pasientene og for samfunnet generelt. Det finnes i dag lite informasjon om hvordan eventuelle endringer vil slå ut, og det er behov for kunnskap om konsekvensene av ulike veivalg. For selv om vår kunnskap om eksistensen av sosialt betinget ulikhet i oral helse er veldokumentert, har vi ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan vi kan redusere eller eliminere denne ulikheten.

Redaksjonskomiteen for det fellesnordiske temaet inviterer til refleksjon over vår rolle som tannleger i et bredere samfunnsperspektiv enn det som oppnås ved behandling av den enkelte pasient. Jeg håper alle benytter anledningen og følger denne oppfordringen.

Det er stortingsvalg til høsten. Tannhelse kan bli et av de temaene som virkelig skiller høyre- og venstresiden i norsk politikk. Mange av de politiske partiene sier at de har som mål å redusere sosial ulikhet i tannhelse. Svært få av dem har en konkret plan for hvordan dette bør gjøres. Vi har alle for lite kunnskap om dette.

NTF har derfor engasjert et eksternt firma som skal foreta en samfunnsøkonomisk analyse av en tannhelsemodell med økt offentlig finansiering. Dette er første skritt på veien mot økt forståelse og kompetanse på dette området. Vi håper det kan gi oss viktig kunnskap som vi kan bruke i de videre prosessene som allerede er i gang, og også i det videre politiske påvirkningsarbeidet.

For å være en premissleverandør må vi hele tiden ha tilgang til oppdatert kunnskap. Det får vi nå.

**Camilla Hansen Steinum**  
President

## KLINISK RELEVANS

Det er vigtigt, at klinikere har indsigt i og forståelse for, at det påvirker den orale sundhed og sundhedsadfærden, når man lever på kanten af samfundet. Det er også vigtigt at anerkende, at sådanne patientgrupper kan have behov for andre tandplejedydelser og behandlingsplaner end «almindelige» patienter, fordi borgere i udkanten af samfundet ofte har en række sociale problemer, som kan påvirke både deres subjektive behandlingsbehov, men også mulighederne for at gennemføre den planlagte behandling.

## FORFATTERE

**Børge Hede**, adjungeret lektor, ph.d. Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Danmark

**Patricia de Palma**, chief dental officer/consultant, med.dr. Department of Dental Medicine, University Dental Care, Karolinska Institutet, Sverige

**Karin Persson**, headmaster of education. Department for Health and Society, University of Malmö, Sverige

**Satu Lahti**, professor, ph.d. Department of Community Dentistry, University of Turku, Finland

Korresponderende forfatter: Børge Hede, e-mail: bhe@sund.ku.dk

Accepteret til publikation den 6. april 2020

Artikkelen har gennemgået ekstern faglig vurdering.

Hede B, de Palma P, Persson K, Lahti S. Oral sundhed hos marginaliserede borgere. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 116–22

Emneord: Vulnerable populations; delivery of dental care; oral health; epidemiology; health care research

# Oral sundhed hos marginaliserede borgere

Børge Hede, Patricia de Palma, Karin Persson og Satu Lahti

Grupper af socialt marginaliserede borgere, fx kronisk psykisk syge, hjemløse, indsatte i fængsler og misbrugere, kan være svære at komme i kontakt med, vanskelige at afgrænse, og ofte ses flere samtidige sociale problemer. Samfundsodontologiske undersøgelser af disse befolkningsgrupper byder derfor på betydelige metodiske problemer og indbyder til anvendelse af alternative tilgange med henblik på kortlægning og evaluering af interventioner. Imidlertid peger eksisterende undersøgelser fra de nordiske lande på flere forskellige årsager til både den ringe orale sundhed og forhindringer for disse gruppers brug af tandpleje på såvel det organisatoriske som politiske niveau. Den ringe orale sundhed og mangel på «skræddersyede» tandplejeprogrammer til disse borgere understreger det ansvar, de tandlægefaglige professioner i almindelighed og de odontologiske læreanstalter i særdeleshed har med hensyn til at prioritere dette forskningsfelt. Ud fra såvel et epidemiologisk som et individuelt perspektiv er der tale om de borgere i vores samfund, som er mest afficeret af orale lidelser, og hvis liv er mest påvirket af det.

Selv om der er påvist betydelige forbedringer i den orale sundhedstilstand i de nordiske lande (1), er der dog flere minoritetsgrupper, som ikke synes at have nydt samme gavn af forbedringerne som befolkningsflertallet. Når man lever på kanten af samfundet, kan dette føre til alvorlige og multiple orale sundhedsproblemer, samtidig med at man i mindre grad benytter sig af de eksisterende tandplejetilbud. Derfor er tandsundheden blandt marginaliserede borgere relativt set dårligere end nogensinde, og spørgsmålet om, hvordan man leverer tandpleje til disse mennesker, trænger sig på.

Disse særlige grupper omfatter hjemløse, misbrugere, fængselsindsatte og borgere med alvorlige og kroniske psykiatriske tilstande. Borgere, som er socialt sårbare eller udstødte, har ofte en række samtidige sociale problemer, fx hjemløshed eller dårlige boligforhold, behov for omfattende social bistand, stofmisbrug, psykisk sygdom, nuværende eller tidligere fængselsophold, langvarig arbejdsløshed, dårlig uddannelse, lav socioøkonomisk status eller flygtningestatus.

Gruppen eller grupperne af socialt sårbare og marginaliserede borgere er derfor vanskelige at afgrænse på et givet tidspunkt, og de overlapper i et vist omfang med den øvrige befolkning. Det kan desuden være svært (vanskeligt) at komme i kontakt med dem (bortset fra fængselsindsatte) og inddrage dem i videnskabelige projekter. Traditionelle epidemiologiske undersøgelser med repræsentative stikprøver er derfor ikke særlig velegnede eller relevante, og der er i stedet brug for alternative kvantitative og kvalitative metoder til beskrivelse og evaluering af udførte indsatser.

Betegnelser som «de hjemløse», «de indsatte» eller «stofmisbrugere» kan derfor være stærkt forsimplede udtryk for personer med meget sammensatte sociale problemer. Men på den anden side set er beskrivelse af en gruppe ud fra dens hovedproblem eller dens institutionelle tilhørsforhold formentlig den eneste mulige måde at nærme sig disse borgere og deres problemer på.

Der er kun foretaget få undersøgelser af tandsundheden blandt socialt marginaliserede borgere i de nordiske lande. I denne artikel vil vi give et overblik over den aktuelle viden om den orale sundhed i relation til disse sårbare grupper i samfundet. Da den kontekst og det sociale system, disse borgere befinder sig i, har afgørende betydning (2), inddrager vi først og fremmest undersøgelser fra de nordiske lande og i mindre grad fra andre vesteuropæiske lande.

### **Borgere med alvorlige og kroniske psykiatriske tilstande**

Siden 1990'erne, hvor psykiatrien blev flyttet bort fra de store psykiatriske sygehuse, er de fleste personer med alvorlige psykiatriske sygdomme at finde i egen bolig med hjælp fra distriktspsykiatriske behandlingstilbud eller i beskyttede boliger/botilbud. Der er stort set ingen forskning, der belyser den orale sundhed blandt borgere

i distriktspsykiatrien og borgere med alvorlige psykiske lidelser, som behandles i lokalsamfundet (3).

Alvorlig psykisk lidelse (severe mental illness, SMI) er ikke en enkelt diagnostisk enhed, men en samlebetegnelse for en række diagnoser såsom skizofreni, andre psykoser og affektive lidelser, som er beskrevet i sygdomsklassifikationsmanualerne DSM-5 og ICD-10. SMI er ofte årsag til en funktionsnedsættelse, der i betydelig grad påvirker eller begrænser personens livsudfoldelse.

Der kan være forskellige årsager til dårlig oral sundhedstilstand blandt personer med SMI. Blandt de fremherskende årsager er manglende evne til at opretholde sufficient (tilstrækkelig) mundhygiejne, uregelmæssige tandlægebesøg, der ofte indskrænker sig til nødbehandlinger, samt udbredt brug af receptpligtig medicin, der forårsager hyposalivation (4).

Forskning med fokus på, hvordan personer med SMI oplever deres orale sundhed, viser, at de føler skam over ikke at passe deres tænder og mund (5). Selv om de måske gerne ville gøre en indsats for tandsundheden, får det ofte en lav prioritering i sammenhæng med psykiske problemer. De psykiske symptomer kan gøre det vanskeligt at gennemføre noget så tilsyneladende simpelt som at børste sine tænder. Selv om patienten har de bedste intentioner om at prioritere tandbørstningen, kan det være uoverstigeligt rent faktisk at udføre den (6).

Det er velkendt, at den ofte langvarige medicinering i denne patientgruppe medfører hyposalivation og xerostomi (Figur 1). Disse bivirkninger afhænger ikke alene af det enkelte lægemiddel, men også af det samlede antal lægemidler. I en svensk undersøgelse fandt man, at næsten en tredjedel af patienterne fik ordineret to eller flere antipsykotika (7). Hyposalivation er en kendt risikofaktor for caries, og caries og heraf følgende tandtab er de væsentligste mundhuleproblemer blandt borgere med kroniske psykiatriske lidelser (4). Derimod er der ikke påvist en øget forekomst af parodontale sygdomme.

Personer med SMI har stort behov for tandbehandling, og de fleste af dem søger tandlæge i forbindelse med akutte tilstande.

I en systematisk oversigt fandt man, at personer med SMI havde stærkt forøget risiko for at blive tandløse (odds ratio på 3,4) sammenlignet med baggrundsbefolkningen (4). I en ældre dansk undersøgelse påviste man ved multivariat analyse, at mental sygdom alt andet lige bidrog med én ekstra flade caries pr. år i DMFS-indekset (7).

Disse undersøgelser understreger behovet for et mere nuanceret tandplejetilbud, især i aldersgruppen under 35 år, hvor tab af tænder kunne være forebygget med en individuelt tilpasset støttebehandling. Dette kunne med fordel ske i et samarbejde mellem de sociale forvaltninger, hjemmeplejen, psykiatrien og tandplejen.

### Caries som følge af hyposalivation



Figur 1. En sindslidende mand i 20'erne med typiske carieslæsioner cervikalt som følge af hyposalivation.

Da dårlig oral status hænger sammen med skamfølelse og social isolation (5), er det væsentligt at tilpasse behandlingsmålene efter patienternes egne prioriteringer og evner, så der er en mulighed for at nå i mål. Det er af afgørende betydning at finde ud af hver enkelt patients resurser og prioriteringer. Denne opgave kræver træning af både tandplejepersonale og de øvrige faggrupper, der møder disse borgere i forskellige sammenhænge. Et individuelt tilpasset støtteprogram kan give unge mennesker, der enten er socialt sårbare eller lider af SMI, en bedre mulighed for at opnå en sund mund og sunde tænder.

### Oral sundhed blandt hjemløse

Hjemløshed er et globalt fænomen med mange sammenfildrede årsager og konsekvenser såvel for den enkelte som for samfundet som helhed. Psykisk lidelse kan både være årsag til og en følge af hjemløshed. I Sverige har det været ivrigt debatteret, om lukning af institutioner for psykisk syge kan være en årsag til den høje forekomst af psykiatriske lidelser blandt hjemløse.

Globaliseringen har medført dybtgående forandringer på arbejdsmarkedet og internt i familierne, og de sociale netværk er svagere, end de var før i tiden (9). Den kumulative effekt af sociale ændringer som disse er, at samfundet er blevet horisontalt, og at borgerne enten er inkluderede eller ekskluderede, og dette kan føre til hjemløshed.

Generelt bliver problemet imidlertid beskrevet, som om det ikke har noget at gøre med arbejdsløshed, boligmangel, segregation eller ulighed. I stedet lyder det politiske budskab, at hjemløshed er et lille og ikke mindst et meget begrænset problem. De hjemløse beskrives som en utilpasset gruppe i et ellers velfungerende samfund. De

socio-politiske og strukturelle årsager til marginaliseringen benægtes eller forties, og der fokuseres i stedet på de afvigende personer og deres afvigende adfærd. Boligområder bliver segregerede, og grænserne mellem dem bliver meget markante. Debatten burde dreje sig om de hjemløses ret til et ordentligt liv med arbejde, bolig og sundhedspleje, herunder tandpleje. Der ligger en stor udfordring i at række ud til de patienter, der er svære at nå (10).

I tidligere tider var der ikke megen videnskabelig opmærksomhed på de hjemløses orale sundhedsproblemer, og der er kun publiceret få undersøgelser om hjemløses orale sundhed i de nordiske lande (11). I de seneste tre årtier er der imidlertid sket en rivende udvikling inden for forskning i specialtandpleje, som bl.a. omfatter hjemløse; men vi er stadig langt fra helt at forstå de hjemløses generelle situation og deres erfaringer med oral sundhed.

De Palma et al. (12,13) har rapporteret, at tandsundheden blandt hjemløse i Stockholm var værre end i tidligere studier i andre lande. Det gennemsnitlige antal tænder var 18, og det er lavere end i baggrundsbefolkningen (14). De hjemløse havde et højt DMFT på 27, og syv ud af otte tandløse havde ingen proteser til at erstatte de manglende tænder. Mundslimhinden var ofte kraftigt beskadiget med tilstande som hyperkeratose, leukoplaki og generaliseret erytem. De hjemløse voksne havde relativt få tilbageværende tænder; men deres parodontale status var bedre end forventet ud fra deres svigtende mundhygiejne.

De Palma et al. (15) understregede, at det ved planlægning af tandpleje for hjemløse af mange grunde er vigtigt ikke blot at inddrage erfaringer fra klinisk forskning, men også at lytte til den enkelte hjemløses følelser og erfaringer. Når man først er blevet hjemløs, er der stor risiko for at blive permanent udstødt. De hjemløse, der deltog i undersøgelsen, angav, at deres tænder var vigtige for dem, og at deres forventninger til tandplejen var at forbedre tyggeevnen og udseendet. Den generelle helbredstilstand var ofte dårlig, og personerne havde mange alvorlige kroniske sygdomme. De fleste angav at have misbrugsproblemer, og mortaliteten blandt de hjemløse var langt højere end i baggrundsbefolkningen.

I Danmark har Øzhayat et al. (16) fundet signifikant dårligere oral livskvalitet (højere OHIP-14-score) blandt hjemløse end i den øvrige befolkning, og forskellen blev ikke ændret efter inddeling i aldersgrupper. De hjemløse havde især problemer inden for områderne smerte, anspændthed, fødeindtagelse, manglende evne til at slappe af, livskvalitet og tyggeevne. Konklusionen var, at de hjemløse havde kraftigt reduceret oral livskvalitet, idet deres OHIP-14-score var næsten tre gange så høj som hos personer i den øvrige befolkning, der også manglede mange tænder og havde behov for proteser. En anden dansk undersøgelse afslørede næsten tilsvarende OHIP-14-score og dårlig oral sundhed blandt socialt udsatte

borgere (17). Næsten alle havde ubehandlet caries, og næsten halvdelen havde ikke været til tandlæge de seneste fem år. Efter individuelt tilpasset behandling blev OHIP-14-scoren reduceret til samme niveau som hos sammenlignelige grupper i baggrundsbefolkningen.

### Misbrug og oral sundhed

Stofmisbrug (substance use disorders, SUD) defineres som «et problematisk forbrug af alkohol eller andre stoffer, som resulterer i forringelse af dagliglivet eller betydelig angst» (18). Tidligere studier tyder på, at misbrugere har en forøget risiko for caries, gingivitis og parodontitis (19).

Prævalensen af højt alkoholforbrug i de europæiske befolkninger var 42,6 % i 2016 (20). I Sverige antager man, at 12,9 % af mændene og 8,7 % af kvinderne har et alkoholmisbrug (21). Undersøgelser tyder på, at højt alkoholforbrug medfører forøget risiko for erosion, parodontitis og forhøjet DMFS (22). Bortset fra erosionerne skyldes de nævnte tilstande dog ikke alkoholen i sig selv, men snarere den sociale deroute, der følger med alkoholmisbruget (23).

Cannabis misbruges på verdensplan af 192 millioner mennesker mellem 15 og 64 år, og i Europa alene er tallet 17 millioner. De mest almindelige orale bivirkninger blandt cannabismisbrugere er xerostomi, leukoplakier og forhøjet DMFT-score (24,25).

I 2018 anslog man i The World Drug Report, at 34,2 millioner mennesker mellem 15 og 64 år var misbrugere af de CNS-stimulerende stoffer amfetamin og metamfetamin. Xerostomi er en af de almindeligste virkninger til dette misbrug, idet der på grund af påvirkning af centralnervesystemet produceres proteinrigt spyt. Misbrugere bliver også hyperaktive og føler hverken sult eller tørst, og i stedet for vand drikker de ofte sodavand. Kombinationen af brugsisme, xerostomi, proteinrigt spyt og højt forbrug af læskedrikke forøger risikoen for caries. Metamfetaminmisbrugere har også ofte alvorlig parodontitis. Betegnelsen «Meth Mouth» bruges om det typiske orale sygdomsbillede, der ofte ses hos disse misbrugere (Figur 2) (26).

Khat er et andet CNS-stimulerende stof, som påvirker den orale sundhed. Misbrugere tygger bladene, så snart de er høstede, da de unge og friske skud har amfetaminlignende effekt. Khat har samme struktur som amfetamin. I de nordiske lande ses misbrug af khat næsten udelukkende i somaliske og etiopiske indvandremiljøer. Khat bruges ikke kun ved festlige lejligheder, men også ofte i forskellige situationer i hverdagen. Khat påvirker mundslimhinden som følge af mekanisk eller kemisk irritation, typisk med mørk pigmentering eller hvidlige forandringer i de områder, der berøres under tygningen. Misbrugere bliver også tørstige, og da tørsten ofte slukkes med sodavand eller te med sukker, stiger cariesrisikoen.

### «Meth-mouth»



Figur 2. Et eksempel på «meth-mouth»: omfattende caries og tandtab samt tandfrakturer, erosioner og andre orale problemer som følge af metamfetamin-misbrug.

Den langvarige tygning medfører desuden ofte abrasion af tænderne og temporomandibulær dysfunktion. Stoffet lugter kraftigt og efterlader ofte en grønlig misfarvning på tungen og kindslimhinden og undertiden en brunlig misfarvning af tænderne (27).

Heroin er et opiat, der kan ryges (røykes), sniffes eller injiceres, og som påvirker centralnervesystemets opioidreceptorer. Heroinmisbrugere har generelt dårlig oral status og præsenterer ofte et kompliceret sygdomsbillede. Heroinens analgetiske effekt kan dog ofte sløre smerter og nervøsitet i relation til sygdomstilstande i munden. Tidligere undersøgelser tyder på, at heroinmisbrugere har højere forekomst af caries og parodontale sygdomme end baggrundsbefolkningen (19).

Det er ikke lykkedes os ved søgning i fagfællebedømte (peer-reviewed) tidsskrifter at finde en eneste publikation fra de seneste 25 år fra et eneste af de nordiske lande om sammenhængen mellem oral sundhed og misbrug eller oral sundhed blandt alkoholikere eller stofmisbrugere.

### De indsatte i fængslerne

De fængselsindsattes orale sundhed og udfordringer i relation her til er blevet behandlet i to nye nordiske undersøgelser, en svensk, der kun omhandler mandlige indsatte, og en finsk, der inddrager både mænd og kvinder (28,29).

Indsatte har flere usunde vaner, der kan påvirke den orale sundhed, fx stofmisbrug, som i en systematisk oversigt har vist sig at være meget hyppigt forekommende blandt indsatte i 10 lande (30). Blandt de mandlige svenske indsatte var der 84 % rygere, 71 % stof-

Livskvalitet (OHRQoL) blandt marginaliserede borgere

**Tabel 1. Gennemsnitlige OHIP-14-scores ved baseline og efter odontologisk intervention i en gruppe socialt sårbare og marginaliserede borgere i Danmark (n = 99) (Mann-Whitney-test).**

	Baseline	Efter intervention	P
Tale	1,2	0,8	NS
Smagssans	1,2	0,8	< 0,05
Smerte inden for et år	2,5	0,8	> 0,001
Tyggefunktion	2,6	1,1	> 0,001
Selvværd	3,0	1,0	> 0,001
Føler sig anspændt	2,5	0,9	> 0,001
Utilstrækkelig kost	2,1	0,9	> 0,001
Afbrudte måltider	1,6	0,7	> 0,001
Afslapning	2,1	0,6	> 0,001
Føler sig flov	3,1	1,0	> 0,001
Føler sig irriteret	1,1	0,3	> 0,001
Arbejde	1,0	0,2	> 0,001
Livet generelt	2,5	0,5	> 0,001
Funktioner i dagligdagen	1,4	0,2	> 0,001
Total OHIP-14-score	27,8	9,9	> 0,001

misbrugere og 13 % alkoholmisbrugere. Blandt de finske indsatte var der 88 %, som røg hver dag, 62 % var stofmisbrugere, og 33 % havde drukket alkohol mere end én gang om ugen inden indsættelsen. De indsatte livsstil medfører desuden, at de hyppigt er indblandet i ulykker, og tandfrakturer og tandtab forekommer ofte (31). Psykiatriske sygdomme eller lidelser som angst, depression eller søvnforstyrrelser forekom hos 51 % af de svenske indsatte, mens 87 % af de finske indsatte fik lægeordineret medicin, og 28 % fik mindst fire forskellige præparater, typisk antipsykotika, analgetika og søvnregulerende lægemidler (28,29).

I begge undersøgelser fandt man, at de indsatte orale status var dårligere end baggrundsbefolkningernes. Blandt de svenske indsatte havde 95 % tegn på parodontitis, og blandt de finske indsatte havde alle undersøgte gingivitis, og 7 % havde alvorlige parodontale problemer. I Sverige havde 66 % mindst én tand med behandlingskrævende caries, og i Finland var det tilsvarende tal 81 %. I det finske studie undersøgte man også for erosion og temporomandibulær dysfunktion (TMD). 90 % havde moderat eller fremskredet tandlidelse, 60 % havde klinisk diagnosticeret TMD, og 84 % havde symptomer på TMD (28,29,32,33).

Hyppigheden af tandbørstning var forskellig blandt indsatte i Sverige og Finland (28,29). I Finland angav stort set alle, at de børstede tænder hver dag, mens kun 7 % af de svenske indsatte bør-

stede tænder hver dag. Denne forskel kunne skyldes forskellige rapporteringsmetoder; en anden mulig forklaring kunne være, at de svenske indsatte blev interviewet ved indsættelsen, mens de finske blev interviewet senere i fængselsopholdet. De indsatte havde generelt uregelmæssige tandplejevaner, idet 13 % af de svenske indsatte og 16 % af finnerne angav, at de gik regelmæssigt til undersøgelse hos tandlægen. I den svenske undersøgelse angav 15 % af de indsatte, at tandlægeskræk var årsagen til de uregelmæssige tandlægesøg, og noget tilsvarende gjorde sig gældende i den finske undersøgelse (34–37).

Tidligere undersøgelser har påpeget flere forhold, der kan bidrage til den dårlige tandstatus blandt indsatte. Et studie blandt skotske indsatte har beskrevet, hvor komplekse forholdene, der påvirker den orale status, kan være (38). Forfatterne argumenterede for, at sammenhængen mellem depression og tandsygdomme bevægede sig i to parallelle og uafhængige spor: stofmisbrug og tandlægeskræk. Stofmisbrug var den primære mediator og tandlægeskræk den sekundære mediator mellem depression og tandsygdomme. Hvis man vil forbedre de indsatte orale sundhed, er det derfor nødvendigt at anerkende denne kompleksitet og anlægge en bredere strategi som fx common risk factor approach, der inddrager en række fælles risikofaktorer for mange sygdomme (kost, hygiejne, rygning, alkoholforbrug, stress og traumer) (39).

## Perspektiver

Data fra nordiske og internationale undersøgelser tyder på, at borgere, der lever på kanten af samfundet, oplever en række barrierer i forhold til tandpleje, såvel på det individuelle som på det organisatoriske og politiske niveau (40). Tidligere nordiske studier antyder også, at der er behov for mere forskning inden for området, både deskriptive studier og studier, der evaluerer forskellige indsatser til fremme af tandsundheden i disse grupper. Endvidere bør universiteterne inddrage viden om marginaliserede grupper i både den prægraduate og den postgraduate odontologiske undervisning. I dag er emnet næsten totalt fraværende i universiteternes curricula, skønt netop disse samfundsgrupper er hårdest belastet af sygdomme i tænder og mundhule. Der mangler også specifik professionel vilje til at forstå disse grupper og en overordnet strategi for disse borgeres tandpleje – en strategi, der indarbejder de erfaringer, der er indhøstet ved de mange forskellige tandsundhedstiltag på lokalt niveau. Denne artikel viser desuden, at der er akut brug for at revidere lovgrundlaget, så det også kommer disse sårbare borgere til gode.

Som nævnt flere gange i denne artikel er der behov for tandplejeprogrammer, der er skræddersyet til disse borgere og deres særlige behov. I nogle, men ikke i alle, nordiske lande indeholder sund-

hedslovgivningen særlige tandsundhedsprogrammer for personer med svære (alvorlige) sindslidelser.

Fremskridt drives ofte frem af forskning og dokumentation. Fx bevilgede det danske Folketing i 2013 et treårigt offentligt finansieret tandsundhedsprogram for socialt sårbare borgere. Formålet var at etablere og teste et opsøgende tandsundhedstilbud for socialt belastede borgere på kommunalt niveau. Sådanne tilbud blev oprettet og evalueret i flere kommuner, bl.a. i Svendborg og Skive (17). Tilbuddene var baseret på et samarbejde mellem tandplejen og socialforvaltningen, særlige tiltag til motivering af personalet til en forståelse af patienternes oplevede tandplejebehov samt et miljø, der både fysisk og psykologisk signalerede accept og tilgængelighed. Deltagernes OHIP-14-score før og efter interventionen præsenteres i Tabel 1. Resultaterne fra disse to og andre kommuner førte i foråret 2020 til en tilføjelse til Sundhedsloven, der pålagde de danske kommuner at tilbyde gratis tandpleje til de socialt mest marginaliserede borgere.

Det understreger nødvendigheden af, at tandlægestanden og især universiteterne prioriterer dette forskningsområde, fordi disse grupper af borgere er så hårdt ramt af orale sygdomme, at det i høj grad påvirker deres dagligdag.

## REFERANSER

- Christensen LC, Suominen A-L, Hakeberg M, Özkaya F et al. Social inequality in oral health in the Nordic countries – current status. *Tandlægebladet*. 2021. In press.
- Petersen PE, Hakeberg M. Inequality in oral health – theoretical approaches. *Tandlægebladet*. 2021. In press.
- Hede B, Petersen PE. Self-assessment of dental health among Danish noninstitutionalized psychiatric patients. *Spec Care Dent*. 1992; 12: 33–6.
- Kisely S, Quek LH, Pais J et al. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and metanalysis. *Br J Psych*. 2011; 199: 187–93.
- Persson K, Olin E, Ostman M. Oral health problems and support as experienced by people with severe mental illness living in community-based subsidised housing – a qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2010; 18: 529–36.
- Villadsen DB, Sørensen MT. Oral Hygiene – A Challenge in Everyday Life for People with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*. 2017; 38: 643–9.
- Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B et al. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 16: 263–71.
- Hede B. Oral health in hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1995; 23: 44–8.
- Tosi A. The Excluded and the Homeless: The Social Construction of the Fight against Poverty in Europe. In: Minigone E, eds. *Urban poverty and the underclass*. 1st ed. Oxford: Blackwell, 1996; 83–104.
- Howe EG. Organizational ethics' greatest challenge: factoring in less-reachable patients. *J Clin Ethics*. 1999; 10: 263–70.
- Hede B. Tandplejens stedborn – de udsatte og de udstødte. *Tandlægebladet*. 2015; 119: 794–801.
- De Palma P, Frithiof L, Persson L et al. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63: 50–5.
- De Palma P, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Spec Care Dentist*. 2005; 25: 289–95.
- Norderyd O, Koch G, Papias A et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J*. 2015; 39: 69–86.
- De Palma P, Nordenram G, Ekman SL. The encounter in dental care as interpreted by homeless individuals. *Swed Dent J*. 2006; 30: 177.
- Øzhayat EB, Østergaard P, Gotfredsen K. Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2016; 74: 620–5.
- Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community-based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2019; 77: 364–70.
- Franck J, Nylander I. *Beroendemedicin*. 1st ed. Lund: Studentlitteratur AB, 2011.
- Baghaie H, Kisely S, Forbes M et al. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction*. 2017; 112: 765–79.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.
- Guttormsson U, Gröndahl M. Trender i dryckesmönster – befolkningens självrapporterade alkoholvanor under 2000-talet. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2017.
- Wang J, Lv J, Wang W et al. Alcohol consumption and risk of periodontitis: a meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2016; 43: 572–83.
- Hede B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 403–8.
- Darling MR, Arendorf TM. Effects of cannabis smoking on oral soft tissues. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993; 21: 78–81.
- Joshi S, Ashley M. Cannabis: A joint problem for patients and the dental profession. *Br Dent J*. 2016; 220: 597–601.

26. Stanciu CN, Glass M, Muzyka BC et al. «Meth Mouth»: An Interdisciplinary Review of a Dental and Psychiatric Condition. *J Addict Med.* 2017; 11: 250–5.
27. Al-Maweri SA, Warnakulasuriya S, Samran A. Khat (*Catha edulis*) and its oral health effects: An updated review. *J Investig Clin Dent.* 2018; 9.
28. Priwe C, Carlsson P. Oral Health Status of Male Swedish Citizens at Admission to Prison. *J Correct Health Care.* 2018; 24: 382–94.
29. Vainionpää R. Oral health of Finnish prisoners. *Acta Universitatis Ouluensis*, 2019.
30. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction.* 2017; 112: 1725–39.
31. Viitanen P, Vartiainen H, Aarnio J et al. Finnish female prisoners – heavy consumers of health services. *Scand J Public Health.* 2013; 41: 479–85.
32. Vainionpää R, Peltokangas A, Leinonen J et al. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ Open.* 2017; 3: 17006.
33. Vainionpää R, Kinnunen T, Pesonen P et al. Prevalence of temporomandibular disorders (TMD) among Finnish prisoners: cross-sectional clinical study. *Acta Odontol Scand.* 2019; 77: 264–8.
34. Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V et al. Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000–2011. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2019; 47: 309–15.
35. Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health.* 2011; 11: 10.
36. Hakeberg M, Boman UW. Dental care attendance and refrainment from dental care among adults. *Acta Odontol Scand.* 2017; 75: 366–71.
37. Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand.* 2001; 59: 201–11.
38. Arora G, Humphris G, Lahti S et al. Depression, drugs and dental anxiety in prisons: A mediation model explaining dental decay experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020Feb 10. Doi.org/10.1111/cdoe.12522.
39. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012; 40: 289–96.
40. El-Yousfi, Jones K, White S et al. A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *Br Dent J.* 2019; 227: 143–51.

## ENGLISH SUMMARY

Hede B, de Palma P, Persson K, Lahti S.

### Oral health in the margins of the community

*Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 116–22

Citizens living on the edge of the community form groups which may be difficult to approach and identify. Concurrent social problems are often present at the individual level. From a scientific perspective research on oral health related factors among underserved and socially marginalized groups of citizens, represents methodical challenges which call for alternative approaches. However, from a public health perspective, studies from the Nordic countries have identified several causes of poor oral health and barriers to oral care at the individual, the organizational and

the policy level. The poor oral health and the lack of sufficient oral care services calls for tailored oral health promotion programs to these groups of vulnerable citizens and underlines and stresses the responsibility of the dental profession in common and the Universities in particular to prioritize this field of research. From the epidemiological as well as in the individual perspective these groups of citizens bear a heavy burden of oral disease – perhaps a burden which is the heaviest for an individual to carry.



**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**\*<sup>1</sup>

# 4X

bedre **plakkfjerning**\*\*<sup>1</sup>

For mer informasjon og prøver kontakt  
[scanda.consumer-relations@gsk.com](mailto:scanda.consumer-relations@gsk.com)

\*sammenlignet med en vanlig tannkrem ved børsting to ganger daglig  
\*\*enn en vanlig tannkrem, etter en profesjonell tannrengjøring og børsting to ganger daglig

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

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

## HOVEDBUDSKAP

- FNs Barnkonvention anger att barn har rätt till bästa möjliga hälsa och att de inte får diskrimineras
- En stor andel av barn i de nordiska länderna lever i social utsatthet som ofta är kopplat till fattigdom
- Det finns ett starkt samband mellan dålig munhälsa och social utsatthet och trots kännedom om detta sedan flera år består skillnaderna i munhälsa mellan olika grupper
- Effekten hos olika metoder för att utjämna skillnader i munhälsa är otillräckligt utvärderade; det saknas vetenskapligt underlag/evidens för metoderna
- Insatser för att utjämna skillnader i munhälsa mellan olika grupper behöver innefatta såväl hälsoförebyggande (promotiva) arbetssätt som prevention, och ske i samverkan med andra delar av samhället, ex skola, barnhälsovård
- Det är stort behov av flervetenskaplig forskning för att utjämna hälsoskillnader. Sådan forsknings bör även involvera kliniker.

## FORFATTERE

**Gunilla Klingberg**, professor i pedodonti. Odontologiska fakulteten, Malmö universitet, Sverige

**Karin Ridell**, odontologie doktor, lektor i pedodonti. Odontologiska fakulteten, Malmö universitet, Sverige

**Marit Slätteid Skeie**, professor emerita. Institutt for klinisk odontologi – pedodonti. Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge; samt Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TkMidt), Trondheim, Norge

Korresponderende forfatter: Gunilla Klingberg; Malmö universitet, Odontologiska fakulteten, SE 205 06 Malmö, Sverige; e-post: gunilla.klingberg@mau.se

Åkseptert for publisering 18.05.2020.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Artikkelen er delvis oversatt fra norsk av Cecilia Hallström, København, Danmark

Klingberg G, Ridell K, Skeie MS. Oral hälsa hos barn i socialt utsatta områden – en utmaning. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 124–31

Key words: Dental health services; Child; Socioeconomic factors; Oral health; Prevention

# Oral hälsa hos barn i socialt utsatta områden – en utmaning

Gunilla Klingberg, Karin Ridell og Marit Slätteid Skeie

Alla som arbetar med barn ska känna till FNs Barnkonvention som bland annat anger att alla barn ska ha samma rätt till bästa möjliga hälsa. Trots god munhälsa i de nordiska länderna visar studier att barn som lever i social utsatthet har en starkt ökad risk för sämre munhälsa, att de inte nås av tandvårdens förebyggande arbete och inte kommer till tandvården på besök och behandling som andra barn. Därför behövs även särskilt riktade insatser i tillägg till det allmänna tandhälsoarbetet som riktas till alla barn. Det anses viktigt att promotions- och preventionsinsatserna börjar redan från tidig ålder. Det finns stora kunskapsluckor beträffande effekten av olika preventions- och behandlingsstrategier och det saknas ofta hälsoekonomiska analyser. Det är en särskild utmaning att på ett systematiskt sätt dokumentera och utvärdera de munhälsoinsatser som riktas till barn i socialt utsatta miljöer för att möjliggöra forskning. Här behövs tvärvetenskaplig forskning där även kliniker inkluderas. Visionen måste vara jämlik hälsa och att både hälsofrämjande och förebyggande åtgärder bidrar till att utjämna ojämlikheter i munhälsa mellan sociala grupper.

Tandhälsan hos barn och ungdomar i de nordiska länderna är överlag god i jämförelse med många andra länder (1). Det beror till stor del på välfungerande kostnadsfri tandvård för barn samt en utbyggd välfärdsstat. Trots det finns barn som har avsevärt sämre tandhälsa och som på grund av olika former av social utsatthet inte nås av tandvården. Samtidigt, ur ett hälsoperspektiv, har tandvården skyldighet att prioritera barns orala hälsa. Genom förebyggande tandhälsoarbete skulle det i princip vara möjligt för en stor andel barn att slippa framför allt kariessjukdomen. Om barn kan hållas helt kariesfria upp till vuxen ålder samtidigt som de under sin uppväxt får redskap för att ansvara för sin munhälsa så finns troligen goda möjligheter att både reducera karies hos vuxna och att hålla nere behovet av tandbehandling. Ett sådant arbetssätt innebär sannolikt vinster både vad gäller hälsa och samhällsekonomi. Att investera i barns orala hälsa har alltså många positiva sidor.

Syftet med denna artikel är att beskriva olika sociala villkor som påverkar barns munhälsa. Vidare att redogöra för FN:s barnkonvention och hur den lägger ett stort ansvar på samhället att agera för barns rätt till hälsa. Med detta som utgångspunkt diskuteras exempel på strategier och utmaningar i tandhälsoarbetet som tandvårdens personal möter.

### **Barnkonventionen**

Det är inte möjligt att diskutera barns orala hälsa eller hur sociala faktorer påverkar hälsan utan att ta ett avstamp i Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter (2). Barnkonventionen är nyss 30 år fyllda och har ratificerats av samtliga av FN:s medlemsstater stater förutom USA. Konventionen har tidigare inkorporerats i nationell lagstiftning i Finland, Island och Norge och vid årsskiftet 2020 blev konventionen också lag i Sverige (3).

I konventionen definieras barn som personer under 18 år och det finns fyra viktiga huvudprinciper (artiklarna 2, 3, 6 och 12). Dessa handlar om att barn inte får diskrimineras, att barnets bästa ska komma i första rummet i frågor som rör barn, att barn har rätt till utveckling och att barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. I ytterligare en artikel (nummer 24) stadfästs att barn har rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. Två andra artiklar är väsentliga när vi diskuterar barns sociala situation och i en förlängning även hälsa. Det är artiklarna 26 och 27 där det står att barn har rätt till social trygghet och statligt stöd när vårdnadshavaren saknar resurser, vidare att barn har rätt till en skälig levnadsstandard i termer av basala saker som bostad, mat och kläder.

I och med Barnkonventionen blir barnet rättighetsbärare och samhället har en skyldighet att bland annat säkerställa att alla barn får samma möjlighet till en god munhälsa oavsett bakgrund, soci-

oekonomi, eventuell funktionsnedsättning. Det ideala är om barn dessutom kan involveras när samhället fattar beslut om hur tandvård ska bedrivas, om vilken slags tandvård som är viktig med mera. Utifrån konventionen är det viktigt att beslutsfattare, tjänstemän, vårdpersonal med flera har en god kännedom om Barnkonventionen och särskilt de fyra huvudprinciperna och att man utifrån den aktuella situationen eller ärendet beaktar konventionen och försöker verka utifrån principen om barnets bästa.

Trots att barnets ställning stärkts i juridisk mening i samtliga nordiska länder och att konventionen tydliggör att barn och barns hälsa inte får diskrimineras i förhållande till andra grupper finns det risk att barntandvården kan få stå tillbaka i relation till tandvård för exempelvis vuxna. Orsakerna kan vara flera. Kapacitetsbrist, det vill säga brist på tandvårdspersonal eller annan resurs tvingar tandvården till prioriteringar, kan leda till att man prioriterar tandvård för vuxna med manifest sjukdom och rehabiliteringsbehov före behandling av primära tänder eller preventiva insatser hos barn. Undanträngningseffekter liknar kapacitetsbrist men innebär att lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet. Detta kan förstärkas av att ersättningen för olika slags vård ser olika ut beroende på ålder. Det finns en risk att vissa patienter eller behandlingar är mer lönsamma, att ersättningsystem styr vård istället för etiskt grundade prioriteringsriktlinjer. Andra faktorer som kan spela in är hur professionen ser på status att behandla olika patientgrupper, vad ses som högstatus och lågstatus, liksom tillgången till personal med special- och specialistutbildning för olika områden. Att behandla barn med omfattande tandsjukdom som karies är ofta stressande för tandvården och uppfattas ibland som olönsamt. I de fall barnen dessutom lever i socialt utsatta miljöer och om det finns språkliga barriärer blir tandvårdens uppgift ännu svårare. Dessa faktorer måste beaktas vid såväl vårdplanering som uppföljning om tandvården ska arbeta enligt Barnkonventionens intentioner.

### **Barn i social kontext**

Barn är inte starka varken som aktörer eller patienter i vårdssituationen. De är istället nästan helt beroende av att antingen vårdnadshavare (föräldrar) eller att samhällets olika institutioner agerar för barnets bästa; att andra företrädare barnet. Om det ska fungera måste till exempel tandvården ha en god kunskap om barnets situation i en bred kontext som också inkluderar sociala aspekter. Som strax ska beskrivas finns det väldigt starka samband mellan olika sociala faktorer och hälsa. Förenklat pratar man ofta om social utsatthet och socioekonomi, dvs sociala och ekonomiska faktorer som inbegriper utbildningsnivå, inkomst, yrke och hur mycket personen arbetar. När det gäller barn kan dessa fakto-

rer finnas hos barnet självt, men också hos vårdnadshavaren vilket ökar komplexiteten.

Social utsatthet hos barn är vanligen kopplat till fattigdom. Det finns olika definitioner för barnfattigdom och de är ofta relativa begrepp och ibland något grova. Trots det är det viktigt att ha kunskap om hur stor andel av en barnpopulation som lever under knappa förhållanden både för att kunna planera för mer populationsbaserade insatser som hälsopromotion och prevention, men också för att kunna bemöta barn från utsatta miljöer på ett bättre sätt och med förståelse för vad till exempel en svår ekonomisk situation kan innebära för barnet. Det kan mycket väl vara så att, i tandvårdens tycke, enkla ting som tandborste och tandkräm upplevs kostsamma och vårdnadshavare kan ha svårt att ha råd med resor till och från tandvårdsmottagningen. Realiteter som påverkar såväl munhälsan som tillgången till tandvård bland barn.

I EU används andel barn under 18 år som lever i familjer med inkomst under 60 eller 50 procent av medianinkomsten i landet som ett mått på barnfattigdom (4). År 2013 beräknades 13 % av alla barnfamiljer i EU ha en inkomst under 60 % av medianinkomst under två av tre år. För de nordiska länderna ligger motsvarande siffra på mellan 3 och 5 %. Bland de nordiska länderna är det Sverige som har den högsta andelen barn i fattiga familjer oavsett vilken definition som används och andelen barn i fattigdom har också ökat under delar av 2010-talet i Sverige.

I Sverige använder Rädda barnen ett sammansatt mått för att definiera barnfattigdom som inkluderar både låg inkomststandard och försörjningsstöd. Enligt denna uppgick barnfattigdomen för år 2016 till 9,3 % av alla barn, det vill säga nästan vart tionde barn (5). Den ekonomiska utsattheten och därmed barnfattigdomen är betydligt högre i familjer med ensamstående (10,9 % barnfattigdom) eller utrikesfödda föräldrar (19,6 % barnfattigdom) och man räknar med att en så stor andel som 42 % av barnen i familjer med en ensamstående och samtidigt utrikesfödd förälder lever i ekonomisk utsatthet. I sammanhanget är det viktigt att poängtera att de viktigaste faktorerna när det gäller fattigdom är kopplade till arbets- och bostadsmarknad till exempel arbetslöshet och sjukdom, och inte till att vara utlandsfödd. Utmaningarna är också större i storstäderna och särskilt i segregerade områden. Om man fortsätter med det svenska exemplet är till exempel barnfattigdomen 25 % i Malmö, men med en spridning från 8,7 % i Limhamn-Bunkeflo till 51,8 % i Rosengård. Två områden med väldigt olika befolkning vad gäller inkomst, boendeform, utbildningsnivå och sysselsättningsnivå (5). Kariesförekomsten skiljer sig också markant mellan stadsdelarna, bland annat visade Malmökommissionen att det trots riktade förebyggande insatser var sex gånger fler 6-åringar som hade karies i Rosengård jämfört med i Bunkeflo.

Åtskilliga andra faktorer kan påverka en familjs eller vårdnadshavares förmåga att stötta, uppfostra och företräda ett barn. Det handlar att ge bra uppväxtförhållanden både när det gäller fysisk och psykisk omsorg. Sådana faktorer kan vara psykisk ohälsa eller missbruk hos vårdnadshavare men också andra stressorer i vardagen. Det är bland annat vanligare att föräldrar till barn med funktionsnedsättning drabbas av långvarig sjukdom än andra. Det innebär att barn ibland drabbas av en dubbel utsatthet. Förutom social utsatthet i form av ekonomiska skäl kan ohälsa hos vårdnadshavaren öka komplexiteten, eller så adderas ett barns funktionsnedsättning eller långvarig sjukdom till en ekonomisk utsatthet hos familjen. Av detta följer nödvändigheten att tandvården måste beakta såväl strukturella aspekter på social utsatthet (till exempel utifrån kunskap om levnadsvillkor och barnfattigdom i ett avgränsat geografiskt område) som individuella faktorer rörande det enskilda barnet (till exempel om det finns brister i omsorg eller barnets förutsättningar utifrån eventuell sjukdom eller funktionsnedsättning). Detta kräver en god kunskap om Barnkonventionen och att tandvården organiseras så att den i det promotiva och preventiva arbetet samverkar med andra samhällsaktörer (exempelvis barnhälsovård, skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst) samtidigt som det finns en beredskap att agera för det enskilda barnet om man finner anledning att känna oro för att barnet skulle fara illa.

### Socioekonomi och tandhälsa

Flera nordiska studier har visat att det finns ett samband mellan socioekonomiska faktorer och karieserfarenhet hos barn och ungdomar. Från Sverige visades nyligen ett starkt samband mellan socioekonomiskt index och karieserfarenhet hos barn/ungdomar i åldern 3–19 år. Ju sämre socioekonomiskt index desto större risk att få ökad karieserfarenhet. Skillnaderna var större ju yngre barnen var. Det geografiska området spelade större roll än de olika tandvårdsklinikerna (6). Liknande resultat har visats i andra studier från de nordiska länderna (7–10). Faktorer som etnicitet, föräldrars utbildningsnivå, inkomst och anställning/arbetslöshet, psykisk ohälsa i familjen, bristande föräldraförmåga påverkar risken för att barnet/ungdomen skall få karies.

Svenska Socialstyrelsen redovisade 2013 ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa och besöksfrekvens i tandvården. Ju sämre tandhälsa föräldrarna har, desto mer ökar risken för att barnet har karies. Föräldrars sociala förhållanden (unga eller ensamstående, låg utbildning, ekonomiskt bistånd, föräldrar som kommer från länder utanför Norden och Västeuropa) och deras vilja att söka tandvård påverkar både barnens risk att få karies, men även hur mycket barnen kommer till tandvården. Barn som bor i resurssvaga områden med stor andel synliga invandrargrupper har en ökad risk

för karies och uteblivande än barn boende i resursstarka områden (11). Djupintervjuer med föräldrar till barn som uteblivit från tandvården visar att dessa familjer ofta lever under stor stress i vardagen och att de inte förmår prioritera barnens tandvård (12).

### Placerade barn och tandhälsa

Barn som inte lever med båda sina föräldrar liksom familjehemsplacerade barn är överrepresenterade bland de som remitteras till specialisttandvården på grund av stort tandvårdsbehov och behandlingsproblematik (13). I Sverige är cirka 4 % av alla barn någon gång från födseln fram till 18 års ålder placerade av samhället i dygnsvård, exempelvis familjehem, LVU hem (lagen om vård av barn och unga) eller på institution (så kallade SiS hem för vård av ungdomar med allvarliga psykosociala problem och missbruk). Studier från flera länder har visat att dessa barn har sämre fysisk och psykisk hälsa, sämre tandhälsa och oftare uteblir från tandvården än andra barn (11, 14–17). En aktuell systematisk litteraturgenomgång visar att det saknas organisatoriska modeller som säkrar hälso- och sjukvård och tandvård för barn som placeras i dygnsvård. De nås inte av tandvården – de får inte undersökningar eller behandlingar som andra barn – varken inför en placering eller under placeringen, och det sker heller ingen återföring när de avslutar placeringen (18).

### Hemlösa barn och tandhälsa

Hemlöshet är en faktor som starkt påverkar barns fysiska och psykiska hälsa. Studier ha visat samband mellan en osäker boendesituation och trångboddhet och dålig hälsa, lägre vikt och risk för utvecklingsproblem bland små barn (19). Barn som lever i hemlöshet är även exponerade för andra riskfaktorer, till exempel trötthet, migration, missbruk och våld. Enligt Barnombudsmanen (20) ökar antalet hemlösa barn i Sverige, men det saknas nationell statistik.

Att sakna en egen bostad och vara tvingad att flytta runt leder till en otrygghet. Många skolbyten eller lång väg till skolan och kamrater skapar stress och isolering. Familjerna berättar också i intervjuer om svårighet att etablera kontakt med tandvården och ibland bristande kunskaper hos tandvården om det regelverk som gäller (21). Risken är uppenbar att barn som lever i hemlöshet har en ökad risk för sämre tandhälsa. Hög frekvens av karies bland hemlösa barn finns rapporterat från bland annat USA; men det saknas uppgifter från de nordiska länderna (22).

### Flyktingar och tandhälsa

Bland personer i flykt är barn extra utsatta. Beroende på var i en asylprocess barnet befinner sig har de olika tillgång till tandvårdens

tjänster. Det är inte förrän uppehållstillstånd i landet är klart som de kallas till vanliga undersökningar och först då kommer deras tandhälsa med i statistiken. Emellertid finns det mycket klinisk erfarenhet, inte minst från flyktingvägen år 2015, om att en stor andel barn på flykt har omfattande problem från mun och tänder. Enligt Barnkonventionen får inte dessa barns tandvårdsbehov behandlas på annat sätt än andra barns. Barnombudsmanen i Sverige (BO) genomförde 2017 en enkät bland skolsjuksköterskor. Rapporten (23) visar på en utbredd psykisk ohälsa bland nyanlända skolbarn men även på uteblivna hälsoundersökningar trots lång tids vistelse.

### Åtgärder

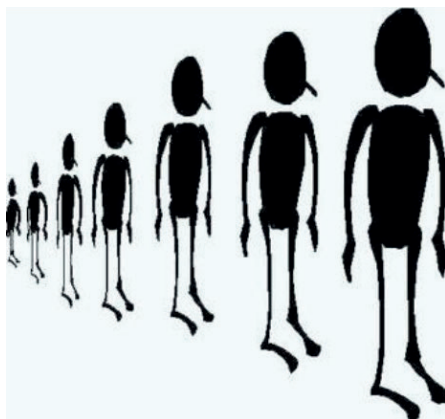
Att få bukt med sociala ojämlikheter i munhälsa har varit ett arbetsområde för forskare under många år, trots det visar studier att barn från såväl Skandinavien som övriga världen uppvisar en tydlig social gradient i munhälsan. Detta är problematiskt av flera skäl. Ojämlikheterna i munhälsa utjämnas inte av munhälsoåtgärder riktade enbart mot de mest utsatta [6]. Då kommer endast nya grupper att rekryteras med likadana uppväxtförhållanden och med samma bakomliggande ojämlikhetskapande faktorer; individuella och familjära resurser, livsstil, närmiljö, normer, värderingar et cetera. Dessa förhållanden, som finns utanför individen, kan klinikerna knappast påverka även om de tar hand om patienten på bästa möjliga sätt. Ändå är det viktigt i arbetet med att utjämna sociala skillnader att det kliniska arbetet är samkört med de åtgärder som vidtas.

### Promotiva åtgärder

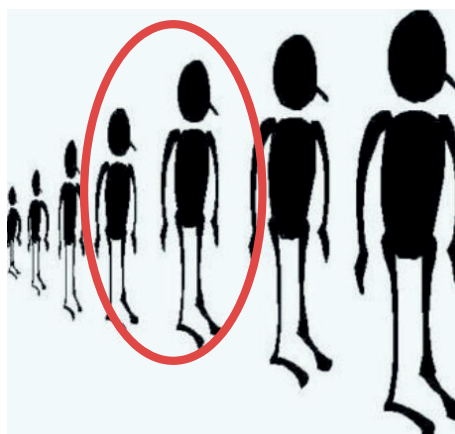
Det är endast allmänna promotiva åtgärder riktade mot hela befolkningen, också kallat «Upstream public health approach» [24], som kan underlätta för barn/föräldrar att göra munhälsobefrämjande val. Ett exempel kan vara att tandvården säkrar systematiskt och obligatoriskt samarbete med andra personer som arbetar med barn, till exempel på vårdcentraler och dagis, och ingår bindande avtal med dem om tandborstnings- och kosthållningsregimer. Bland de promotiva åtgärderna ingår också att förmedla uppdaterad vetenskaplig kunskap om kariesbehandling, bland annat att karies behandlas som en sjukdom och företrädesvis på emaljnivå (icke-operativ behandling) så att behovet av fyllningsterapi (operativ behandling) reduceras [25].

Föräldrarnas lagstadgade rätt till information om barnets hälsotillstånd och deltagande i valet av tillgängliga och lämpliga former av åtgärder [26] innebär att föräldrarna också bör få nödvändig information om när barnet har emaljariesangrepp, var i munnen angreppen finns och när icke-operativ behandling sätts in. Utan informationen kan de inte bidra till att hålla emaljläsionerna plackfria. Dessutom bör föräldrarna informeras om att god munhälsa

## Allmänna åtgärder (befolkningsbaserade åtgärder) Promotiva och preventiva



## Selektiva preventiva åtgärder



Figur 1. Riskgruppen socialt utsatta barn behöver samtidigt både populationsbaserade och selektiva förebyggande åtgärder. (Bakgrundsbild hämtad från Google.)

från tidig ålder är positivt för både den generella hälsan och framtida munhälsa. Idealt borde ett sådant «modernt kunskapspaket» publiceras i sociala medier med jämna mellanrum, gärna i samarbete med kommunikationsexperter, så att föräldrarna är förberedda när de kommer med barnet till det första tandvårdsbesöket.

### Generella preventiva åtgärder

En nationell preventiv åtgärd riktad till hela befolkningen («Population approach») med evidens om god effekt är tandborstning med fluoridtandkräm två gånger dagligen efter frambröttet av den första tanden [27]. Exempel på en annan åtgärd i samma kategori, med kariesreduktion i alla socioekonomiska grupper, är «Childsmile intervention program» (från Skottland) [28].

### Selektiva preventiva åtgärder

Emellertid kräver riskgrupper som regel samtidiga selektiva preventiva åtgärder («High-risk approach») [29], som inte nödvändigtvis utgår enbart från tandhälsovården. Preventiva åtgärder där «The Common Risk Factor Approach» [30] ingår i ett samarbete mellan olika hälsosektorer har visat sig ha större effekt på gemensamma hälsoriskfaktorer än de har utan samarbetet [29]. Eftersom de sociala kariesskillnaderna är störst i de tidiga barnåren (Early Childhood Caries, ECC) [31], är de aktuella vetenskapliga råden att selektiva åtgärder sätts in så tidigt som möjligt, enligt litteraturen gärna innan födseln genom att den gravida erbjuds munhälsoundervisning [32]. Sett i ett livstidsperspektiv,

såsom nämnts inledningsvis, betyder friska tänder i unga år bättre tandhälsa som vuxen [33].

Fakta 1 och figur 1 illustrerar olika åtgärder.

### FAKTA 1

#### Åtgärder på befolkningsnivå

- Promotiva (hälsofrämjande) åtgärder  
Försöker ta itu med olika underliggande orsaker till dålig munhälsa så att det ska vara lättare att göra munhälsofrämjande val.
- Preventiva åtgärder  
Åtgärder vars mål är att reducera risknivån.

#### Åtgärder som enbart riktar sig till en riskgrupp

- Selektiva preventiva åtgärder  
Fokus är riktat mot riskgrupper. Epidemiologiska och/eller sociodemografiska data kan användas för att identifiera grupperna.

Socialt utsatta barn behöver alla dessa åtgärder för att man ska kunna utjämna ojämlikheten.

## FAKTA 2

Barn i socialt utsatta miljöer utgör en stor grupp som riskerar en sämre tandhälsa redan tidigt i livet. Barn i denna grupp nås heller inte av tandvården i samma utsträckning, vilket leder till mindre tandvård och risk för livslångt sämre munhälsa.

Individuellt anpassade åtgärder räcker inte för att utjämna hälsoskillnader hos dessa barn. Olikheter i munhälsa mellan olika grupper kräver också promotions- och preventionsinsatser på gruppnivå. För detta måste tandvården samarbeta med andra samhällsinstitutioner för att såväl identifiera grupper samt samarbeta i det hälsoförebyggande arbetet.

För att skraddarsy de selektiva förebyggande åtgärderna bör vi använda oss av relevanta bakgrundsdata. Forskningen är i dag multidisciplinär och ett samarbete mellan olika discipliner i hanteringen och tolkningen av datamaterialet kommer att öka forskningens kvalitet, och som en följd förhoppningsvis även tandvårdens kvalitet. Möjlighet att använda och samköra officiell statistik av sociokulturell och socioekonomisk karaktär bör också eftersträvas.

### Utmaningar

De skandinaviska länderna står i en särställning med organiserad tandhälsovård och tillgängliga epidemiologiska kariesdata för barn och ungdom, men det finns skillnader i insamlingsrutinerna, vid vilken ålder som data registreras och i valet av munhälsoindikatorer [1]. Idén är att effekten av åtgärderna ska medföra att friska nyeruiterade tänder förblir friska, och om karies likväl utvecklas förhindras vidare kariesutveckling innan den når dentinet. Traditionell insamling av kariesdata baseras på kariesförekomst som nått in i dentinet, alltså när modern kariesbehandling har misslyckats [1], den harmoniserar således inte med modern kariesprevention [32]. Epiåldrarna (nyckelåldrarna för epidata, på norska «nøkkelkull-data») som data är insamlade från (i Norge 5-, 12-, och 18-åringar) är olämpliga för planläggning av selektiva åtgärder mot ECC.

Om en selektiv kariespreventiv åtgärd ska ha effekt måste valet av riskgrupp vara adekvat. När det gäller att identifiera individer med låg socioekonomisk bakgrund eller minoritetsbakgrund har forskarna tagit munhälsoregistreringarna och slagit samman dem med insamlade sociokulturella och socioekonomiska uppgifter från officiell statistik [7, 28]. Identifiering av riskområden baserade på relativ kariesrisk utförs också i sydvästra Sverige [34] med hjälp av geografiska kartor, «Geo-map» [35]. Den ökande mängden epidemiologiska data innebär dock ett behov av professionell hjälp för såväl hantering som tolkning av data och statistik.

### EXEMPEL PÅ SELEKTIVA ÅTGÄRDER RIKTADE MOT ECC

Som bekant är etiologin för ECC multifaktoriell [36], där de viktigaste determinanterna är socioekonomiska och sociokulturella faktorer. ECC är ett erkänt komplext problem som kräver en sammanfattad intervention och där en enda infallsvinkel oftast inte är tillräcklig [37]. Elektroniska föräldrafrågeformulär där svaren överförs till databaser har låga kostnader och är lämpliga för att ge tidig bakgrundsinformation. Idealt borde munhälsorelaterade frågor ingå i den samlade information som inhämtas på vårdcentraler, vare sig det är frågor angående munhälsorelaterade attityder och kunskaper, till vilken grad föräldrarna betonar munhälsa, deras egna och barnens kostvanor, tandborstning med fluorid tandkräm och amningsvanor.

Dessutom bör råd om munhälsa inkluderas som en naturlig del av allmänna hälsoråd för gravida kvinnor, som är en grupp som är mottaglig för sådan information [38]. I tillägg är hemland för föräldrar med invandringsbakgrund viktig [7], eftersom vissa kulturella bakgrunder utgör en hög risk för munhälsan. Familjer med denna bakgrund kan behöva skraddarsydd kulturellt anpassade selektiva åtgärder, gärna i samarbete med företrädare från minoritetsgrupper eller med tandvårdsanställda med invandrarbakgrund. Allmänt borde barn som genom föräldrainsformationen klassificeras som högrisk för karies, redan vid ett års ålder erbjudas undersökning av kalibrerade undersökare, där registrering av emalj karies och plack ingår. Senare, när flera tänder erumperat, kan statistiska beräkningar på gruppnivå beskriva den genomsnittliga fördelningen av emalj karies i munnen så att man vet på vilka tänder/tandytor olika åtgärder, till exempel applikation av fluoridlack (Varnish), kan ha en effekt innan karies når in till dentinet.

Det finns evidens för att selektiva åtgärder ger effekt också i riskgrupper med högre ålder, men litteraturen är sparsam när det gäller en del av dessa åldersgrupper [39]. Oavsett vilken åldersgrupp man väljer som målgrupp bland barn som lever i socialt utsatta miljöer, ska man vara klar över att de riskdeterminanter som dominerar i en riskgrupp inte behöver vara desamma som i en annan, även om barnen är i samma ålder. Således bör riskprofilen för målgruppen som åtgärden är avsedd för alltid analyseras innan åtgärden verkställs. Det är också viktigt att övertyga beslutsfattarna om att åtgärderna bör anpassas till vetenskaplig kunskap [32]. Se även Fakta 2.

### Konklusion

Trots barnkonventionen lever många barn också i de nordiska länderna under socialt utsatta förhållanden med konsekvensen att de har dålig munhälsa. Socialt utsatta barn behöver både de promotiva och förebyggande åtgärder som gäller för hela befolkningen, men de behöver dessutom selektiva förebyggande åtgärder speciellt rik-

tade till dem. Oral hälsa innefattar flera olika områden och diagnoser, men då kariesjukdomen är den som innebär mest problem hos barn har mycket av forskningen fokuserat kring denna. Likväl finns det stora sociala skillnader för andra odontologiska diagnoser och kunskapen om vilka behandlingsstrategier som är bäst för att åstadkomma en mer jämlik oral hälsa är inte utvärderat tillräckligt. Det man med säkerhet vet, är att arbete för att förbättra munhälsan hos barn i socialt utsatta miljöer behöver genomföras i samarbete med andra samhällsaktörer såsom hälsovård, skola och socialtjänst.

### Redovisning av eventuella intressekonflikter

Författarna deklarerar att de inte har några intressekonflikter kopplat till manus.

Författarna har heller inte erhållit ekonomiskt bidrag för framställande av artikeln.

## REFERENSER

- Skeie MS, Klock KS. Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management. *BMC Oral Health*. 2014; 14: 43.
- SVERIGES REGERING. Barnkonventionen. 2020. (citerad 2020-03-01) Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49b764/contentassets/8caaeabf-49834f16aa52df2108837b2d/fns-konvention-om-barnets-rattigheter-so-199020>
- NORDIC COUNCILS OF MINISTERS. Do rights! Nordic perspectives on child and youth participation. (Internet) Copenhagen DK : Nordic Council of Ministers, 2016 (citerad 2020-03-01) Hämtad från: <https://norden.diva.portal.org/smash/get/diva2:930511/FULLTEXT01.pdf>
- NORDENS VÄLFÄRDSCENTER. Fokus på barnfattigdom. 2013. ISBN: 978-87-7919-093-1 (Internet) (citerad 2020-03-01) Hämtad från: <https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/BarnfattigdomSLUT.pdf>
- RÄDDA BARNEN. Barnfattigdom i Sverige. Rapport 2018. ISBN: 978-91-7321-376-9 (Internet) (citerad 2020-03-01) Hämtad från: [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb\\_rapport\\_2018\\_final.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb_rapport_2018_final.pdf)
- Kramer ACA, Pivodic A, Hakeberg M et al. Multilevel analysis of dental caries in Swedish children and adolescents in relation to socioeconomic status. *Caries Res*. 2019; 53: 96-106.
- Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand*. 2010; 68: 34-42.
- Julihn A, Ekbom A, Modéer T. Migration background: a risk factor for caries development during adolescence. *Eur J Oral Sci*. 2010; 118: 618-25.
- Wigen TI, Espelid I, Skaare AB et al. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011; 39: 311-7.
- Östberg AL, Kjellström AN, Petzold M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017; 45: 233-41.
- SOCIALSTYRELSEN. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. (Internet) (citerad 2020-03-01) Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19101/2013-5-34.pdf>
- Hallberg U, Camling E, Zickert I et al. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent*. 2008; 18: 27-34.
- Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG et al. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent*. 2007; 17: 449-59.
- Köhler M, Emmelin M, Hjern A et al. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. *Acta Paediatr*. 2016; 105: 416-20.
- Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatr*. 2016; 105: 416-20.
- Randsalu LS, Laurell L. Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatr*. 2018; 107: 301-6.
- Vinnerljung B, Hjern A. Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Rapport till EU-kommissionen från MOCHA – Models of child health appraised. London: MOCHA/Imperial College, 2018. (Internet) (citerad 2020-03-01) Hämtad från: <https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>
- Mensah T, Hjern A, Håkanson K et al. Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: health technology assessment. *Acta Paediatr*. 2020; 109: 250-7.
- Cutts DB, Meyers AF, Black MM et al. US Housing insecurity and the health of very young children. *Am J Public Health*. 2011; 101: 1508-14.
- BARNOMBUDSMANNEN. Inget rum för trygghet – barn och unga om vräkning och hemlöshet Temarapport Max18-2016. (Internet) (citerad 2020-03-01) Hämtad från: [https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/inget\\_rum\\_for\\_trygghet\\_2016\\_final.pdf](https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/inget_rum_for_trygghet_2016_final.pdf)
- Björkhagen Turesson A, ed. Hemlösa barns vardagsliv i Malmö. Utifrån ett barnrättsperspektiv. FoU rapport 2019: 4. Malmö: Malmö universitet. 2019. ISBN 978-91-7877-047-2, 978-91-7877-046-5, ISSN 1650-2337, (citerad 2020-03-01) Hämtad från: [http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2\\_Turesson\\_epub%20\(1\).pdf?sequence=2](http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2_Turesson_epub%20(1).pdf?sequence=2)
- Chiu SH, Dimarco MA, Prokop JL. Childhood obesity and dental caries in homeless children. *J Pediatr Health Care*. 2013; 27: 278-83.
- BARNOMBUDSMANNEN. Nyanlända barns hälsa. Delrapport I Barnombudsmannens årstema 2017 – Barn på flykt. Stockholm 2017 (citerad 2020-03-01) Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>
- Watt RG. Introduction. In: Sheiham A, Bönecker M, eds. *Promoting Children's Oral Health: Theory & Practice*. 1st ed. Sao Paulo: Quintessence Editora Ltd, 2006; 1-12.
- Raadal M, Espelid I, Crossner C. Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge. Er det tid for å endre strategi? *Nor Tannlegeforen Tid*. 2011; 121: 10-7.
- STORTINGET. Lovvedtak 109 (2016-2017). Vedtak til lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.). §3-1 og §3-3: Rett til medvirkning. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende 2017.
- STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Att förebygga karies. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2002. SBU-rapport 161; 45-57. (citerad 2020-03-01) Hämtad från: [https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd-3462c93d996088c925344/kapitel\\_3\\_fluor.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd-3462c93d996088c925344/kapitel_3_fluor.pdf)
- McMahon AD, Blair Y, McCall DR et al. Reductions in dental decay in 3-year old children in Greater Glasgow and Clyde: repeated population inspection studies over four years. *BMC Oral Health*. 2011; 11: 29.
- Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ*. 2005; 83: 711-8.
- Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28: 399-406.
- Wennhall I, Mattsson L, Schröder U et al. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. *Swed Dent J*. 2002; 26: 167-72.
- Pitts N, Amaechi B, Niederman R et al. Global oral health inequalities: dental caries task group-research agenda. *Adv Dent Res*. 2011; 23: 211-20.
- Isaksson H, Alm A, Koch G et al. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res*. 2013; 47: 234-42.
- Strömberg U, Magnusson K, Holmén A et al. Geo-mapping of caries risk in children and adolescents – a novel approach for allocation of preventive care. *BMC Oral Health*. 2011; 11: 26.



35. Elliot PWJ, Best NG, Briggs DJ. Spatial epidemiology: Methods and applications. Oxford: Oxford University Press, 2000.
36. Harris R, Nicoll AD, Adair PM et al. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. Community Dent Health. 2004; 21 (Supp 1): 71–85.
37. O'Mullane D, Parnell C. Early childhood caries: a complex problem requiring a complex intervention. Community Dent Health. 2011; 28: 254.
38. Feldens CA, Vitolo MR, Drachler MDL. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35: 215–23.
39. Skeie MS, Klock KS. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant – or low socioeconomic backgrounds- do they work? A systematic review. BMC Oral Health. 2018; 18: 20.

## ENGLISH SUMMARY

Klingberg G, Ridell K, Skeie MS.

### Oral Health challenges in children from socially deprived areas

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 124–31

Everyone who works with children should know about the UN Convention on the Rights of the Child, which states that all children should have the same right to highest attainable standard of health. Despite good oral health in the Nordic countries, studies show that children living in socially deprived environments have a greatly increased risk of poor oral health. These children are not reached by preventive measures, they more frequently do not show up for dental appointments and they receive less dental care than others. Therefore, in addition to a more general population based prevention approach, a special high-risk approach is needed to reach children in socially deprived areas. It is also im-

portant that the promotion and prevention efforts start from an early age. There are large knowledge gaps regarding the effects of different prevention and treatment strategies, and health economic analyzes are rare. It is a particular challenge to systematically document and evaluate oral health promotion and prevention directed at children in socially vulnerable environments to enable research. There is a need for interdisciplinary research also including clinicians. The vision must be health equity and that both health promotion and preventive measures contribute to closing the oral health gap between different social groups.



**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

## VISSTE DU AT GROVE KORNPRODUKTER HOLDER DEG METT LENGER?

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

**SMÅ GREP, STOR FORSKJELL**

[facebook.com/smaagrep](https://facebook.com/smaagrep)

 HelseDirektoratet

# DET ENESTE ARGUMENTET MOT ADMIRA FUSION KAN EVENTUELT KOMME FRA DEG.



## Den første porselen for direkte fyllinger.

Ikke annet enn imponerende fordeler:

- 1) Ingen klassiske monomerer, ingen gjenværende monomerer!
- 2) Uovertruffent lavt nivå på herdekrymping!
- 3) Universalt bruk og fullstendig familiær i bruk!

Kanskje du nå kan fortelle oss hvilke argumenter som taler imot denne – dersom du kan finne noen.



## KLINISK RELEVANS

Det er vigtigt for klinikere at forstå, hvordan tandtab og TMD-smerte påvirker patienternes livskvalitet, og hvilke sociale og samfundsmæssige konsekvenser dette medfører. Det er ligeledes vigtigt at vide, hvornår og hvordan rehabilitering af de to tilstande kan forbedre patienternes liv, og hvilke fordele dette kan indebære for samfundet. Kendskab til disse forhold vil hjælpe klinikeren til i højere grad at tage patientens ønsker i betragtning ved behandlingsplanlægningen og forstå, hvordan behandling kan hjælpe samfundet.

## FORFATTERE

**Esbén Boeskov Øzhayat**, lektor, dr.odont., ph.d., Sektion for Samfundsodontologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet  
**EwaCarin Ekberg**, professor, odont.dr., Sektion for Orofacial smærte og käkfunktion, Odontologiska fakulteten, Malmö Universitet, Sverige

Korrespondanceansvarlig førsteforfatter: Esben Boeskov Øzhayat.  
E-mailadresse: eboz@sund.ku.dk

Accepteret til publikation den 25. marts 2020

Artikkelen har gennemgået ekstern faglig vurdering

Øzhayat EB, Ekberg EC. Sociale og samfundsmæssige implikationer af tandtab og temporo-mandibulær smerte og rehabilitering. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 134–41

EMNEORD: Oral health; Quality of life tooth loss; Facial pain; Socioeconomic factors

# Sociale og samfundsmæssige implikationer af tandtab og temporo-mandibulær smerte og rehabilitering

Esbén Boeskov Øzhayat og Ewa Carin Ekberg

Dårlig oral sundhed, som ved fx tandtab og smerte relateret til temporo-mandibulær dysfunktion, kan påvirke en persons livskvalitet og sociale relationer i høj grad. Disse individuelle konsekvenser kan blive vigtige for samfundet, fordi den dårlige orale sundhed kan føre til generelle sundhedsproblemer, større udgifter i sundhedsvæsenet, fravær fra arbejde og arbejdsløshed. Ulighed er en stor udfordring i relation til tandtab, og socialt udsatte borgere har oftere et ikke-funktionelt tandsæt. Den socio-økonomiske ulighed er mindre udtalt ved smerte relateret til temporo-mandibulær dysfunktion, hvor den primære ulighed er kønsbetinget med en overvægt i prævalens blandt kvinder. En relativt non-invasiv og simpel aftagelig protetisk løsning kan være et godt behandlingsvalg for socialt udsatte, og der er indikation af, at oral rehabilitering kan hjælpe i en social rehabilitering af disse borgere. Ved smerte relateret til temporo-mandibulær dysfunktion anbefales også non-invasive behandlinger, såsom patientuddannelse, selvbehandling, kognitiv adfærdssændring, udstrækning og okklusale apparaturer.

Den nyvundne erkendelse af, at dårlig oro-facial sundhed og behandling heraf kan have store konsekvenser for et menneskes liv, har ført til øget fokus på patienternes synspunkt inden for tandplejen gennem registrering af livskvalitet i relation til oral sundhed (oral health related quality of life, OHRQoL). Oral sundhed omfatter ikke kun intraorale tilstande, men også aspekter af livskvalitet, såsom fysisk, psykisk og socialt velbefindende samt smertefrihed (1). Ud over de individuelle konsekvenser er det tænkeligt, at der også er samfundsmæssige konsekvenser. I denne artikel vil vi via en narrativ oversigt og præsentation af patienttilfælde sætte fokus på to specifikke tilstande, nemlig tandtab og smerter som følge af temporo-mandibulær dysfunktion (TMD). Vi vil diskutere tilstandenes påvirkning af livskvaliteten, mulige uligheder, og hvilken konsekvens behandling af tilstandene kan have på offentlige udgifter (figur 1).

### Tandtab

Hovedkonklusionerne på undersøgelser af virkningerne af tandtab er, at tandtab ofte medfører forringet livskvalitet, og at forringelsen er størst, hvis tandtabet er omfattende, og især hvis der mistes forog hjørnetænder (2–4). Forringelserne er især af æstetisk og mastikatorisk art og mest udtalte i sociale sammenhænge (5). Nogle studier har tilmed beskrevet tab af selvværd og social status som følge af tandtab (3).

Det er meget individuelt, hvor belastende et tandtab føles (6). Fx havde patienten i figur 2 ingen kosmetiske problemer, for mange af hans kolleger havde også dårlig tandstatus, og han opfattede dårlige tænder som en del af hans identitet som «arbejder». For de fleste patienters vedkommende synes der at være en klar tærskel for, hvornår de ikke længere finder tandtab acceptabelt, enten på grund af antallet af tabte tænder eller tandtabets lokalisering i tandrækken (4). Da denne tærskel varierer fra patient til patient, kan det være svært for behandleren at vurdere, hvornår tærsklen er overskredet, og der skal iværksættes en behandling. Undersøgelser har vist, at traditionelle kliniske parametre som antallet og placeringen af de mistede tænder ofte ikke er de bedste indikatorer for, hvad patienten mener (6), og at andre faktorer som fx patientens personlighed må tages i betragtning (7).

Heldigvis understreger den aktuelle litteratur om emnet, at borgere i de skandinaviske lande har god oral sundhed med nogle af de laveste forekomster af tandløshed og højeste forekomster af funktionelle tandsæt (20 tænder eller mere) i Europa (8,9). Det er dog også åbenlyst, at de skandinaviske velfærdssamfund har nogle af Europas højeste uligheder på tandsundhedsområdet (8–10). Især i Danmark er uligheden meget høj – højere end i mindre velstående lande som Estland og Slovenien (8,10).

### Konsekvens model

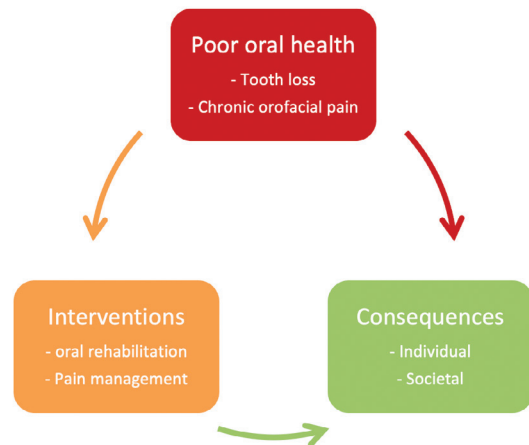


Fig. 1. Model for sammenhængen mellem oral sundhed og konsekvenserne heraf specificeret for tandtab og kronisk oro-faciale smerter.

Ulighederne indebærer, at socialt sårbare borgere har særlig stor risiko for dårlig oral sundhed og et ikke-funktionelt tandsæt. Det er påvist, at den dårlige orale status i denne befolkningsgruppe desværre i høj grad påvirker deres livskvalitet, idet forholdet er stigmatiserende og udgør en barriere i sociale relationer, herunder mulighederne for social rehabilitering og mulighederne for at få et arbejde (5,11). Spørgsmålet er, om oral rehabilitering kan hjælpe borgeren til at opnå social rehabilitering.

### Kronisk oro-facial smerte

Kronisk smerte er et udbredt og betydeligt sundhedsproblem, der rammer mindst 20 % af befolkningen (12). I dag er kronisk smerte en selvstændig diagnose (13). Kronisk smerte medfører lidelse, svækket helbred og nedsat livskvalitet for den, der rammes (12). Dertil kommer betydelige samfundsomkostninger på grund af nedsat arbejdsevne og stort forbrug af sundhedsydelse. Den svenske stats styrelse for medicinsk og social evaluering (SBU) har anslået, at det svenske samfunds samlede udgifter i forbindelse med kronisk smerte andrager mere end 80 milliarder SEK pr. år.

Oro-facial smerte er det tredjemest almindelige smerteområde, og TMD-smerte er den hyppigste non-odontogene smertetilstand i området (14). TMD er en paraplybetegnelse, der omfatter både smerte og dysfunktion i kæbeled, tyggemuskler og tilgrænsende strukturer. TMD-smerte forekommer kun sjældent hos mindre børn, men stiger til 8–10 % blandt teenagere, og i den voksne befolkning er prævalensen 10–15 % (12,14). Nogle undersøgelser har imidlertid påpeget, at der er et betydeligt udiagnosticeret mørketal

### Individuel opfattelse



Fig. 2. 49-årig mand med ønske om oral rehabilitering udtaler, at han ikke har nogen æstetiske gener af hans tandsæt, fordi han «kommer fra arbejderklassen» og tænderne matcher denne opfattelse.

for oro-facial smerte (15,16). Piger og kvinder rammes oftere af TMD-smerte end drenge og mænd, og oro-facial smerte under opvæksten er en indikator for smerte i voksentilværelsen (17), hvilket understreger vigtigheden af at forebygge udvikling af kronisk smerte allerede i barndommen og teenageårene. I forbindelse med projektet Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment (OPPERA) har man beregnet en incidens på 3,5 % pr. år blandt voksne med TMD-smerte (18).

Når man forsøger at undersøge sociale og samfundsmæssige implikationer i relation til kronisk TMD-smerte, støder man på et pa-

radoks. Man kan fx antage, at forhold som arbejdsløshed, lav socio-økonomisk status, dårligt generelt helbred, social inkompetence m.v. prædisponerer for TMD-smerte. Men på den anden side set kan kronisk smerte også være årsag til, at man mister sit arbejde, får ondt i økonomien og bliver socialt isoleret. De fleste undersøgelser har været designet som case-control-studier, hvilket gør det umuligt at finde ud af, om sociale faktorer er risikofaktorer for TMD-smerte eller resultater af langvarig TMD-smerte. Derfor er det bydende nødvendigt kun at anvende prospektive kohortundersøgelser til vurdering af sammenhæng mellem sociale forhold og TMD-smerte.

I 2007 publicerede LeResche et al. (19) et prospektivt longitudinelt kohortestudie med henblik på at identificere risikofaktorer for TMD-smerte blandt børn og unge (tabel 1). Socio-demografiske faktorer som køn, race, forældres uddannelse og forældres ægteskabelige status blev analyseret sammen med andre risikofaktorer. Ved multivariat analyse konkluderede man, at hunkøn var en prædiktor for diagnosen TMD-smerte. Til gengæld var der mindre risiko for diagnosen TMD-smerte, hvis forældrene havde en kort uddannelse.

Senere undersøgelser har opregnet en række associerede faktorer for højere prævalens af TMD-smerte blandt børn og unge: Opvækst/skolegang i landområder, far med mindre end ni års skolegang, at man selv vurderer familien som fattig, og at man ikke bor sammen med familien (tabel 1) (20,21).

### Risikofaktorer for TMD-smerte

Tabel 1. Socio-demografiske faktorer relateret til TMD smerte.		
	Børn/unge	Voksne
Risikofaktorer		
<i>høj risiko</i>	Piger (19)	Kvinder (18) Højere alder i intervallet 18–44 år (18,23) Afroamerikanere (18,23) Permanent ophold i U.S.A. (23)
<i>lav risiko</i>	Forældre med kort uddannelse (19)	
<b>Associerede faktorer for mere TMD-smerte</b>	Skolegang i landområder (20)	Bolig på landet (53)
	Faders uddannelse <9 år (20)	Arbejderklasse (54)
	Personer, der vurderer deres families status som fattig (20)	Hunkøn (23–25)
	Personer der bor adskilt fra familien (20)	Bor alene (23)
	>50 % får gratis skolebespisning (52)	Lav økonomisk status (23)
	Forældre med høj uddannelse (21)	Alder mellem 20 og 50 år (24) Immigranter (24) Dårlig livskvalitet (OHIP-14) (24)

I 2001 blev der publiceret en systematisk oversigt over populationsbaserede epidemiologiske undersøgelser af oro-facial smerte blandt voksne. Resultaterne fra de inkluderede studier vedrørende familieforhold, beskæftigelse, uddannelse og økonomiske resurser i relation til TMD var inkonklusive (22), og forfatterne efterlyste nye undersøgelser med tilstrækkeligt store populationer til identifikation af socio-demografiske faktorer og livsstilsfaktorer. De anbefalede indledende tværsnitstudier og efterfølgende prospektive studier.

I 2011 udkom den første publikation fra OPPERA case-control-studiet vedrørende socio-demografiske forhold i forbindelse med kronisk TMD-smerte hos voksne. Dette studie påviste, at kvinder havde en højere risiko for TMD-smerte (23). Prædiktorer for højere incidens af TMD-smerte var: Stigende alder, permanent ophold i USA og utilfredshed med den ægteskabelige status. Overraskende nok fandt man ingen forskel på mænd og kvinder med hensyn til incidensen af TMD-smerte.

I andre studier har man dog fundet, at hunkøn er en associeret faktor for TMD-smerte (tabel 1) (24–26). Yekkalam et al. 2014 (24) fandt, at forhold som at bo alene og have lav økonomisk status også var associerede faktorer. Personer i aldersintervallet 20–50 år har ligeledes højere risiko for selvrapporeret TMD-smerte (25). Samme undersøgelse afslørede en betydelig variation i prævalensen af TMD-smerte blandt indvandrere med meget høje værdier i nogle grupper. Man kan forestille sig, at indvandrerstatus er en risikofaktor for TMD-smerte. Indvandrere skal navigere i et farvand med uvante sociale normer, sprog, sæder og skikke, og dette kan generelt føre til øget smertefølsomhed. Dertil kommer, at de kan være udsat for kronisk stress på grund af deres sociale situation, hvilket påvirker deres evne til at håndtere smerten (coping). Der er behov for mere forskning til afklaring af, om indvandrerstatus er en risikofaktor for TMD-smerte og smerte i det hele taget.

TMD-smerte er fundet associeret til livskvalitet (OHRQoL) i et multidimensionalt studiedesign, og forekomst af fysiske og psykologiske variable så vel som social funktion og en følelse af velvære kan bidrage til udvikling af forringet OHRQoL (27). I en systematisk oversigt om livskvalitet blandt patienter med TMD-smerte fandt man, at OHRQoL var negativt korreleret til TMD-smerte (28). Nye undersøgelser har vist, at høje OHIP-værdier er en associeret faktor til TMD-smerte hos voksne (25,29).

Ud over TMD-smertens påvirkning af OHRQoL er også andre følgevirkninger omtalt i den videnskabelige litteratur. Blandt børn og unge med TMD-smerte ses sociale og adfærdsmæssige følger som forøget forbrug af analgetika og pjæk fra skolen (30). Det sociale og følelsesmæssige liv påvirkes (31). Mange unge beskriver, at de er trætte, dropper ud af fritidsaktiviteter, fravælger at være sam-

men med kammerater og er bekymrede for fremtiden. Disse følgevirkninger rammer ikke alene den enkeltes uddannelse og personlige udvikling, men også familielivet, og i sidste ende har de omkostninger for samfundet.

Følgerne af smerte i en psykosocial sammenhæng er komplekse og multifaktorielle og har også en sensorisk komponent. Ifølge den bio-psykologiske model påvirker kronisk smerte patienterne på tre niveauer: biologisk, psykologisk og socialt. Biologiske følger kan fx være ændringer i sensoriske og autonome funktioner samt spredning af smerten. På det psykologiske niveau forårsager kronisk smerte ofte depression, angst, søvnproblemer og nedsat kognitiv funktion (32–34). Mange patienter føler, at konsekvenserne på det sociale område er de værste: social isolation fra familie og venner, sygefravær og økonomiske problemer (35).

### Protetisk rehabilitering

Socialt sårbare borgeres problemer er mange og komplekse, og disse borgere udgør derfor en særdeles inhomogen gruppe, der er vanskelig at samle under én hat. Hvis man skal bringe dem tilbage til samfundet, kræves der en holistisk sammenhængende og koordineret rehabiliteringsplan (36,37). Oral rehabilitering kunne i den sammenhæng spille en væsentlig rolle og bør derfor være en del af værktøjskassen, når der lægges en plan for den enkelte borger.

Selv om der mangler evidens for forskellige protetiske rekonstruktioners evne til at forbedre livskvaliteten, anses oral rehabilitering almindeligvis for at have en positiv virkning (38). Aftagelige løsninger kan dog have forsinket virkning på grund af adaptationsproblemer, og de er desuden forbundet med mindre god oral komfort (39) og kan give patienten et negativt syn på sin egen sociale situation (3,40). Implantater og fastsiddende proteser har nogenlunde samme effekt og er ofte en god, om end dyr, løsning (41). Formålet med oral rehabilitering kan desuden variere afhængigt af en række faktorer. Man kunne fx argumentere for, at rehabilitering med fastsiddende proteser ikke er en realistisk eller ønskværdig behandling til de mest socialt udsatte personer som fx hjemløse. I den forbindelse er det påvist, at en relativt enkel oral rehabilitering med fyldninger og akrylproteser kan forbedre livskvaliteten for disse borgere (42). I figur 3 ses et eksempel på en hjemløs med en vellykket oral rehabilitering. Manden sagde inden behandlingen, at han havde lavt selvværd på grund af de manglende tænder, og at han følte, det ville være lettere for ham at få et job, hvis han fik erstattet de manglende tænder. Efter behandlingen var han meget tilfreds med det kosmetiske resultat, og hans selvværd voksede, hvilket resulterede i, han fik et arbejde.

Ud over den gavnlige effekt på patienternes livskvalitet kan man argumentere for, at oral rehabilitering også gavner samfundet, fordi

### Social rehabilitering

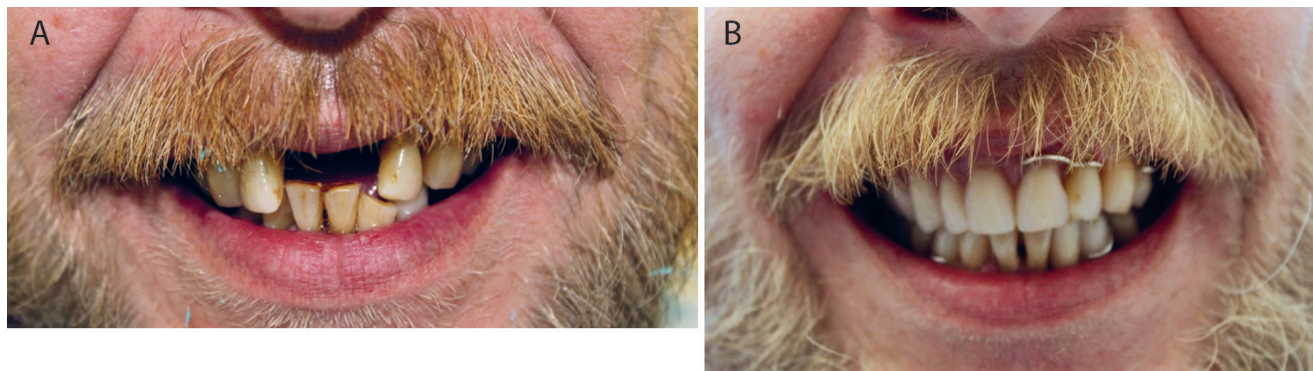


Fig. 3 A. 54-årig hjemløs mand med behov for oral rehabilitering udtaler, at de manglende tænder påvirker hans selvværd og er en barriere for beskæftigelse. B. Efter oral rehabilitering med aftagelige proteser, udtaler han, at han ikke længere har nogen æstetiske problemer.

det bringer folk tilbage på arbejdsmarkedet, reducerer forbruget af sundhedsydelse og dermed reducerer de offentlige udgifter. Der er dog kun få undersøgelser, der belyser den beskæftigelsesmæssige effekt af tandbehandling, og ingen, der omhandler effekten på sundhedssystemet. De hidtidige undersøgelser af effekten på beskæftigelsen er alle behæftet med metodologiske fejl, såsom manglende kontrolgruppe, selektionsbias og usikre indices for både oral rehabilitering og beskæftigelse. Resultaterne er desuden modstridende, selv om de fleste tyder på, at oral rehabilitering har en vis positiv effekt på beskæftigelsen (43–45). I et dansk projekt undersøgte man effekten af en mere generel social rehabilitering, som også omfattede oral rehabilitering, og det fremgik, at tidspunktet for den orale behandling var af afgørende betydning. Behandlingen skulle først sættes i værk, når andre basale fornødenheder som bolig og økonomi var på plads, og borgeren begyndte at orientere sig mod arbejdsmarkedet (44). Det er dog stadig et åbent spørgsmål, om oral rehabilitering har en effekt på beskæftigelse og forbrug af sundhedsydelse, og om indsatsen er omkostningseffektiv.

Det største problem i forbindelse med oral rehabilitering af socialt sårbare personer er, hvordan man overhovedet får dem inkluderet i tandplejen. I den henseende er brugerbetalingen for tandplejeydelser i de skandinaviske lande en barriere. I Danmark har man forsøgt at løse dette problem på to forskellige måder. I 2013 blev der etableret en ordning, hvor socialt sårbare personer kunne ansøge kommunen om tilskud til oral rehabilitering. Desværre har ordningen ikke været nogen større succes, og i 2017 var det kun 14 % af de borgere, der kunne ansøge, der rent faktisk opnåede økonomisk støtte (46). Til gengæld er der på frivilligt grundlag med en vis succes etableret flere klinikker, som tilbyder gratis tandbehandling til de mest socialt udstødte (42).

Selv når der tilbydes gratis behandlinger, har de mest sårbare borgere ofte ikke overskud til at søge tandbehandling, og opsøgende aktiviteter er derfor et vigtigt element, når man ønsker at inkludere socialt sårbare borgere (47). Endvidere er det nødvendigt at fokusere på social tandpleje og ikke på indtægter; det kan være en uoverstigelig udfordring at møde op til aftaler hos tandlægen og udfylde diverse ansøgningsskemaer, når man samtidig har mange andre sociale og helbredsrelaterede problemer. Derfor er privat tandlægepraksis i særlig grad en udfordring for socialt sårbare. Som konsekvens heraf er der på finansloven for 2020 afsat en pulje på 40 mio. kr., og de efterfølgende år 60 mio. kr. til gratis tandbehandling for de mest socialt sårbare danskere, og det påpeges, at denne sociale tandpleje bør foregå i kommunalt regi (48). Det er oplagt, at effekten af dette nye tiltag bør undersøges nærmere.

### Interventioner mod tmd-smerte

Alle borgere har samme ret til sundhedspleje uanset alder, køn, social position, sociale ydelser og etnicitet. Men resurser, rettigheder, normer og værdier er stadig uretfærdigt fordelt, og der er også ulighed i organisationen af ydelser. Disse uligheder forringer helbredet for millioner af individer med kronisk smerte, ikke mindst piger og kvinder. Allerede i teenageårene lider piger af flere smertefulde tilstande end drenge, og tendensen fortsætter i voksenlivet, hvor smerte hyppigst forekommer blandt kvinder. Endvidere har kvinder og mænd forskellige forventninger til og erfaringer med sundhedssektoren; dette skyldes forskelle i normer og værdier, som gør det vanskeligt at planlægge en sundhedsfremmende adfærd. Prævalensen af smerte afspejler også ulighed i forhold til kulturel diversitet. Der er påvist højere prævalens af TMD-smerte blandt indvandrere i det sydligste Sverige (25). Denne befolkningsgruppe kan



betragtes som sårbar og socio-økonomisk forfordelt, eftersom det normal forudsættes, at borgere selv opsøger behandling, når de har brug for den, og denne adfærd hænger sammen med patientens kulturelle baggrund, sundhedsopfattelse og viden om sundhed. Desuden udgør brugerbetalingen for behandling af TMD-smertes i de skandinaviske lande en barriere. I Sverige gør sundhedssystemet det muligt at undersøge og behandle kronisk TMD-smerte uden relation til tandsættet; men de mange svenske regioner fortolker og administrerer retningslinjerne forskelligt, og det medfører ulighed i patientbetaling fra region til region.

Formålet med behandling af TMD-smerte er at reducere eller eliminere smerten, genoprette normal kæbefunktion og livskvalitet og begrænse det fremtidige behov for behandling. Behandlingen bør være omkostningseffektiv og kan inkludere adfærdsterapi, fysioterapi, lægemidler og forskellige hjælpemidler. Selv om der er flere faggrupper involveret i behandling af patienter med oro-facial smerte, er det som oftest den alment praktiserende tandlæge, der har det overordnede ansvar. Tandlæger er imidlertid ofte usikre på diagnosticeringen af disse patienter (49), og oro-facial smerte er derfor et område, der er præget af underdiagnosticering og underbehandling (15,16,50). Ved en meta-analyse har man anslået behandlingsbehovet til ca. 16 % af voksenbefolkningen, hvilket svarer nogenlunde til prævalensen af TMD-smerte blandt voksne (51).

Der har været anbefalet mange forskellige behandlinger eller kombinationer af behandlinger. Flere undersøgelser tyder på, at patienter med TMD får det bedre efter en kombination af non-invasive behandlinger som instruktion, egenomsorg, kognitiv adfærdsmodifikation, træning, farmaka og okklusale skinner. Nationale

retningslinjer yder støtte til beslutningstagerne og hjælper dem til at fordele resurserne i overensstemmelse med befolkningens behov, så der opnås den bedst mulige virkning (52). Den svenske socialstyrelse (der svarer til Sundhedsstyrelsen i Danmark) begrundede beslutningen om at udgive retningslinjer med, at der er stor efterspørgsel efter råd og vejledning i både sundhedssektoren og den sociale sektor. Retningslinjerne anbefaler, at der inden for disse sektorer økonomiseres med resurserne. Tilstande og interventioner, der tildeles en høj rang, skal have tilført flest resurser, mens der kun bruges begrænsede eller slet ingen resurser på tilstande og interventioner, der tildeles lav rang. Svenske tandlæger forventes at følge de nationale kliniske retningslinjer, når de tager individuel stilling til de anbefalede behandlinger af specifikke TMD-tilstande, og retningslinjerne inden for dette område er omfattende og velbeskrevne. Fx bliver non-invasive behandlinger som instruktion, egenomsorg, kognitiv adfærdsmodifikation, strækøvelser og okklusale skinner kraftigt anbefalet i forbindelse med TMD uden specifikke underdiagnoser.

## Konklusioner

Tilstandene tandtab og TMD-smerte kan have skadelig indflydelse på et menneskes liv og medføre individuelle sociale udfordringer, som igen kan få negative konsekvenser for samfundet. Det er åbenlyst, at tandtab og i mindre grad oro-facial smerte er præget af ulighed, og at socialt sårbare borgere har høj risiko. Oral rehabilitering kan forbedre livskvaliteten for patienter, der rammes af de to tilstande; men der er flere barrierer for behandling af de sårbare grupper, og vi ved ikke, om oral rehabilitering har positive konsekvenser for samfundet.

## REFERANSER

1. Glick M Williams DM, Kleinman DV et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J*. 2016; 66: 322–4.
2. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M et al. Oral Conditions and Health-Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res*. 2017; 96: 864–74.
3. Nordenram G, Davidson T, Gynther G et al. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand*. 2013; 71: 937–51.
4. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8: 126.
5. Øzhayat EB, Åkerman S, Lundegren N et al. Patients' experience of partial tooth loss and expectations to treatment: a qualitative study in Danish and Swedish patients. *J Oral Rehabil*. 2016; 43: 180–9.
6. Brondani MA, MacEntee MI. Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral health-related quality of life research? *Qual Life Res*. 2014; 23: 1087–96.
7. Øzhayat EB. Influence of self-esteem and negative affectivity on oral health-related quality of life in patients with partial tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013; 41: 466–72.
8. Shen J, Listl S. Investigating social inequalities in older adults' dentition and the role of dental service use in 14 European countries. *Eur J Health Econ*. 2018; 19: 45–57.
9. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Pikhart H et al. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67: 728–35.
10. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Garzón-Orjuela N et al. Explaining oral health inequalities in European welfare state regimes: The role of health behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2019; 47: 40–48.
11. Hall JP, Chapman SL, Kurth NK. Poor oral health as an obstacle to employment for Medicaid beneficiaries with disabilities. *J Public Health Dent*. 2013; 73: 79–82.
12. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain*. 2006; 10: 287–333.
13. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019; 160: 28–37.
14. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*. 1988; 32: 173–83.
15. Nilsson IM, List T, Drangsholt M. Prevalence of temporomandibular pain and subsequent dental treatment in Swedish adolescents. *J Orofac Pain*. 2005; 19: 144–50.
16. Lövgren A, Marklund S, Visscher CM et al. Outcome of three screening questions for temporomandibular disorders (3Q/TMD) on clinical decision-making. *J Oral Rehabil*. 2017; 44: 573–9.

17. Brattberg G. Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *Eur J Pain*. 2004; 8: 187–99.
18. Slade GD, Bair E, Greenspan JD et al. Signs and symptoms of first-onset of TMD and sociodemographic predictors of its development: The OPPERA cohort study. *J Pain*. 2013; 14 (Supp 12): T20–32.
19. LeResche L, Mancl LA, Drangsholt MT et al. Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *Pain*. 2007; 129: 269–78.
20. Hongxing L, Astrøm N, List T et al. Prevalence of temporomandibular disorder pain in Chinese adolescents compared to an age-matched Swedish population. *J Oral Rehabil*. 2016; 43: 241–8.
21. Simangwa LD, Åstrøm AN, Johansson A et al. Oral diseases and sociodemographic factors in adolescents living in Maasai population areas of Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018; 18: 200.
22. Macfarlane TV, Glenny AM, Worthington HV. Systematic review of population-based epidemiological studies of oro-facial pain. *J Dent*. 2001; 29: 451–67.
23. Slade GD, Bair E, By K et al. Study methods, recruitment, sociodemographic findings, and demographic representativeness in the OPPERA study. *Pain*. 2011; 12 (Supp 11): T12–26.
24. Yekkalam N, Wänman A. Association between craniomandibular disorders, sociodemographic factors and self-perceived general and oral health in an adult population. *Acta Odontol Scand*. 2014; 72: 1054–65.
25. Gillborg S, Åkerman S, Lundegren N et al. Temporomandibular disorder pain and related factors in an adult population: A cross-sectional study in southern Sweden. *J Orol Facial Pain Headache*. 2017; 31: 37–45.
26. Jussila P, Knuutila J, Salmela S et al. Association of risk factors with temporomandibular disorders in the northern Finland birth cohort 1966. *Acta Odontol Scand*. 2018; 76: 525–9.
27. Miettinen O, Lahti S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand*. 2012; 70: 331–6.
28. Dahlström L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontol Scand*. 2010; 68: 80–5.
29. Bäck K, Hakeberg M, Wide U et al. Orofacial pain and its relationship with oral health-related quality of life and psychological distress in middle-aged women. *Acta Odontol Scand*. 2020; 78: 74–80.
30. Nilsson IM, Drangsholt M, List T. Impact of temporomandibular disorders pain in adolescents. *J Orofac Pain*. 2009; 23: 115–22.
31. Nilsson IM, List T, Willman A. Adolescents with temporomandibular disorder pain—the living with TMD pain phenomenon. *J Orofac Pain*. 2011; 25: 107–16.
32. Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD et al. Psychological factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain*. 2013; 14 (Supp 12): T75–90.
33. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R et al. Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *J Pain*. 2016; 17 (Supp 9): T21–49.
34. WHO. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993; 2: 153–9.
35. Sessle BJ. The Societal, political, educational, scientific and clinical context of orofacial pain. In: Sessle BJ, eds. *Orofacial pain. Recent advances in assessment, management and understanding of mechanisms*. 1st ed. Washington DC: IASP Press. 2014: 1–15.
36. Sabariego C, Coenen M, Ito E et al. Effectiveness of Integration and Re-Integration into Work Strategies for Persons with Chronic Conditions: A Systematic Review of European Strategies. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: E552.
37. ARBEJDSMARKED REKRUTTERING. Viden om effekter af indsatser for ledige og andre personer på overførselsindkomster. (Set 2020 marts). Tilgængelig fra: URL: <https://star.dk/media/5687/star-2018d-viden-om-effekter-af-indsatser-for-ledige-og-andre-personer-paa-overfoerelsesindkomster.pdf>
38. STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING. Tandförluster. En systematisk litteraturoversikt. (Set 2020 marts). Tilgængelig fra: URL: [https://www.sbu.se/contentassets/92aa175e9369403894843b59b2e4fce5/tandforluster\\_fulltext.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/92aa175e9369403894843b59b2e4fce5/tandforluster_fulltext.pdf)
39. Øzhayal EB, Gotfredsen K. Patient-reported effect of oral rehabilitation. *J Oral Rehabil*. 2019; 46: 369–76.
40. Rosing K, Christensen LB, Øzhayal EB. Associations between tooth loss, prostheses and self-reported oral health, general health, socioeconomic position and satisfaction with life. *J Oral Rehabil*. 2019; 46: 1047–54.
41. Øzhayal EB, Gotfredsen K. Patient-reported effect in patients receiving implant or tooth-supported fixed prosthesis. *J Oral Rehabil*. 2020; 47: 229–34.
42. Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community-based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2019; 77: 364–70.
43. Hyde S, Satariano WA, Weintraub JA. Welfare dental intervention improves employment and quality of life. *J Dent Res*. 2006; 85: 79–84.
44. Freil J, Maare L. Slutevaluering. Projekt Tandpleje for tidligere alkohol- og stofmisbrugere, Vordingborg 2016.
45. Singhal S, Mamdani M, Mitchell A et al. Dental treatment and employment outcomes among social assistance recipients in Ontario, Canada. *Health Policy* 2016; 120: 1202–8.
46. Klebak A. Det er en elendig lov. *Tandlægebladet* 2019; 123: 672–5.
47. Goode J, Hoang H, Crocombe L. Strategies to improve access to and uptake of dental care by people experiencing homelessness in Australia: a grey literature review. *Aust Health Rev*. 2019: [Epub ahead of print]
48. SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET. Faktaark – Tandpleje til de mest udsatte borgere. (Set 2019 december). Tilgængelig fra: URL: <http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2019/December/~media/Filer%20-%20dokumenter/FL-2020/01-faktaark-Tandpleje-til-socialt-udsatte.pdf>
49. Tegelberg A, List T, Wahlund K et al. Temporomandibular disorders in children and adolescents: a survey of dentists' attitudes, routine, an experience. *Swed Dent J*. 2001; 25: 119–27.
50. Fjellman-Wiklund A, Näsström A, Wänman A et al. Patients' perceived treatment need owing to temporomandibular disorders and perceptions of related treatment in dentistry – A mixed-methods study. *J Oral Rehabil*. 2019; 46: 792–9.
51. Al-Jundi MA, John MT, Setz JM et al. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult non-patients. *J Orofac Pain*. 2008; 22: 97–107.
52. SOCIALSTYRELSEN. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning. Tilgængelig fra: URL: [www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikellatalog/nationella-riktlinjer/2011-5-1.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikellatalog/nationella-riktlinjer/2011-5-1.pdf)
53. Inglehart MR, Patel MH, Widmalm SE et al. Self-reported TMD symptoms, oral health and quality of life of children in kindergarten through grade 5: Does gender, race, and socio-economic background matter? *J Am Dent Assoc*. 2016; 147: 131–41.
54. Johansson A, Unell L, Carlsson GE et al. Riskfaktorer associated with symptoms of temporomandibular disorders in a population of 50- and 60-year-old subjects. *J Oral Rehabil*. 2006; 33: 473–81.

## ENGLISH SUMMARY

Øzhayat EB, Ekberg EC.

### Social and societal implications of tooth loss, temporomandibular pain and rehabilitation

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 134–41

Poor oral health, as in the case of tooth loss and temporomandibular disorder (TMD) pain, can have large impact on a person's quality of life and social relations. These individual consequences can in turn be important for society, as the poor oral health can lead to general health issues, higher costs in the health care system, more absence from work, and unemployment. Inequality is a major challenge in relation to tooth loss and socially vulnerable citizens more often present a non-functional dentition. For TMD pain, inequality in relation to socioeconomic position is less pro-

nounced and the main issue is instead a predominant female prevalence. In socially vulnerable persons, relatively non-invasive and simple prosthetic rehabilitation can be a good treatment option and there is some indication that oral rehabilitation can help in a social rehabilitation of these citizens. For TMD pain, non-invasive treatments such as patient education, self-care, cognitive behavioural modification, stretching, and occlusal appliances are recommended.



Norsk Orthoform  ESTABL. 1930  
Depot AS

VI HAR MER ENN 30 ÅRS ERFARING

SPØR OSS  
OM TANNBLEKING

**WHITE DENTAL BEAUTY**  
**NOVON 5 % MILD**

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

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

Telefon 22 76 01 40 | [bestilling@norskorthoform.no](mailto:bestilling@norskorthoform.no) | [www.norskorthoform.no](http://www.norskorthoform.no)



## Holder *ganske* sikkert for deg?

Holder det at det du leser er *nesten* sant?

Samfunnet preges av en overflod av informasjon, gjennom etablerte og nye kanaler. Fagpressens 216 medlemmer er alle spesialister på sine områder. Titler med kvalitetsstempelen Fagpressen forplikter seg til å bringe deg uavhengig og pålitelig innhold – underlagt Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Dette gir kvalitetsjournalistikk, som bidrar til en konstruktiv samfunnsdebatt. Våre medier har 1,9 millioner\* månedlige lesere på nett og nær 3,9 millioner\*\* abonnenter og mottakere av papirutgaver.

**Det er avgjørende for oss at det du leser er til å stole på.**

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på [fagpressen.no/palitelig](http://fagpressen.no/palitelig)



\* ComScore/Kantar \*\*Fagpressens opplagskontroll

# Zirkonzahn®



*Materialfarge valgt med den nye  
Zirkonzahn Shade Guide Prettau® Line  
Monolitisk Prettau® zirconia fargeskala  
identisk med ferdig restaurering, i form av en  
premolar samt øvre og nedre fortenner  
(kan tilpasses)*

Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tyrol  
[info@zirkonzahn.com](mailto:info@zirkonzahn.com) – [www.zirkonzahn.com](http://www.zirkonzahn.com)

SE VIDEOGALLERI  
AV KASUS!



# ZIRCONIA FROM THE DOLOMITES

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



*Overkjeve restaurering fremstilt med Prettau® 3 Dispersive® zirconia på anodisert titanbarr*

*Ny Prettau® 3 Dispersive® med **Gradual-Triplex-Technology***

*Høykvalitets pre-innfarget zirkon som har graderende farge, translucens og bøyefasthet*

## HOVEDBUDSKAP

- Det er stor variasjon mellom de nordiske landene når det gjelder tannhelsetilbud for vanskeligstilte grupper i befolkningen.
- Tannhelse-, sykehus- og sykehjemtjenester må samarbeide for å kunne tilby og opprettholde tannhelsetilbudet for de vanskeligstilte.
- Helsemyndighetene i de nordiske landene kan dra nytte av å utveksle erfaringer fra planlegging og oppbygging av tannhelsetjenesten

## FORFATTERE

**Gunhild Vesterhus Strand.** Professor, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Norge. Offentlig tannhelsetjeneste, Vestland, Norge

**Eeva Widström.** Professor emerita, Institutt for klinisk odontologi, Norges arktiske universitet i Tromsø i Norge

**Lisa Bøge Christensen.** Førsteamanuensis emerita, Institutt for odontologi, Universitetet i København i Danmark

**Katharina Wretlind.** Konsulent, offentlig tannlege, Den offentlige tannhelsetjenesten, Västra Götaland i Sverige

Korresponderende forfatter: Gunhild Vesterhus Strand.  
E-post: Gunhild.Strand@uib.no

Godkjent for publisering 04.06.2020.

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Strand GV, Widström E, Christensen LB, Wretlind K. Lovgivning, innhold og organisering av tannhelsebehandling for sosialt svake grupper i befolkningen. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2021; 131: 144–50

Stikkord: Helseorganisasjon; Tannhelselovgivning; Helseprioritet; Offentlige tannhelsetjenester; Finansiering.

# Lovgivning, innhold og organisering av tannhelsebehandling for sosialt svake grupper i befolkningen

Gunhild Vesterhus Strand, Eeva Widström, Lisa Bøge Christensen og Katharina Wretlind

Formålet med denne artikkelen er å beskrive behandlingssystemene for tannhelse i fire nordiske land, både på generell basis, men først og fremst blant sosialt vanskeligstilte grupper. Alle disse landene tilbyr gratis tannbehandling for barn og ungdom, men tilbudet varierer når det gjelder voksne. Voksne i Norge må betale fra egen lomme. I Danmark blir de grunnleggende utgiftene dekket, skjønt bare delvis. I Finland blir kostnadene subsidiert av offentlige tannhelsetjenester, men tilgangen til dette er begrenset. I Sverige må voksne selv betale inntil et visst terskelbeløp, mens høyere behandlingstkostnader blir subsidiert. I tillegg har alle nordiske land flere andre støttesystemer for tannbehandling for sosialt vanskeligstilte grupper. I alle land har disse systemene opp gjennom årene utviklet seg til et lappeteppe av ulike typer subsidier. Disse systemene er i ferd med å bli, eller er allerede blitt revurdert med større eller mindre endringer.

Det ideologiske grunnlaget for den nordiske velferdsstaten er likeverd og solidaritet. Alle nordiske land har derfor et bredt spekter av offentlig finansierte helse- og sosialtjenester. Behandling for somatiske og psykiske sykdommer tilbys gjennom rimelige og velfungerende offentlige helsetjenester. Disse er basert på likeverdig og gratis adgang til behandling, og dette er et tilbud til alle innbyggere uavhengig av alder, kjønn, sosial status, helsetilstand, bosted og økonomiske situasjon. I likhet med andre europeiske land har behandling av tannsykdommer en tendens til å befinne seg utenfor det allmenne nasjonale helsesystemet, og privat behandling spiller en viktig rolle.

De nordiske landene, inspirert av ideologien bak velferdsstaten, hadde ved slutten av 1970-tallet utviklet et omfattende og gratis offentlig tannhelsetilbud til alle barn og unge. Derimot skiller de seg fra hverandre når det gjelder tilgang til behandling og betalingsordninger for voksne, som ofte er basert på at man betaler fra egen lomme. De fleste voksne får behandling fra privatpraktiserende tannleger.

Alle nordiske land tilbyr offentlig tannhelsetjeneste, også i distriktene og i tynt befolkede områder. Organisasjonene for offentlige tannhelsetjenester er forholdsvis omfattende og består av lønnet personale. Styringen av disse er i stor grad desentralisert til fylker eller kommuner, som har betydelig autonomi når det gjelder å organisere tjenestene. For å gjøre kostnadene mer tilgjengelige for folk flest, er systemene dessuten blitt utvidet på en slik måte at de delvis dekker privat tannbehandling for voksne (1). Følgelig var de voksne inkludert i de svenske offentlige tannhelsetjenestene allerede på 1970-tallet. I 2002 gjorde den finske offentlige tannhelsetjenesten det samme, og innen 2015 ble nye grupper voksne inkludert i Danmark og Norge (2).

Til tross for mange endringer har de underliggende prinsippene for disse systemene vært stort sett de samme siden 1970-tallet: Det offentlige tilbyr tannhelsetjenester hovedsakelig for barn og ungdom, mens voksne tilbys private tjenester. Kostnadene dekkes i ulik grad av de respektive trykkesystemene.

Formålet med denne artikkelen er å beskrive de gjeldende støtteordningene og tilhørende regelverk for tannbehandling i Danmark, Finland, Norge og Sverige. I tillegg ønsker vi å sammenligne tannhelseordningene i disse landene, samt å finne ut i hvilken grad tannbehandling er tilgjengelig for sosialt vanskeligstilte grupper i befolkningen.

## Dagens system for tannhelsebehandling

### Danmark

Helselovgivningen i Danmark gir barn og ungdom under 18 år rett til gratis tannbehandling gjennom en offentlig tannhelseordning,

som har en forebyggende og oppsøkende tilnærming (3). Voksne i Danmark får tannbehandling av privatpraktiserende tannleger. Det benyttes et system hvor prisen beregnes per enhet, og utgiftene blir delvis refundert av det nasjonale helsesystemet (2). Refusjons-satsene for grunnleggende og forebyggende tannpleie varierer mellom 30 og 65 %, avhengig av typen tannbehandling og pasientens alder. Kroner, broer, implantater og flyttbare proteser blir ikke dekket (2). Omlag 2,2 millioner voksne har privat helseforsikring i tillegg, 'Danmark', som til en viss grad dekker pasientenes utgifter for de fleste typer behandling, inkludert proteser.

Det finnes også særskilte ordninger rettet mot personer som ikke er i stand til å benytte den eksisterende tannhelseordningen grunnet fysisk og/eller psykisk funksjonsnedsettelse. Personer som lider av Sjøgrens syndrom og kreft i hode eller nakke, har krav på tilleggsstøtte for å dekke tannbehandling. Totalt sett finnes det fjorten ulike ordninger, men de som ikke gjelder sosialt vanskeligstilte personer, blir ikke behandlet i denne artikkelen.

Sosiallovgivningen har en ordning for sosialt vanskeligstilte personer, hvor disse under spesielle omstendigheter kan motta økonomisk støtte til tannbehandling. Personer som allerede er blitt godkjent for sosialhjelp fra kommunen, har ifølge loven krav på særskilt støtte til tannbehandling fra kommunene (4). Dette er et rettslig krav som ikke trenger å bli godkjent med mindre behandling utgiftene overstiger 10 000 DKK. Personer mellom 18 og 24 år får refundert 100 % av utgiftene, og eldre personer får refundert 65 % av utgifter utover 600 DKK.

Det største hinderet for å benytte seg av tannlegetjenester synes å være pasientenes utgifter. Sosial lovgivning gjør det mulig å søke om økonomisk støtte, men dette må godkjennes av kommunen via en byråkratisk og tidkrevende behandlingsprosedyre. Dessuten må det dokumenteres at det haster med tannbehandlingen og at den ikke kan utsettes (5). En fersk undersøkelse i Danmark viser at underprivilegerte personer som ikke har råd til å benytte private tannhelsetjenester, har svært dårlig munnhelse og sterkt behov for behandling. Selv om de har lovfestet krav på støtte fra lokale myndigheter, har disse pasientene en tendens til å miste motet på grunn av den omfattende byråkratiske prosessen som kjennetegner systemet (6).

Pensjonslovgivningen inneholder en annen form for tilleggsstøtte, som pensjonister kan søke om for å få dekket helseutgifter. Dette gjelder fortrinnsvis mennesker med kun offentlig pensjon (7), høy alder eller dårlig allmennhelse og lav pensjonsinntekt. Søknaden behandles av kommunen etter en individuell vurdering av søkerens samlede økonomiske situasjon, blant annet inntekt og formue. Denne støtteordningen, en såkalt personlig tilleggs pensjon, kan dekke opptil 85 % av pasientens utgifter og kan omfatte medi-

sin, fysioterapi og tannpleie. Det betyr at pensjonistene fremdeles vil måtte betale minst 15 % fra sin egen lomme for denne typen helsetjenester. Imidlertid kan pensjonistene også søke om såkalt utvidet støtte dersom de har ekstra høye utgifter, som betaling for avtagbare proteser. En forutsetning for dette er at pensjonisten har vært bosatt i Danmark i et visst antall år (7). Ingen av ordningene under sosial- eller pensjonslovgivningen er blitt evaluert, og det foreligger ingen detaljert statistisk eller administrativ informasjon (5). Videre kan personer som soner mer enn tre måneder i fengsel, motta økonomisk støtte til tannlegeutgifter. Asylsøkere og utlendinger som oppholder seg ulovlig i Danmark, kan bare få tannbehandling for akutte problemer.

Gjennom privat og offentlig finansiering er tannpleie til en viss grad blitt gjort tilgjengelig for sosialt vanskeligstilte grupper, herunder hjemløse, rusmisbrukere over lengre tid, personer som er varig eller periodevis arbeidsledige, personer med psykiske problemer, osv. Denne finansieringen er imidlertid uten lovgivende styring eller kontroll. En vurdering av noen av tannhelseordningene som anvendes (6,8), viser at de aktuelle pasientene er opptatt av å løse tannhelseproblemene sine, at dette er mulig å oppnå, men at det krever særordninger og spesielle kliniske miljøer (6).

I 2020 vedtok det danske parlamentet en lov om tannbehandling for personer med særskilte sosiale problemer, for eksempel hjemløse – en befolkningsgruppe som grunnet sine sosiale problemer ikke er i stand til å benytte seg av dagens tannlegeordning. Formålet med loven er å øke livskvaliteten og munnhelsen til disse personene, og å begrense ytterligere marginalisering. Ifølge loven er kommunen ansvarlig for å opprette en gratis tannlegeordning for denne gruppen, samt å tilby behandling med lindring av akutte smerter og gjenopprettelse av en velfungerende tannstilling, inkludert råd om forebygging og vedlikehold. Et av hovedpoengene med denne loven er enkel tilgang for målgruppen og å begrense byråkratiet i størst mulig grad når man deltar i ordningen (9,10).

### *Finland*

Offentlige tannhelsetjenester i Finland er plassert på legesentrene som er fordelt over hele landet, og de behandler 99 % av befolkningen under 18 år. Halvparten av de 55 % av voksne som ifølge statistikken går til tannlegen i løpet av året, benytter seg av den offentlige tannhelsetjenesten. Den andre halvparten bruker private tjenester som finnes i større kommuner og byer. Den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor tilbyr ulike typer spesialistbehandling. Distrikts- og universitetssykehusene behandler kompliserte saker etter henvisning fra den offentlige tannhelsetjenesten eller privatpraktiserende tannleger. Studenthelsetjenesten tilbyr tannbehandling for universitets- og høyskolestudenter, og Fengselshelsetjenesten for

innsatte. Innenfor den offentlige tannhelsetjenesten er det gratis tannbehandling for unge (under 18 år), mens de voksne betaler subsidierte avgifter. I privat sektor er prissettingen fri og Folkepensionsanstalten refunderer 15 % av kostnadene for grunnleggende behandling (ikke proteser), basert på egne prislister.

Ifølge Finlands grunnlov har alle rett til tilfredsstillende velferds- og helsetjenester. Grunnleggende sosialtjenester og offentlige helse- og tannlegetjenester samt spesialiserte medisinske tjenester som kommunene skal tilby, er fastsatt ved lov (11,12). Disse tjenestene kan organiseres av en kommune eller av flere kommuner sammen. Alternativ kan de settes bort. Lovverket pålegger kommunene å sørge for tannbehandling til alle uavhengig av alder. På grunn av lange ventelister for helse- og tannlegetjenester i offentlig sektor ble det i 2005 innført tidsrammer for tilgang til behandling. Det må være mulig for folk å ta kontakt med sitt lokale legesenter på ukedager under åpningstidene. En legetime må kunne settes opp innen tre måneder, og en tannlegetime innen seks måneder. Akuttbehandling må kunne tilbys umiddelbart (13).

Øvre avgiftsgrense for voksne pasienter ved den offentlige tannhelsetjenesten er fastsatt i en forordning (14). Kommunene kan fatte lokalt vedtak om å innføre lavere avgifter, eller gratis tjenester. Pasienter som har vanskelig for å betale, kan søke om støtte til livsopphold fra kommunen.

Gjennom den offentlige tannhelsetjenesten har de unge hatt tilgang til regelmessig, omfattende og gratis behandling i et halvt århundre. For voksne har behandlingssystemet vært ulikt. Fra og med 1980 har voksne i økende grad fått tilgang til den offentlige tannhelsetjenesten. I 2000 ble alle som var født i 1956 eller senere (f.o.m. 44 års alder), tildelt rett til behandling. De samme aldersgruppene fikk også støtte til privat behandling. Eldre voksne måtte benytte privat sektor og betale selv. Det eneste unntaket var veteraner fra andre verdenskrig (1939–1945). I 2002 kom det en stor tannhelsereform som gjorde slutt på aldersbegrensningene i den offentlige tannhelsetjenesten. Alle landets borgere skulle ha like rettigheter og få tannbehandling på grunnlag av behov. I privat sektor ble Folkepensionsanstaltens støtte utvidet til å omfatte alle voksne. Etter reformen ble det lange ventelister i den offentlige tannhelsetjenesten grunnet økt pågang og mangel på ressurser. Den offentlige tannhelsetjenesten var også forpliktet til å tilby akutt tannbehandling til alle. Som en følge av dette ble ikke de voksne kalt tilbake innenfor den offentlige tannhelsetjenesten. Det er et velkjent faktum at voksne som benytter den offentlige tannhelsetjenesten, har større behandlingsbehov enn private pasienter. Ikke desto mindre er voksne i dag mer uregelmessige i sin benyttelse av den offentlige tannhelsetjenesten, mens fremmøtet i den private sektor er mer regelmessig (15).



Årlig oppmøte hos tannlegen blant voksne, 55 %, er lavt sammenlignet med de andre nordiske landene, selv om dette også kan skyldes en høyere andel tannløse mennesker blant de eldre. Gratis tannbehandling innenfor den offentlige tannhelsetjenesten slutter tidlig, og det er velkjent at kostnadene utgjør et hinder for benyttelse av tannhelsetjenester. Lange ventelister for rimelige offentlige tannhelsetjenester og ledig kapasitet innen privat sektor, som er dyrere, viser også at kostnadene er et hinder. Det finnes lite informasjon om tannhelseproblemer blant mennesker med særskilte behov. En nylig publisert avhandling viser at det er stort behandlingsbehov blant innsatte i fengsel (16).

### *Norge*

Offentlige helsetjenester i Norge finansieres og forvaltes på tre forskjellige måter: Spesialisthelsetjenesten som krever sykehusinnleggelse ved staten, primærhelsetjenesten ved kommunen, og den offentlige tannhelsetjenesten ved fylket. I tillegg er det en stor privat sektor innen tannpleie. Denne sammensatte ordningen skaper utfordringer i samarbeidet mellom den offentlige tannhelsetjenesten og de andre helsetjenestene.

Fylket er ansvarlig for å tilby gratis tannhelsetjenester til barn og ungdom fra de blir født til det året de fyller 18, psykisk utviklingshemmede mennesker som bor på institusjon eller i lokalsamfunnet, eldre, langtidssyke og uføre som bor på institusjon eller får hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år under behandlingsåret (sistnevnte gruppe må betale 25 % av det nasjonale helse-systemets fastsatte avgift). Disse gruppene tilbys vanlig, oppsøkende tannpleie (17).

I tillegg dekker Folketrygden utgifter til tannbehandling for personer over 20 år med visse definerte diagnoser, sykdommer eller tilstander. For det meste dreier dette seg om sjeldne allmenntilstander, men også behandling av kroniske periodontale sykdommer og påfølgende rehabilitering. Tanntraumer forårsaket av trafikk- og arbeidsulykker kan også dekkes.

Andre grupper, f.eks. innsatte, rusmisbrukere under medisinasistert rehabilitering, pasienter som har vært utsatt for tortur eller misbruk, eller som har tannlegeskrekk, kan få gratis tannbehandling dekket av fylket. Forutsetningen for gratis behandling er at disse pasientene har henvisning fra en psykolog som har foretatt et diagnostisk intervju. Denne typen behandling er ikke lovfestet, men utgiftene dekkes av statlige overføringer.

Bortsett fra unntakene nevnt ovenfor har ikke den voksne befolkningen krav på offentlig finansiert tannbehandling, men må betale for dette på egen hånd. Derfor er andelen private tjenesteytere langt større innen tannhelsesektoren enn for andre helse-tjenester.

Fylket er også ansvarlig for å gjøre offentlige tannhelsetjenester og spesialisttjenester (hvorav det er sju anerkjente i Norge) rimelig tilgjengelige for de prioriterte gruppene, samt for alle som er bosatt eller midlertidig bosatt i fylket. Derimot er ikke fylkene ansvarlige for kjeveortopedisk eller ortopedisk behandling. Dette finansieres av trygdeetaten. For slik behandling må pasientenes foresatte normalt betale egenandel til kjeveortopedien. Videre skal fylket sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak til hele befolkningen.

Hvis ressursene tillater det, står fylkene fritt til å betale tannbehandling for personer som ikke inngår i de prioriterte gruppene. Utvalget av slike tjenester er størst i distriktene hvor det er få eller ingen private tannhelsetjenester. De fleste kommunene har regler for sosialklienter som på individuelt grunnlag er blitt tildelt midler for å dekke kostnadene ved tannbehandling. Slike pasienter får prioritet fremfor vanlige betalende pasienter innen den offentlige tannhelsetjenesten.

Departementet har siden 2002 bevilget midler til opprettelse av regionale kompetansesentre for tannhelse. Disse sentrene eies og drives av fylkene. Så langt er det opprettet ett senter i alle de seks regionene. Her tilbys klinisk, tverrfaglig spesialistbehandling (med unntak av ortodontisk eller ortopedisk) basert på henvisning. Betaling for tjenestene for de ulike pasientgruppene beregnes ut fra reglene og unntakene som er beskrevet ovenfor. Kompetansesentrene har også fullmakt til å bedrive forskning og faglig spesialisering innen tannlegevitenskap.

### *Sverige*

I Sverige dekker den offentlige tannhelsetjenesten alle de 21 regionene med omtrent 880 tannklinikker. Det finnes ca. 2000 private aktører med ca. 3550 klinikker. Omtrent 57 % av tannlegestetimer for voksne er ved private tannklinikker, og 43 % ved den offentlige tannhelsetjenesten (18).

Den offentlige tannhelsetjenesten forvalter og tilbyr gratis tannbehandling for barn og unge opp til 24 år. I tillegg forvalter de nødvendig og oppsøkende tannbehandling for personer med visse særskilte tilstander og diagnoser, blant annet personer med viktige behov grunnet langvarig sykdom eller uførhet, eller som trenger oral kirurgi. Kostnadene for denne behandlingen medregnes i det nasjonale helse-systemets øvre grensebeløp for pasientenes utgifter på 1150 SEK over en periode på 12 måneder. Denne støtten er tilgjengelig uavhengig av om man benytter et offentlig eller privat tannpleietilbud.

Den svenske tannhelselovgivningen har et tydelig mål om at hele befolkningen skal ha samme tilgang til god tannhelse og tannpleie (19).

Den offentlige støtteordningen for tannbehandling for voksne i Sverige finansieres dels av staten og dels av de ulike regionene. Den statlige finansieringen administreres av den svenske trygdekassen, og her tilbys tre typer støtte. Alle voksne har tilgang til en allmenn tannlegestøtte på 300 eller 600 SEK per år, avhengig av pasientens alder. Dette kan brukes til hvilken som helst type tannbehandling. En spesiell tannlegestøtte på 600 SEK over en periode på seks måneder er begrenset til personer med visse sykdommer eller funksjonshemminger som medfører risiko for forverret munnhelse (20). Formålet med denne støtten er å bidra med forebyggende tiltak. Det finnes også en allmenn ordning som beskytter mot høye kostnader. Dette gjør at tannbehandling som koster opptil 3000 SEK, betales i sin helhet av pasientene; ved kostnader mellom 3000 og 15 000 SEK betaler pasientene 50 %, og ved kostnader over 15 000 SEK betaler man kun 15 %. Denne ordningen skal sikre at personer med behov for omfattende og kostbar tannbehandling har muligheten til å gjennomgå denne behandlingen uavhengig av egne ressurser. Visse funksjonshemmede personer, blant annet eldre, får tannpleie mot en avgift som inngår i grensebeløpet i henhold til det offentlige helsesystemet (20).

I tillegg til støtteordningen beskrevet ovenfor, har alle som ikke er i stand til å forsørge seg selv, blant annet hjemløse, krav på en viss økonomisk sosialhjelp. Dette administreres av kommunene og anvendes når det ikke finnes noen annen passende støtte (21). Asylsøkere og papirløse flyktninger med akutte tilstander mottar også hjelp.

### Drøfting

I alle de nordiske landene har barn og unge tilgang til vanlig, gratis og omfattende tannbehandling. For voksne er det stor variasjon mellom behandlingstilbudene. I Norge må voksne i prinsippet betale for tannbehandlingen selv. Imidlertid er det en rekke definerte grupper som er fritatt fra denne regelen: personer med ulike konkrete generelle sykdommer, personer som bor på helseinstitusjoner, rusmisbrukere, ofre for tortur, personer med tannlegeskrekke eller kroniske tannkjøttssykdommer, voksne mellom 18 og 20 år, samt andre som enten mottar gratis eller betydelig subsidiert behandling. I Danmark er alle voksne omfattet av en nasjonal tannforsikring som delvis dekker grunnleggende tannbehandling. I tillegg finnes det en rekke særskilte ordninger for enkelte grupper eldre og personer med spesielle behov. Finland har et lignende universelt system med delvis dekning av grunnleggende tannbehandling, mens de få gjenlevende veteranene etter andre verdenskrig er enda bedre dekket. I Sverige er alle borgerne omfattet av en begrenset allmenn tannforsikring samt en mer generøs ordning som beskytter mot høye utgifter. Gratis tannbehandling tilbys unge voksne (i

alderen 19–23 år) i tillegg til noen særskilte fordeler for enkelte grupper med spesielle behov.

I tillegg har både Sverige og Finland tannklinikker i sykehus hvor man behandler innlagte pasienter eller kompliserte situasjoner med henvisning fra tannlege. Kostnadene for slik behandling inngår i det nasjonale helsesystemets grensebeløp på 1150 SEK for pasientutgifter over en periode på 12 måneder.

Offentlig finansiering av tannbehandling for voksne varierer betydelig mellom de nordiske landene, både når det gjelder systemer og dekning. En meget tydelig og strukturert liste over likheter og forskjeller mellom systemene i de ulike nordiske landene er presentert i en rapport (22). Til tross for at ordningene er basert på velferdsstatens ideologi, er det ingen tegn til noen gjenkjennelig overordnet plan eller politisk visjon. Systemene ser ut som et lappeteppes hvor det opp gjennom årene er foretatt en rekke endringer av allmenne prinsipper. Systemenes sammensatte karakter har gjort dem tilnærmet uforståelige, spesielt for pasientene, men også i stor grad for fagpersoner.

Tannlegeordningene har i det siste vært gjenstand for omfattende kritikk på grunnlag av at tilbudet er dyrt og samsvarer dårlig med behandlingsbehovene i lokalbefolkningene, i tillegg til at de ikke fungerer optimalt når det gjelder å gi alle pasienter lik behandling. På grunn av dette er munnsykdommer, både i utbredelse og alvorlighetsgrad, stadig forbundet med fattige og vanskeligstilte grupper i samfunnet. Familier med lav inntekt, samt marginaliserte grupper som hjemløse, innsatte og funksjonshemmede, blir generelt underbehandlet (23).

Den høye kostnaden for tannbehandling er den vanligste årsaken til at man ikke søker behandling. I Finland lever omtrent 660 000 mennesker (12 %) under den fastsatte grensen for eksistensminimum. Det dreier seg om unge voksne (18–24 år) eller pensjonister (75+ år), arbeidsledige og alenemødre. I Europa har Tyskland lenge hatt praktisk talt gratis tannbehandling for alle borgere, og Frankrike har en nasjonal tannforsikring som garanterer gratis grunnleggende tannpleie for personer som tjener mindre enn en fastsatt minimumsinntekt.

Generelle sykdommer og tilstander hvor tannbehandling kan være avgjørende eller inngå i den medisinske behandlingen, kan gjøre folk vanskeligstilte. I noen tilfeller kan tannsituasjonen kreve sykehusinnleggelse. Mens Sverige, Danmark og Finland har opprettet tannklinikker på sykehus for å tilrettelegge for slike pasienter, er dette foreløpig bare på planleggingsstadiet i Norge.

Rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser eller demens utgjør en spesiell utfordring ettersom de har vanskelig for å sette opp og møte opp på avtaler og å følge råd og anbefalinger. Det kreves bedre samarbeid med f.eks. rehabiliteringsinstitusjoner. Den

offentlige tannhelsetjenesten, som tradisjonelt har behandlet slike pasienter, har fungert som en uavhengig enhet og er ikke vant til tidkrevende samarbeid med andre omsorgsaktører.

Innsatte er en annen gruppe som ofte kjennetegnes av dårlig tannhelse. Dette på grunn av vanskelige sosiale forhold, uregelmessig stell, stoffmisbruk og gjentatte innsettelse. I deres tilfelle er det sannsynligvis best å organisere tannbehandlingen i samarbeid med fengselsmyndighetene. Alle nordiske land har ordninger som finansierer nødvendig tannbehandling for innsatte.

Lovlige flyktninger har ofte tannproblemer, og disse blir i alle nordiske land behandlet i henhold til de ordinære støttesystemene. Hjemløse og ulovlige innvandrere har rett til akutt behandling og kan også motta støtte gjennom frivillige bestemmelser.

Alle land har erkjent et behov for å forbedre sine støttesystemer for tannbehandling for voksne, og de planlegger større eller mindre endringer. De har alle bekymringer knyttet til finansieringen. For eksempel har Danmark i det siste økt de offentlige bevilgningene til tannbehandling for voksne med nesten 20 %. Dette har ført til oppsigelse av avtalen mellom den danske tannlegeforeningen og de regionale helsemyndighetene vedrørende økonomisk subsidiering av tannhelsetjenester. I 2018 igangsatte den danske regjeringen en studie av ulike modeller for tannpleie for voksne, som også har til hensikt å fremme sosial likhet innen tannhelse. Arbeidet pågår fremdeles. Et annet dansk prosjekt, som ennå ikke er iverksatt, er det såkalte «Socialtandpleje»-systemet.

En annen aktuell bekymring er underforbruk av tannhelsetjenester spesifikt beregnet for personer med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse. Det kan virke som om hverken de aktuelle personene eller deres pårørende, og heller ikke de som skulle ha henvist dem (sykepleiere, leger osv.), er klare over at disse tilbudene finnes. Danske studier har dessuten påvist at det er betydelige forskjeller mellom de ulike kommunene når det gjelder andelen av pasienter som benytter slike tjenester, og det er blitt oppdaget mange hindre (6).

I Sverige er det også flere rapporter som viser hvordan de forskjellige «ekstrastøtte-systemene for utvalgte mindre grupper» fungerer i praksis, og hvor vanskelig det er å nå ut til de tiltenkte gruppene. Derfor var det bare 40 % av de eldre som hadde krav på «nødvendig behandling», som benyttet seg av dette tilbudet. Det var spesielt vanskelig å nå personer som bodde hjemme. (24). Den svenske regjeringen har derfor dannet en komité som skal sikre at støtte til tannbehandling faktisk når frem til de tiltenkte målgruppene (25, 26). Resultatene forventes å foreligge i mars 2021.

Finland har i flere år hatt planer om en grunnleggende reform av helsevesenet og sosialtjenestene. Ansvar for å organisere disse blir overført fra nesten 200 kommuner til 18 fylker, ettersom mange av kommunene er for små til å administrere og finansiere disse tjenestene. Det er fortsatt uklart hvordan det nye helsetjenestesystemet kommer til å bli. Det er ikke sannsynlig at tannhelse blir tildelt økte økonomiske ressurser. Tvert imot forventes det at dekning av privat tannbehandling for voksne vil opphøre, og at voksne må betale mer – også innenfor den offentlige tannhelsetjenesten.

I Norge er det et stort problem at den offentlige tannhelsetjenesten administreres av fylkene og at primærhelsetjenesten administreres av kommunene. Dette berører spesielt sykehjemboere, som har rett til gratis behandling gjennom Den offentlige tannhelsetjenesten, men som er vanskelig å få kontakt med da pasientlistene blir tilbakeholdt av kommunene grunnet taushetsplikten overfor pasientene (27). I en stortingsmelding gis det en oversikt over oppgavene, inkludert tannhelsetjenester, som nye og større kommuner kan bli gjort ansvarlige for i fremtiden (28). Denne planen, som ennå ikke er implementert, medfører desentralisering av tannhelsetjenesten, og at alle primærhelsetjenester vil falle under samme administrasjon.

Tannhelsebehandling i Norden er, som alltid, forholdsvis uavhengig av det allmenne helsevesenet. Den organiseres og finansieres på en annen måte, og pasientene betaler i større grad fra sin egen lomme enn ved vanlige helsetjenester. En studie som nylig er gjort i Sverige, viser at politikerne ikke ønsket å blande seg for mye inn i systemet for tannhelsetjenester og arbeidet til de aktuelle partene, idet de argumenterte for økonomisk støtte til mindre «forbedringer» (28). Derfor ser det ikke ut til at vi i nærmeste fremtid vil se grunnleggende forandringer i dagens ordning som forskyver balansen mellom støtte til de unge og de vanskeligstilte voksne. Dette til tross for at tannhelse for yngre mennesker er under stadig forbedring.

I mellomtiden må ad hoc-løsninger mot eksisterende problemer og ubalanse mellom de ulike grupper løses ved hjelp bedre ledelse, oppsøkende tiltak, samarbeid og endringer i lønn for personell. Noen problemer må løses utenfor tannlegeyrket. Det er viktig å huske at de ambisiøse og kostbare planene til regjeringene i de nordiske landene for å møte miljøtruslene har høy prioritet i alle landene våre, og at disse med stor sannsynlighet vil ha innvirkning på alle samfunnssektorer.

## REFERANSER

- Holst D. Delivery of oral health care in the Nordic countries. In: Pine CM, ed. Community Oral Health. Oxford: Wright, 1997; 283–91.
- Widström E, Agustsdóttir H, Byrkjeflot LI et al. Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. Tandlaegebladet. 2015; 119: 702–11.
- SUNDHED- OG ÆLDREMINISTERIET DANMARK. Bekendtgørelse om Tandpleje. 2017. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=196984> last access 1–4–2020
- BESKÆFTIGELSESMINISTERIET DANMARK. Bekendtgørelse af Lov om aktiv socialpolitik. 2019. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209997> last access 1–4–2020
- SUNDHED- OG ÆLDREMINISTERIET DANMARK. Kortlægning Tandplejeordninger i Danmark. København 2018. [https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2018/September/~/\\_media/Filer%20-%20dokumenter/2018/Tandlaeger/Kortlaegning\\_af\\_tandplejeordninger\\_i\\_Danmark\\_2018.pdf](https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2018/September/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/2018/Tandlaeger/Kortlaegning_af_tandplejeordninger_i_Danmark_2018.pdf) last access 1–4–2020
- Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community-based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. Acta Odontol Scand. 2019; 77: 364–70.
- BESKÆFTIGELSESMINISTERIET DANMARK. Bekendtgørelse af lov om social pension. 2019. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=209560> last access 1–4–2020
- Øzhayat EB, Østergaard P, Gotfredsen K. Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. Acta Odontol Scand. 2016; 74: 620–5.
- TANDLÆGEBLADET. 40 mio kr. til socialt udsatte. <https://www.tandlaegebladet.dk/40-mio-kr-til-socialt-udsatte> last access 1–4–2020
- Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health care program for persons with disability. Acta Odontol Scand. 2005; 63: 278–83.
- The Primary Health Care Act. (66/1972). <https://www.finlex.fi>. Sist lest 15–2–2020
- The Health Care Act. (1326/2010). <https://www.finlex.fi> Sist lest 15–2–2020
- Health Care Guarantee. [www.stm.fi/en/social\\_and\\_health\\_services/client-rights](http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/client-rights) sist lest 15–2–2020
- Asiakasmaksuasetus (773/2017). <https://www.finlex.fi> Sist lest 15–2–2020
- Widström E, Komu M, Mikkola H. Longitudinal register study of attendance frequencies in public and private dental services in Finland. Community Dental Health. 2013; 30: 143–8.
- Vainionpää R. Oral health of Finnish prisoners. Avhandling 2019. Universitetet i Oulu. <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-952-62-2460-2> last access 15–2–2020
- LOVDATA. Lov om tannhelsetjenesten av 1. januar 1984. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54> Sist lest 10–6–2020
- TANDVÅRDS- OCH LÅKEMEDELSPÖRÅNSVERKET. Tandvårdsmarknaden. <https://tlv.se/tandvard/tandvardsmarknaden.html>. Sist lest 16–2–2020
- SVERIGES RIKSDAG. Tandvårdslag (1985: 125). [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125\\_sfs-1985-125](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tandvardslag-1985125_sfs-1985-125) Sist lest 15–2–2020
- SVERIGES RIKSDAG. Lag (1993: 387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa\\_sfs-1993-387](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387) Sist lest 15–2–2020
- SVERIGES RIKSDAG. Socialtjänstlagen (2001: 453). [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453) Sist lest 16–2–2020
- Cortsen B, Fredslund EK. Voksentandpleje i Danmark. Organisering af voksentandplejen i Danmark i sammenligning med de øvrige nordiske lande og i forhold til voksenbefolkningens risikoprofil. Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning. <https://www.vive.dk/media/pure/9125/2044200> Sist lest 10–6–2020
- Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019; 394: 249–60.
- MYNDIGHETEN FÖR VÅRDANALYS. Tandlösa tandvårdsstöd. En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen. <https://www.vardanalys.se/rapporter/tandlosa-tandvardsstod/> Sist lest 10–6–2020
- SVERIGES REGERING. Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa – Kommittédirektiv 2018: 16. [https://www.regeringen.se/493a2e/contentassets/143410a-f196646079e141bfff42d428db/ett-tandvardssystem-for-jamlik-tandhalsa-dir-2018\\_16.pdf](https://www.regeringen.se/493a2e/contentassets/143410a-f196646079e141bfff42d428db/ett-tandvardssystem-for-jamlik-tandhalsa-dir-2018_16.pdf) Sist lest 16–2–2020
- SVERIGES REGERING. Tilläggsdirektiv till utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018: 02). [https://www.regeringen.se/48de20/contentassets/88643e09625a-434fa1fe1486000afacc/dir.-2020\\_1.pdf](https://www.regeringen.se/48de20/contentassets/88643e09625a-434fa1fe1486000afacc/dir.-2020_1.pdf) Sist lest 16–2–2020
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET. Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horingsnotat-om-oppfolging-av-forslag-i-primarhelsetjenestemeldingen-og-oppgavemeldingen-mv/id2502925/> Sist lest 10–6–2020
- Franzon B, Axtelius B, Åkerman S et al. Dental politics and subsidy systems for adults in Sweden from 1974 until 2016. BDJ Open. 2017; 3: 17007.

## ENGLISH SUMMARY

Strand GV, Widström E, Christensen LB, Wretling K.

Legislation, content and organization of oral health care in relation to socially weak population groups

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 144–50

The aim of this paper is to describe the oral health care systems in general and socially disadvantaged groups in particular in four Nordic countries. All these countries provide free dental care for children and adolescents, but differ in regard to adults. Norwegian adults have to pay out-of-pocket. In Denmark, basic expenses are refunded, but only partially. In Finland, PDS cater for subsidised costs, but access is limited. In Sweden, adults have to pay up to a

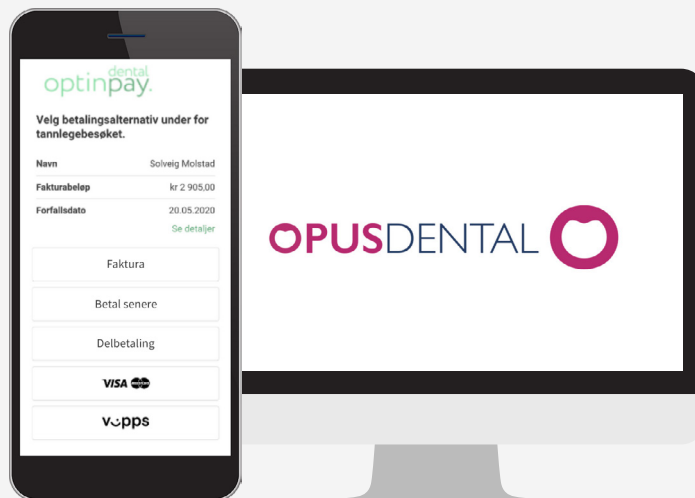
threshold amount; high cost treatment is subsidised. In addition, all Nordic countries have multiple additional systems for supporting dental care for socially disadvantaged groups. In all countries, over the years, these systems have developed into a patchwork of different subsidies. These systems are in a process of being or have been revised with major or minor changes.

Unngå unødvendig administrasjon  
- du ivaretar pasientene, vi fikser betalingen

optinbank.  OPUSDENTAL 

## Kontaktløs betalingsløsning for din klinikk

-  Mobil, kontaktløs betalingsløsning
-  Du bruker Opus slik du er vant til
-  Pasienten betaler via sin mobil
-  Nå med støtte for kjeveortopedisk behandlingsavtale



## Slik fungerer det



## Vil du vite mer?



dental@optinbank.no



21 50 75 25

www.optinpay.no



**For mer info**  
[orisdental.no/henviser](https://orisdental.no/henviser)



# Vi har spesialister tilgjengelig i hele Norge!

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

## ØSTLANDET

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

**Yngvil Zachrisson**  
Kjeveortoped

**Hauk Øyri**  
Oralkirurg

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

**Hauk Øyri**  
Oralkirurg

**Tanya Franzen**  
Kjeveortoped

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

**Iman Saleh**  
Endodontist

**Jan Akre**  
Periodontist

**Zina Kristiansen**  
Oralkirurg

**Arash Sanjabi**  
Endodontist

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

**Hauk Øyri**  
Oralkirurg

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

**Dagfinn Nilsen**  
Oralkirurg

**Erik Bie**  
Oralkirurg

**Johanna Berstad**  
Oralkirurg

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

**Hauk Øyri**  
Oralkirurg

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

**Shoresh Afnan**  
Oralkirurg

**Josefine Forsberg**  
Protetiker

**Parandosh Afnan**  
Kjeveortoped

**Dan Grigorescu**  
Endodontist

**Arne Loven**  
Endodontist

**Mohammad Moafi**  
Oralkirurg

**Esha Katyayan**  
Periodontist

## VESTLANDET

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

**Arild Kvalheim**  
Oralkirurg

**Nicole Aria**  
Endodontist

**Paul-Arne Hordvik**  
Protetiker

**Torbjørn Pedersen**  
Oralkirurg

**Vilhjalmur Vilhjalmsen**  
Endodontist

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

**Marko Scepanovic**  
Kjeveortoped

**Astrid Katle**  
Kjeveortoped

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

**Seong Jeon**  
Oralkirurg

**Geir Kristiansen**  
Protetiker

**Marika Hæreid**  
Protetiker

**Paul-Åsmund Vågen**  
Oralkirurg

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

**Annlaug Stensland**  
Kjeveortoped

**Dyveke Knudsen**  
Endodontist

**Eirik Salvesen**  
Periodontist

**Torbjørn Hansen**  
Protetiker

**Roshi Frafjord**  
Oralkirurg

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

**Annlaug Stensland**  
Kjeveortoped

**Bjørn Abrahamsen**  
Periodontist

**Dyveke Knudsen**  
Endodontist

**Eirik Salvesen**  
Periodontist

**Gro Knudsen**  
Endodontist

**Kasper Dahl Kristensen**  
Kjeveortoped

**Roshi Frafjord**  
Oralkirurg

**Torbjørn Hansen**  
Protetiker

## MIDT-NORGE

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

**Nikola Petronijevic**  
Endodontist

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

**Attila Nagy**  
Maxillo-facialkirurg

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

**Tamas Hasulyo**  
Oralkirurg

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

**Odd Bjørn Lutnæs**  
Periodontist

## NORD-NORGE

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

**Anette Haseid**  
Kjeveortoped

**Carl Fredrik Haseid**  
Protetiker

**Kristin Sandvik**  
Kjeveortoped

Hans Thomas Brox  
Oralkirurg

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

**Harald Efraimssen**  
Periodontist

**Hauk Øyri**  
Oralkirurg

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

**Roshi Frafjord**  
Oralkirurg

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

**Roshi Frafjord**  
Oralkirurg

**SPØRSMÅL?**

Tlf: 90 94 22 98  
eirik@orisdental.no



## HOVEDPUNKTER

- Det var stor variasjon i innhold og volum av undervisning i samfunnsodontologi i Norden.
- Den nordiske undervisningen i samfunnsodontologi er generelt på europeisk nivå, men ikke på alle fagfelt.
- Stor variasjon mellom de enkelte landene i Norden og de enkelte utdanningsstedene.
- Emnet «Lik rett til helsehjelp» var godt dekket ved alle de nordiske utdanningsstedene.

## FORFATTERE

**Jorma Virtanen**, professor, tannlege, ph.d., MScPH. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge og Odontologisk institutt, Åbo universitet, Åbo, Finland.

**Maryam Salehi**, tannlege. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge.

**Kristin S. Klock**, professor, tannlege, ph.d. Institutt for klinisk odontologi, Seksjon for forebyggende tannpleie, gerodontologi og samfunnsodontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge

Korresponderende forfatter: Jorma Virtanen, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. E-post: jorma.virtanen@uib.no

Akseptert for publisering 13. mai 2020. Norsk oversettelse 23. september, 2020

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.

Virtanen J, Salehi M, Klock KS. Undervisning i samfunnsodontologi i nordiske land. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2021; 131: 154–61

MeSH: Læreplaner, Nordiske land, Samfunnsodontologi, Tannhelsetjenester, Utdanning

# Undervisning i samfunnsodontologi i de nordiske landene

Jorma Virtanen, Maryam Salehi og Kristin S. Klock

Vi har studert undervisningen i samfunnsodontologi og tannhelsetjeneste, samt læreplaner ved de nordiske odontologiske lærestedene, og sammenlignet med europeisk standard. Vi brukte spørreskjemaet til «EADPH Special Interest Group survey». De anonyme spørreskjemaene ble sendt til alle tannlegeutdanningene i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. De fleste rapporterte å ha en avdeling eller enhet for undervisning i faget. Undervisningen i faget varierte mellom 3 og 25 studiepoeng (gjennomsnitt: 10 studiepoeng). Det ble funnet stor variasjon i innhold og volum. Den nordiske undervisningen i samfunnsodontologi er generelt på europeisk nivå, men ikke på alle fagfelt. Emnet «Lik rett til helsehjelp» var godt dekket ved de nordiske utdanningsstedene.



## Bakgrunn

Organisasjonen «Association for Dental Education in Europe – ADEE» har utarbeidet en kompetanseprofil for europeiske tannleger som er publisert i retningslinjene «Profile and Competencies for the Graduating European Dentist» (1, 2).

Det overordnede målet med retningslinjene var å fremme samordning innen odontologisk utdanning og harmonisere læreplaner ved europeiske tannlegeutdanninger.

Den oppdaterte versjonen, kalt «The Graduating European Dentist», beskriver en ny tilnærming som gjenspeiler det beste akademiske grunnlaget for europeiske odontologiutdanninger (3). Det nye rammeverket er rettet mot både tannleger og annet personell innen orale helse, uavhengig av geografiske områder (3). Europeiske odontologiske læresteder er anbefalt å følge profil- og kompetansebeskrivelsene, men med regionale og kulturelle tilpasninger. De fleste europeiske land har implementert retningslinjene fra ADEE.

WHO's «Health 2020», som beskriver europeisk policy for helse og velferd med siktemål å støtte tiltak på tvers av regjeringer og samfunn, skal «... bidra vesentlig til å bedre helse og velferd hos befolkningen, redusere ulikhet, styrke folkehelsen og sikre et individorientert helsevesen som er universelt, rettferdig, bærekraftig og med høy kvalitet» (4). Programmet har vektlagt å redusere for eksempel ulikheter i helse, styrke lederskap og samordning mellom undervisning og prioriteringer i helsevesenet. Dette er tema som gjerne er omfattet av fagdisiplinen samfunnsmedisin og samfunnsodontologi (Dental Public Health, DPH).

Det opprinnelige «Profile and Competence»-dokumentet omfattet syv områder (2), men i det nye rammeverket er det forenklet til fire for å tydeliggjøre og øke anvendeligheten for undervisere (3). De nye områdene er: Profesjonalitet, Trygg og effektiv klinisk praksis, Pasientsentrert omsorg og Odontologi i samfunnet. Dette er kjerneområder i undervisningen i samfunnsodontologi (5).

Den europeiske foreningen «European Association for Dental Public Health – EADPH», er et internasjonalt og uavhengig vitenskapelig forum for fagfolk med spesialinteresse innen samfunnsodontologi og offentlig tannhelsetjeneste ([www.eadph.org](http://www.eadph.org)). Målet for EADPH er å fremme samfunnsodontologi, definert som vitenskapen og praksis for å forebygge orale sykdommer, fremme oral helse og bedre livskvalitet ved organiserte tiltak i samfunnet. EADPH organiserer årlige konferanser og har flere arbeidsgrupper innen spesielle områder.

En av disse interessegruppene er viet til undervisning og utdanning i samfunnsodontologi. Denne gruppen møtes årlig for å belyse kompetansekrav innen offentlig oral helse, undervisningsopplegg og praktisk opplæring. Gruppen har gjennomført forskningspro-

sjekter for å kartlegge aktuell virksomhet og informere om kjerneprogrammer i grunnutdanning ved europeiske læresteder (5). Den europeiske undersøkelsen ble basert på eksisterende vitenskapelig litteratur og annen faglitteratur, samt drøftinger i interessegruppen i EADPH. Studien belyste følgende kjernekomponenter i europeiske undervisningsplaner: Filosofi og tilnærming innen offentlig oral helse, populasjonsdemografi og helse, helsefremmende tiltak og forebygging av sykdom, helse- og omsorgssystemer, odontologisk personell, og planverk for helse og oral helse. Undervisning i samfunnsodontologi var inkludert i undervisningsplanene ved alle undervisningsstedene og to tredjedeler rapporterte at de hadde egne avdelinger/enheter for samfunnsodontologi, men at undervisningen ble utført av forskjellige undervisere med erfaring fra ulike fagdisipliner.

Funnene i den europeiske studien peker på behov for økt oppmerksomhet på og prioritering av emnet via samarbeid og felles innsats (5). De nordiske landene har sammenlignbare velferdssystemer og har en omfattende offentlig sektor med lignende modeller for tilbud om orale helsetjenester. I de siste tiårene har det likevel blitt gjort vesentlige endringer med hensyn til fokus og tjenestetilbud i de nordiske landene. Den generelle nedgangen i kariesforekomsten og bedre tilgjengelighet har gjort at det er flyttet fokus mot andre odontologiske fagområder.

Hensikten med denne studien var å undersøke nåværende undervisning og innhold i undervisningsplaner innen samfunnsodontologi ved de nordiske utdanningsstedene. Et annet formål var å sammenligne med den europeiske standard.

## Metode

Det ble gjennomført en tverrsnittundersøkelse i forbindelse med arbeidet med det fellesnordiske temaet for 2021 i de nordiske tannlegetidsskriftene. Studien var en fortsettelse av forskning i regi av interessegruppen for prosjektet om undervisning innen samfunnsodontologi i EADPH. Den anonyme og frivillige spørreundersøkelsen ble gjennomført i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige våren 2020.

## Spørreskjemaet

Vi brukte spørreskjemaet fra arbeidsgruppen i EADPH (5). Spørreskjemaet var basert på tilgjengelig forskningsrapporter og retningslinjer inkludert «Profile and competences for the graduating European dentist» fra ADEE (2) og arbeidsrapporter i interessegruppen i EADPH. Emnene ble valgt til å være innen virksomhetsfeltet for fagfeltet samfunnsodontologi og omfattet folkehelse-perspektivet. Den europeiske studien, som ble utført i samarbeid med EADPH og ADEE, omfattet alle tannhelseutdan-

**Tabell 1. Hovedemner i samfunnsodontologi (%) som undervises ved de europeiske og nordiske tannlegeutdanningene.**

Emner innen samfunnsodontologi	Europeisk		Nordisk	
	Ja	Andre*	Ja	Andre*
Samfunnsodontologisk filosofi og tilnærming	86	14	83	17
Populasjonsdemografi og helse	90	10	100	0
Helsefremmende og sykdomsforbyggende arbeid	97	3	92	8
Helse- og omsorgssystem	83	17	100	0
Tannhelsepersonell	76	24	83	17
Planlegging av helse og orale helsetiltak	87	13	92	8

\* Inkluderer «Nei», «Vet ikke» og manglende svar.

ningssteder i Europa. I alt 124 læresteder i alle deler av Europa, inkludert de nordiske landene, deltok i studien. Informasjon og spørreskjemaet kan finnes på nettsiden til EADPH website (<https://www.eadph.org/course/dental-public-health-education>).

Spørreskjemaet omfattet de spesifikke rammene for undervisning i seks emneområder innen undervisning i samfunnsodontologi (tabell 1). Vi la til spørsmål relatert til videreutdanning og tannpleierundervisning fordi det europeiske spørreskjemaet dreide seg mest om grunnutdanning

Spørreskjemaet omfattet nåværende undervisning i samfunnsodontologi innenfor undervisningsplanene innen tre seksjoner: Odontologisk institutt/lærested, Undervisning på institusjonen og Kursinnhold. Det endelige spørreskjemaet inneholdt spørsmål med både faste svaralternativ og åpne spørsmål om emner i relasjon til respondentenes institusjon, slik som land, antall studenter, antall år/tid i studieprogram i samfunnsodontologi, studiepoeng (uttrykt som European Credit Transfer and Accumulation System – ECTS), hovedansvarlig for undervisningen i samfunnsodontologi, innen seks hovedområder.

Graden av samsvar mellom nåværende undervisningsprogrammer og retningslinjene fra ADEE og nasjonale retningslinjer/dokumenter ble registrert på en 10-poengs Likert-skala.

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av programmet 'SurveyXact' (Rambøll Management Consulting, Danmark). Responsene var anonymiserte.

Alle tannlegeutdanningene i Norden ble invitert til å delta i undersøkelsen. Spørreskjemaet ble sendt til 14 odontologiske læresteder i løpet av februar og mars 2020. Invitasjon, informasjon og lenke til undersøkelsen ble sendt på e-post til dekan eller instituttleder. Vi anbefalte at skjemaet ble fylt ut av en ansatt med kunnskap om nåværende undervisning i samfunnsodontologi. Samtykke ble

antatt ved at undersøkelsen ble utfylt elektronisk. En påminnelse ble sendt til de som ikke hadde svart etter to uker.

Resultatene fra programplattformen ble eksportert til et regneark (Microsoft Excel, Microsoft Corporation, 2016) og så overført til et statistikkprogram (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 (Armonk, NY, USA: IBM Corp.)). Enkle frekvenstabeller ble brukt for å rapportere svarene fra spørreskjemaet. Resultater om innholdet i læreplaner ble sammenlignet med tilsvarende tall i den europeiske studien (5). Chi-kvadrat-test ble brukt for statistisk analyse, med signifikansnivå på < 5 %.

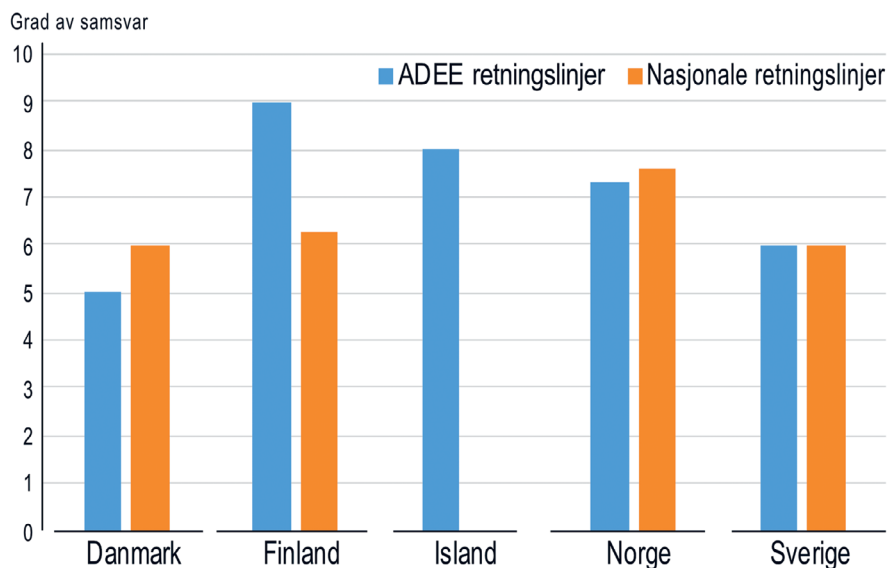
### Resultater

Tolv av 14 læresteder (86 %) svarte på undersøkelsen. To læresteder i Sverige svarte ikke. Nordiske odontologiske fakulteter/institutter er ganske små, pr år var antall studenter innen tannlege, tannlegespesialister og tannpleiere (hygienister) henholdsvis 8–80, 0–15 og 0–60.

### Avdelinger/enheter som underviser i samfunnsodontologi

De fleste lærestedene – 9 av 12 – hadde egne avdelinger eller enheter som underviste innen samfunnsodontologi. Betegnelse var vanligvis «Offentlig tannhelsetjeneste» (Dental Public Health) eller samfunnsodontologi, men det ble brukt ulike kombinasjoner av betegnelser. Lederne for disse enhetene var spesialister eller med spesialkompetanse innen samfunnsodontologi, og syv av disse var professor. Disse lærestedene rapporterte at grunnutdanning innen samfunnsodontologi ble koordinert av de respektive avdelinger, men ved noen læresteder var koordineringen delt mellom ulike andre avdelingen ved lærestedet.

Det var hovedsakelig akademiske spesialister innen samfunnsodontologi som ivaretok undervisningen, men andre spesialister og eksperter kunne være involvert. Ett lærested anga «... flere spesialis-



Figur 1. Grad av samsvar om hvor stor del av nåværende samfunnsodontologiske program som er i tråd med veiledningen til «Association for Dental Education in Europe» (ADEE) og nasjonale folkehelseveiledere oppført etter land.

ter i odontologi, men også andre fagfelter slik som jus, politiet, samfunnsvitenskap, filosofi og andre var involvert».

#### Undervisning i samfunnsodontologi: Plassering og omfang

Undervisningen innen samfunnsodontologi på grunnutdanningsnivå ble strukturert på flere måter. Ved fire læresteder var undervisningen longitudinell mens andre hadde en mer blandet eller blokkorganisert undervisning. Emnet ble undervist i ulike faser i studiet, noen i løpet av ett år, andre i alle studieårene. Omfanget av undervisningen varierte mellom 3 og 25 ECTS studiepoeng, med et gjennomsnitt på 10 poeng (et fullt studieår ved universiteter er 60 studiepoeng). Det ble brukt ulike evalueringsformer; eksamen via kursprover (bestått/ikke bestått), eksamen med graderte karakterer, skriftlig oppgave (essay) og kursarbeid eller oppgaveløsning var vanligst, men også andre evalueringsmetoder ble brukt.

Syv av lærestedene hadde spesifikke kurs i samfunnsodontologi for tannpleiere. To læresteder arrangerte slike etterutdanningskurs og videreutdanning for allmenntannleger.

#### ADEE og nasjonale retningslinjer

Hvordan respondentene bedømte hvor godt gjennomsnittlig samsvar det var mellom aktuelle programmer i samfunnsodontologi og retningslinjene fra ADEE og nasjonale føringer innen offentlig helsevesen i hvert land er vist i figur 1. De gjennomsnittlige skårene for hvert land varierte mellom 5 og 9. I Finland var det betydelig

høyere samsvar med ADEE-retningslinjene enn med de for nasjonale helsemyndigheter (figur 1).

#### Innhold i læreplanen

Tabell 1 viser en oversikt over undervisningen i samfunnsodontologi i de seks hovedområdene ved de europeiske og nordiske lærestedenes læreplaner.

Prosentvis fordeling av emner i læreplanene var generelt sett på samme nivå som i Europa, men emnene «Populasjonsdemografi og helse» og «Helsesystemer» var omfattet ved alle de nordiske tannlegeutdanninger (tabell 1).

Ulike fagemner i læreplanene innen offentlig tannpleie ved europeiske og nordiske læresteder fremgår av tabell 2.

I 20 av 32 emner var prosentandelen høyere ved nordiske læresteder sammenlignet med de europeiske. Andelen av emner innen feltet «Samfunnsodontologisk filosofi og tilnærming» var lavere i de nordiske land sammenlignet med de europeiske. For eksempel var temaet «Folkehelseutnærming og metoder og verktøy» signifikant lavere enn det europeiske nivået (58 % vs 89 %,  $p < 0.05$ ). Også emnet «Planlegging av helsefremmende tiltak» var oftere inkludert i europeiske læreplaner enn i de nordiske. «Planlegging og orale helsefremmende tiltak» var hyppigere i europeiske læreplaner enn i de nordiske. Emnet «Planlegging av orale helsefremmende tiltak» var vanligere i europeiske enn nordiske læreplaner. Derimot var emnet «Global oral helseutvikling» oftere inkludert i nordiske læreplaner (92 %) enn i europeiske (72 %) ( $p < 0.05$ ).

For fagemner som «Lik rett til helsehjelp» (92 % vs 68 %,  $p < 0.05$ ) og for «Godtgjørelse (refusjon) og betalingssystemer» (92 % vs 62 %,  $p < 0.05$ ) var forskjellen enda større i favor av de Nordiske land. «Forandringer i helsetjenesten» ble undervist i 83 % ved de nordiske tannlegeutdanningene mens tilsvarende tall for Europa var 56 % ( $p < 0.05$ ).

## Diskusjon

Denne studien gir verdifull og nyttig informasjon om undervisning i samfunnsodontologi i de nordiske landene. De fleste nordiske land har egne avdelinger eller seksjoner som har ansvar for undervisning i fagområdet samfunnsodontologi. Resultatene viser at denne undervisningen er på godt europeisk nivå, men ikke i alle sentrale fagemner. Dessuten er det stor variasjon mellom de nordiske landene og læresteder med hensyn til innhold, omfang og tilbud om opplæring.

### *Læresteder og samfunnsodontologiske avd/enheter*

De nordiske lærestedene er nokså små med hensyn til antall studenter sammenlignet med europeiske læresteder. De fleste europeiske læresteder er medlem i ADEE (2), mens alle nordiske læresteder er medlemmer. Hensikten med «Graduating European Dentist' guidance» er å videreutvikle og harmonisere læreplanene i grunnutdanningene i Europa, men ta hensyn til regionale, sosio-økonomiske og kulturelle forhold (3).

### *Undervisning i samfunnsodontologi*

Omfanget av undervisning i samfunnsodontologi i nordiske land var tilsvarende 10 studiepoeng (ECTS) i gjennomsnitt. Det kan ikke anses som et stort omfang siden totalt antall studiepoeng for et fem-års fulltidsstudium er 300 (6). Tar man hensyn til at en stor del av ADEE-retningslinjene (2,3) inkluderer samfunnsodontologi, kan man stille spørsmål om omfanget tilfredsstillende de gitte retningslinjer. Selv om det er betydelige forskjeller i undervisningen innen samfunnsodontologi i Europa (5) er det overraskende store forskjeller mellom læreplanene i de nordiske land. Undervisning i samfunnsodontologi ved ett lærested i Finland ble gitt i løpet av alle studieårene, med totalt 25 studiepoeng mens ved et annet lærested var undervisningen tilbudt i blokker med tre studiepoeng. Det er naturlig at klinisk kompetanse er sentral i odontologisk utdanning, men hvis hensiktsmessig utdanning ikke er tilgjengelig, hvordan kan da tannleger oppnå sine ferdigheter i folkehelseperspektivet?

Systemet med studiepoeng – ECTS – er et verktøy innen høyere utdanning i Europa for å gjøre studier og kurser mer transparente (7). ECTS-poeng representerer undervisning basert på læringsmål

innen definerte områder og undervisningsmengde. Dette er sentralt i Bolognaprosessen som skal gjøre nasjonale undervisningssystemer mer sammenlignbare internasjonalt.

Retningslinjer for læreplaner finnes innen flere odontologiske spesialitetsområder i Europa, men ikke innen samfunnsodontologi (3). Generelt er det publisert få studier relatert til offentlig tannpleie. En studie vurderte kliniske grunnutdanningsstudenter som deltok i et helseprogram i primærhelsetjenesten utenfor lærestedet (8). Studien av Rizvi og medarbeidere (5) er den første som omfatter undervisning innen offentlig tannpleie i hele Europa. Den europeiske studien identifiserte seks hovedområder innen samfunnsodontologi, der hvert hovedområde inkluderte flere fagemner. Disse emnene var utviklet av «EADPH Special Interest Group» basert på eksisterende litteratur, retningslinjer og samlet innsats fra konferansedeltakere (London 2012, Malta 2013, Göteborg 2014). Innholdet er i samsvar med tilsvarende beskrivelser av kjernekompetanse utarbeidet av «American Board of Dental Public Health» (9).

### *Læreplaner i samfunnsodontologi*

Som medlemmer i ADEE følger de nordiske lærestedene deres retningslinjer. Samsvar mellom læreplanene og retningslinjene ble ansett som godt blant respondenter fra Finland, Island og Norge.

Emneområdet «Lik rett til helsehjelp» var godt dekket ved de nordiske lærestedene (92 %), noe som gjenspeiler den nordiske velferdsmodellen og at det er stort fokus på likhetstanken. På den andre siden ble emner som «Offentlig folkehelsefilosofi, indikatorer og metoder» og «Planlegging i å fremme oral helse» undervist i mindre grad enn i Europa generelt.

Det er verdt å merke seg at disse viktige emnene innen samfunnsodontologi, som er sentrale elementer innen den nordiske velferdsmodellen, ikke er bredt inkludert i de nordiske læreplanene. Har det vellykkede arbeidet med å redusere kariesforekomsten endret tankegangen hos tannhelsepersonell og beslutningstakere? Det er viktig å erkjenne at helsefremmende tiltak og forebygging er essensielle komponenter innen god oral helse også i fremtiden.

Policy nedfelt i europeiske «Health 2020» vektlegger populasjonsperspektivet, reduksjon i ulikheter i helse og styrking av offentlig helsetjeneste. Innen odontologi er samfunnsodontologi et fortrinn for å oppnå disse målene, og for å styrke folkehelsen. «Health 2020» understreker også behov for å reformere utdanning og trening for helsepersonell gjennom samordning mellom utdanning og prioriteringer innen helsevesenet. Siden nordiske land har helsesystemer som ligner hverandre er det naturlig med aktivt samarbeid mellom land og læresteder.

**Tabell 2. Prosentandel av læreplanen (curriculum) i samfunnsodontologi i ulike fagemner ved de europeiske og nordiske tannlege-utdanningene.**

	Europeisk		Nordisk	
	Ja	Andre*	Ja	Andre*
<b>Samfunnsodontologisk filosofi og tilnærming</b>	Ja	Andre*	Ja	Andre*
Definisjoner av samfunnsodontologi	94	6	83	17
Offentlig folkehelsefilosofi, indikatorer og metoder	89	11	58	42
Sykdommer som utgjør et folkehelseproblem	90	10	75	25
<b>Populasjons demografi og helse</b>	Ja	Andre*	Ja	Andre*
Epidemiologi av oral helse	96	4	92	8
Epidemiologiske verktøy og indikatorer	97	3	100	0
Vurdering av orale helsebehov	89	11	100	0
Nasjonale orale helse forhold	88	12	92	8
Demografiske forhold	85	15	92	8
Sosiale forhold	79	21	75	25
Ulikheter i helse	82	18	83	17
Globale orale helse forhold	72	28	92	8
<b>Helsefremmende og sykdoms forbyggende arbeid</b>	Ja	Andre*	Ja	Andre*
Begreper og definisjoner av helse	95	5	92	8
Determinanter av helse	92	8	92	8
Evidensbasert helsefremmende tiltak	87	13	92	8
Atferdsendring	83	17	92	8
<b>Helse- og omsorgssystem</b>	Ja	Andre*	Ja	Andre*
Organisering av offentlige og private tannhelsetjenester	82	18	92	8
Infeksjonskontroll	80	20	67	33
Evidensbasert helsetjeneste	79	21	75	25
Oral helsepolitikk	76	24	92	8
Organisering og tilbud av helsetjenester generelt	72	28	67	33
Relevant helsepolitikk	72	28	92	8
Lik rett til helsehjelp	68	32	92	8
Godtgjørelse (Trygd) og betalingssystemer	62	38	92	8
Eksempel på endringer i helsetjenesten	56	44	83	17
<b>Tannhelsepersonell</b>	Ja	Andre*	Ja	Andre*
Roller og ansvar i tannhelseteamet	79	21	83	17
Oversikt over tannhelsepersonell	70	30	92	8
Ledelse innen tannhelse	56	44	50	50
Annet folkehelsepersonell	46	54	58	42
<b>Planlegging av helse og orale helse tiltak</b>	Ja	Andre*	Ja	Andre*
Eksempler på effektive folkehelse tiltak	81	19	83	17
Planlegging i å fremme oral helse	80	20	67	33
Planlegging av orale- og tannhelsetjenester	70	30	75	25
Planleggingsteorier	53	47	67	33

\* Inkluderer «Nei», «Vet ikke» og manglende svar.

«Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV)» samlet og koordinerte forskning og undervisning i perioden 1953–2014, men et slikt strukturert samarbeid finnes ikke i dag. Det er ønskelig med nye initiativ og også inkludere samfunnsodontologi. Verdens helseorganisasjon (WHO) uttrykker at mellomfaglig utdanning er et nøkkelement for å sette helsepersonell bedre i stand til å håndtere lokale utfordringer og behov (10).

Innen undervisning i samfunnsodontologi er utplassering («praksisstudium») i den offentlige tannhelsetjenesten anbefalt fordi det øker studentenes kliniske erfaring og øker bevisstheten om tjenestetilbud (11,12). Det gir også studentene bedre kunnskap og forståelse av sosiale determinanter innen helse (11,13) og tannhelsepersonells rolle i samfunnet (12). Bedre integrasjon mellom undervisning i samfunnsodontologi og helsetjenestesystemer ville være til fordel for alle parter.

Denne studien fokuserte på innhold og struktur av undervisningen innen samfunnsodontologi i de nordiske landene, men den tar ikke opp spørsmål om for eksempel undervisningspersonell eller hvordan undervisningen ble bedømt av studentene. Det er behov for studier for å sikre kvaliteten av undervisning i samfunnsodontologi i Norden fremover.

## Konklusjoner

I denne studien fant vi at undervisning i samfunnsodontologi i de nordiske land er på det europeiske nivået, men ikke innen alle sentrale emner. Det ble funnet stor variasjon mellom de enkelte land og de enkelte læresteder. Det er nødvendig å ha større oppmerksomhet på samfunnsodontologi i fremtiden, spesielt i en tid med store helsereformer i devnordiske landene.

## Takk

Forfatterne takker professor Jennifer Gallagher for hennes støtte med hensyn til «EADPH Special Interest Group survey». Vi takker også studiekonsulent Marit Stubdal for administrativ hjelp og alle nordiske respondenter i denne undersøkelsen.

## Sammendrag

**Mål:** Å kartlegge undervisning og innhold i læreplaner i samfunnsodontologi ved de nordiske tannlegeutdanningene og sammenlikne med europeisk standard.

**Metoder:** En tverrsnittsundersøkelse ble gjennomført ved de 14 nordiske tannlegeutdanningene i februar-mars i 2020. Vi brukte spørreskjemaet benyttet i «European Association for Dental Public Health (EADPH) Special Interest Group survey» i denne studien. De anonyme spørreskjemaene ble distribuert elektronisk til dekanene/lederne ved tannlegeutdanningene i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. En purring ble sendt til de som ikke svarte.

**Resultat:** Totalt svarte 86 % (12/14) av tannlegeutdanningene på undersøkelsen. De fleste utdanningene (9/12) rapporterte å ha en egen avdeling eller enhet for undervisning i samfunnsodontologi. Omfanget av undervisning varierte mellom 3 og 25 studiepoeng (gjennomsnitt: 10 studiepoeng). I de nordiske landene var undervisning i emnene «Lik rett til helsehjelp» (92 % vs. 68 %) og «Godtgjørelse og betalingssystemer» (92 % vs 62 %) godt dekket, mens «Folkehelseperspektiv og kunnskap» (58 % vs 89 %) var signifikant lavere enn det europeiske nivået.

**Konklusjon:** Denne studien viste at undervisning i samfunnsodontologi i Norden er generelt på det europeiske nivået, men ikke innenfor alle fagområder. Det er stor variasjon mellom de enkelte landene og utdanningsstedene.

## REFERANSER

1. Plasschaert AJ, Holbrook WP, Delap E et al. Profile and competences for the European dentist. *Eur J Dent Educ.* 2005; 9: 98–107.
2. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer Wet al. Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. *Eur J Dent Educ.* 2010; 14: 193–202.
3. Field JC, Walmsley AD, Paganelli C et al. The Graduating European Dentist: Contemporaneous Methods of Teaching, Learning and Assessment in Dental Undergraduate Education. *Eur J Dent Educ.* 2017; 21 (Supp 1): 28–35.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health 2020: The European policy for health and well-being. (lest 2020 april). URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>.
5. Rizvi N, Livny A, Chestnutt I et al. Dental Public Health Education in Europe: a survey of European Dental Schools to determine current practice and inform a core undergraduate programme. *Community Dent Health.* 2020; 37: 275–80.
6. Plasschaert AJ, Lindh C, McLoughlin J et al. Curriculum structure and the European Credit Transfer System for European dental schools: part I. *Eur J Dent Educ.* 2006; 10: 123–30.
7. European Commission. European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS). (lest 2020 april). URL: [https://ec.europa.eu/education/resources-and-tools/european-credit-transfer-and-accumulation-system-ects\\_en](https://ec.europa.eu/education/resources-and-tools/european-credit-transfer-and-accumulation-system-ects_en).
8. Holmes RD, Waterhouse PJ, Maguire A et al. Developing an assessment in dental public health for clinical undergraduates attending a primary dental care outreach programme. *Eur J Dent Educ.* 2011; 15: 19–25.
9. Altman D, Mascarenhas AK. New competencies for the 21st century dental public health specialist. *J Public Health Dent.* 2016; 76 (Supp 1): S18–28.
10. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. (lest april 2020). URL: [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/).
11. Smith M, Lennon MA, Robinson PG. Students' clinical experience on outreach placements. *Eur J Dent Educ.* 2010; 14: 7–11.
12. Gallagher J, Field JC. The Graduating European Dentist – Domain IV: Dentistry in Society, *Eur J Dent Educ.* 2017; 21 (Supp 1): 25–7.
13. Nandakumar, C, Robinson PG. Teaching dental public health to undergraduates using community profiles and patient case studies. *Community Dent Health.* 2011; 28,116–20.

## ENGLISH ABSTRACT

Virtanen J, Salehi M, Klock KS.

**Dental Public Health education in the Nordic countries**

Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 154–61

*Aims:* To explore Dental Public Health (DHP)/Community Dentistry education and curricula in the Nordic dental schools and compare these with European standard.

*Methods:* Cross-sectional survey of the Nordic dental schools was conducted in spring 2020. We used the European Association for Dental Public Health (EADPH) Special Interest Group survey questionnaire in this study. The anonymous questionnaires were sent electronically to dean/head of the dental schools in Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden. Reminders were sent to non-responders. The findings were compared with corresponding European ones.

*Results:* In total, 86 % (12/14) of the dental schools responded to the survey. Most of the dental schools (9/12) reported to have a

dedicated department or unit for teaching of DPH. The volume of DPH teaching ranged between 3 and 25 ECTS credits (mean: 10 credits). In the Nordic countries, subjects 'Equity of care' (92 % vs 68 %) and 'Remuneration and payment systems' (92 % vs 62 %) were well covered, but 'Public Health approach and skills' (58 % vs 89 %) was significantly below the European level.

*Conclusions:* The study found that DPH/Community Dentistry education in the Nordic countries is in general at good European level, but not in all subject areas. Great variation between the countries and schools exists.



**REHOLT**

Tannteknisk Laboratorium AS

PRESISJON I ALLE LEDD

Adresse: J.N. Jacobsensgt. 15 • Postboks 194 - 1601 Fredrikstad

Telefon: 69 31 15 12 • 69 31 74 48 • Telefax: 69 31 70 86

Email: post@reholt.no

**Labben som yter det lille ekstra**

**Vi vokser gjennom løftene vi holder.**

**Vi formidler tannteknikk hver dag - Fri frakt!**

DIGITALE AVTRYKK


**reholt@3shape.no**

**www.reholt.no**

## VISSTE DU AT FISK KAN ERSTATTE KJØTT I MANGE RETTER?

Mange av oss spiser oftere kjøtt enn fisk. Helst bør man spise fisk til middag to-tre dager i uken. Lag for eksempel laksetaco, fiskeburger eller fiskewok. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL  
[facebook.com/smaagrep](https://facebook.com/smaagrep)

 Helsedirektoratet



# PERFEKT I BILEN



✓ **UNIK EFFEKT**  
motvirker misfarging

✓ **XYLITOL**  
stimulerer spyttdannelse

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

# Bruk av responsteknologi i forelesninger: Erfaringer fra «Praksisstudiet» ved UiBs tannlegeutdanning

Rune Johan Krumsvik, Lise Øen Jones og Kristin S. Klock

Digital undervisning blir i disse koronatider ofte assosiert med nettundervisning via Zoom, Teams, etc., mens den før pandemien var mest knyttet til fysiske rom hvor undervisere brukte digitale verktøy. Vi gjennomførte en undervisningsstudie i perioden 2010–2019 i et auditorium med rundt 50 studenter og praksisveiledere knyttet til det årlige «Praksisstudiet» ved UiBs tannlegeutdanning (1). Vi ønsket å se nærmere på om det var mulig å skape mer interaktivitet under forelesninger.

Bakteppet for studien er prosjektet «Formativ vurdering i høyere utdanning» (<https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=516274>) hvor man allerede i 2007 erkjente at undervisning ikke bare kan basere seg på presentasjon av forskningsbasert kunnskap (empirisk forskning), men også at man må ta i bruk forskningsbaserte undervisningsformer. Vi valgte så ut en årlig forelesning knyttet til «Praksisstudiet» hvor praksisveiledning var hovedtema og hvor man hadde velkjente undervisningsmessige utfordringer. For da, som nå, ble det stilt spørsmål om verdien av forelesningen som undervisningsform (2) – spesielt forelesningens monologiske, passiviserende og lite interaktive vesen, samt dens fokus på overflatelæring (3). Selv om undervisningsformen forelesning kan gjennomføres nær sagt over alt, har det vært noe underkommunisert i universitetssektoren at undervisningskonteksten ofte er avgjørende for hva undervisere har mulighet til å realisere av andre undervisningsformer. Denker (4) poengterer at man i denne sammenheng må skille mellom hva som rent pedagogisk lar seg realisere avhengig av antall studenter. Rammen for vår studie var en forelesning på 60 minutter om «Pedagogiske

aspekt ved praksisstudiet tilrettelegging for læring i praksis» som en del av et dagsseminar med mange andre programposter, med ca. 50 deltagere og i et fysisk auditorium. Ut fra dette ville vi å belyse hvordan man kunne øke interaktiviteten ut fra de aktuelle kontekstuelle forholdene.

Siden forelesningen var – og er – en mye kritisert undervisningsform ønsket vi å gå bak stereotypiene om forelesningen for å se på om designbasert forskning, formativ vurdering/feedback og medierende artefakt («mentometer») kunne bidra til å gjøre den mindre monologisk og mer dialogisk enn den tradisjonelt har vært (5). For også under den aktuelle forelesningen knyttet til «Praksisstudiet», var det i 2010 preget av at svært få studenter tok ordet, det ble for mye monolog og tavleundervisning fra undervisers side og det var generelt lite interaktivitet. Vi la om undervisningsdesignet i denne forelesningen for å prøve å få studentene mer engasjert, skape nye «mulighetsøyeblikk», samt få deres «stemmer» frem tidlig i seminaret siden også praksisveilederne er til stede. Vi forsøkte å legge til rette for mer interaktivitet ved hjelp av videocaser, gruppediskusjoner, responsteknologi («klikkere», TurningPoint) og plenumsdiskusjoner, som vi også har brukt i andre slike undervisningsstudier (6).

Vår undervisningsstudie har vist at gjennom disse årene har man skapt mer interaktivitet i disse forelesningene. Det har også vist seg at studentene er langt mer aktive og åpne når de får respondere anonymt via slike digitale verktøy «in situ» (istedenfor å ta ordet), og gir gjerne uttrykk for sine stressorer knyttet til at de skal ut i Den offentlige tannhelsetjenesten for første gang. Og siden alle studentresponser kommer opp «live» der og da på skjermen foran, får praksisveilederne et godt innblikk i deres praksisstressorer, slik at de kan ta høyde for dette i samtaler de har med studentene senere på dagen.

Foreløpige erfaringer og funn fra dette undervisningsseminaret ble presentert under et nasjonalt veilederseminar i odontologiske fag på OsloMet-Storbyuniversitetet og er nå publisert (1). Selv om denne undervisningsstudien er liten og setter søkelys på undervisningsdesignet i en avgrenset kontekst (én forelesning 2010–2019), så ser man likevel at slike intervensjoner skaper mer interaktivitet

## FORFATTERE

**Rune Johan Krumsvik**, professor. Institutt for pedagogikk, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

**Lise Øen Jones**, førsteamanuensis. Institutt for samfunnspsykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

**Kristin S. Klock**, professor. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen



Eksempel på bruk av responsteknologi i forelesninger. Foto: privat.

og engasjement som kan danne grunnlag for å også se på didaktiske aspekter ved andre deler av «Praksisstudiet». Spesielt er dette aktuelt nå som det blir satset mer systematisk på videreutdanning av praksisveiledere for tannlegestudenter.

## REFERANSER

1. Krumsvik R, Jones L, Klock K. Student Response System in Dental Students' Education. Using a Student Response System and Peer Discussion to Raise the Awareness of the Importance of Good Professional Communication Skills in Practice Periods. *Designs for Learning*, 2020;12: 94–8.
2. Egelandstal K, Krumsvik RJ. Clickers and Formative Feedback at University Lectures. *Education and Information Technologies*. 2017; 22: 55–74.
3. Krumsvik RJ, Ludvigsen K. Formative E-assessment in plenary lectures. *Nordic Journal of Digital Literacy*. 2012; 7: 36–54.
4. Denker KJ. Student Response Systems and Facilitating the Large Lecture Basic Communication Course: Assessing Engagement and Learning. *Communication Teacher*. 2013; 27: 50–69.
5. Krumsvik RJ. Unpacking students' situated knowledge and reflections in large lectures. *British Educational Research Association (BERA)*. 2020 (<https://www.bera.ac.uk/blog/unpacking-students-situated-knowledge-and-reflections-in-large-lectures>).
6. Ludvigsen K, Krumsvik, RJ, Furnes B. Creating formative feedback spaces in large lectures. *Computer and Education*. 2020; 88, 48–63.



**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



# INTELLIGENT KOMPOSITT

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2 Universal



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



**1 FARGE FOR POSTERIOR**  
 Én enkelt universalfarge (U) er løsningen for alle posteriore restaureringer, uavhengig av fargen i målområdet.



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



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

## Oral sykdom og livskvalitet i Masaiområder i Nord-Tanzania



Foto: privat.

### LUTANGO SIMANGWA

Lutango Simangwa er tannlege og spesialist ved Muhimbili National Hospital, Tanzania. Han har vært ph.d.-kandidat ved Institutt for klinisk odontologi, seksjon for kariologi, Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen, med professor Ann-Katrin Johansson som hovedveileder og professor Anne Nordrehaug Åstrøm som medveileder.

Lutango Daniel Simangwa disputerte den 14. desember 2020 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Oral diseases and problems, and oral impacts on daily performances among adolescents living in Masai-populated areas in Tanzania».

Orale sykdommer og problemer utgjør et folkehelseproblem på verdensbasis. Tidligere studier har vist at smerte og funksjonsnedsettelse som følge av oral sykdom påvirker livskvaliteten hos enkeltindivider og befolkningsgrupper. Dårlig oral helse har også sammenheng med generell helse. Befolkningen i nord-Tanzania er lite utforsket. I avhandlingen presenteres tre studier som omhandler forekomst og fordeling av orale sykdommer og redusert oral helse relatert livskvalitet hos ungdom med ulik etnisk tilhørighet.

Resultatene viser blant annet at 65 % av de undersøkte ungdommene hadde dårlig oral hygiene; 41 % blødning i tannkjøttet, 9 % karies, 49 % dental fluorose, 1,9 % erosjoner, 16,5 % tannslitasje og 11,8 % hadde

kjeveleddbesvær. Ungdom med Masaibakgrunn hadde større forekomst av tannkjøttproblemer enn ungdom med annen etnisk bakgrunn i dette området. Karies og tannslitasje var minst hyppig forekommende blant ungdom med Masaiwbakgrunn. Videre viste studien at regelmessig tannbørsting, bruk av magadi (et tilsetningsstoff som anvendes for å effektivisere matlaging og som har høyt fluorinnhold) og tanngning var positivt assosiert med henholdsvis lite blødning fra tannkjøtt, større forekomst av fluorose og større forekomst av kjeveleddbesvær. Nedsatt oral livskvalitet var positivt assosiert med orale sykdommer og forekomsten av redusert oral livskvalitet var mindre blant Masaiungdom enn blant ungdom med annen etnisk bakgrunn i samme område.

Avhandlingen støtter antagelsen om at det finnes sosiale og etniske forskjeller i oral helse blant ungdom i Tanzania. Den gir dermed informasjon som er viktig for planlegging av tannhelsetjenesten.

## Antibacterial effectiveness and clinical outcome in retreatment of teeth with endodontic infection



Foto: @@@@@@@@@@

### HOMAN ZANDI

Cand.odont. Homan Zandi, lektor ved Avdeling for endodonti, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Oslo, disputerte 6. januar 2021 for graden ph.d. med avhandlingen «Antibacterial Effectiveness and Clinical Outcome in Retreatment of Teeth with Endodontic Infection». Utdelt emne for prøveforelesning var: «Contemporary evidence for optimal root canal irrigation». Zandi ble spesialist i endodonti fra samme universitet i 2006. Zandi er medlem av Den norske tannlegeforening (NTF), Den europeiske forening for endodonti (ESE), og Den amerikanske forening for endodonti (AAE).

Prognosen ved behandling av infiserte, tidligere rotfylte tenner, er noe lavere enn prognosen ved behandling av ikke-rotfylte tenner med infeksjon. I tillegg til de tekniske utfordringer som er forbundet med revisjon av fylte rotkanaler, kan slike tenner inneholde resistente bakteriearter, som kan motstå den antibakterielle effekten av de meste brukte desinfeksjonsmidlene under rotbehandlingen.

Et aktivt irrigasjonsmiddel er nødvendig for å eliminere eller redusere antall bakterier på en forutsigbar måte. Natriumhypokloritt (NaOCl) i konsentrasjoner fra 0,5 til 6 % har blitt anvendt som irrigasjonsmiddel med svært gode kliniske resultater. I tillegg til god antibakteriell effekt virker NaOCl ved å løse opp organisk stoff og nekrotisk vev. NaOCl kan imidlertid være skadelig for det periapikale vevet rundt rotspissen, særlig ved bruk av høyere konsentrasjoner (2,5–6 %).

Klorheksidin (CHX) i konsentrasjoner 0,1–2 % er et irrigasjonsmiddel som har gode antibakterielle egenskaper. CHX binder seg til hardvev og vil avgis derfra over tid. CHX ansees å være mer vevsvennlig enn NaOCl overfor det periapikale vevet.

Effekten på bakteriearter i en infisert rotfylt tann kan være forskjellig ved bruk av NaOCl eller CHX. Tidligere kliniske undersøkelser har sammenlignet de antibakterielle egenskapene til de ulike konsentrasjoner av nevnte stoffer ved behandling av ikke-rotfylte tenner med infeksjon med ulike resultater. Ingen tidligere studier har sammenlignet både den antibakterielle og kliniske effekten av disse stoffene ved behandling av infiserte rotfylte tenner.

Formålet med denne kliniske, randomiserte studien var derfor å sammenligne de antibakterielle effektene og kliniske resultater av behandling med 1 %NaOCl og 2 %CHX som irrigasjonsmiddel under

revisjonsbehandling. Avanserte molekylære metoder ble brukt for bakteriologiske analyser, og rotbehandlingene ble observert klinisk og røntgenologisk over en 4-års periode. Et annet mål for studien var å undersøke hvorvidt pre-operativ og gjenværende infeksjon målt som antall bakterier (DNA-kopier) påvirker tilhelingen etter langtids-oppfølgning.

Forsøket viste en betydelig reduksjon av antall infiserte rotkanaler, totalt antall bakterier, streptokokker som gruppe, og også *Enterococcus faecalis* som bakterieart. Det var ingen signifikante forskjeller ved den antibakterielle og den kliniske langtids-oppfølgningen mellom rotkanaler irrigert enten med 1 %NaOCl eller 2 %CHX.

Kalsiumhydroksid [Ca(OH<sub>2</sub>)] plassert som innlegg i rotkanalen etter irrigasjonen gav en ytterligere reduksjon i antall infiserte rotkanaler; men antall bakterier i de kanaler som hadde restbakterier etter innleggsbehandlingen, økte signifikant mellom behandlingsseansene.

I tenner som hadde et høyt antall bakterier, var det færre som ble komplett desinfisert av irrigasjonsmidlene, og slike tenner hadde også et dårligere klinisk-røntgenologisk sluttresultat. Dette peker på at det kan være viktig å redusere den bakterielle infeksjonen til et visst terskel-nivå for å oppnå tilheling.

De rotfylte tennene hadde infeksjon med et høyt antall mikrober som varierte både i type og mengde fra tann til tann. Etter utrensing og irrigasjon ble mengdene redusert, men ingen av midlene var særlig effektive i reduksjonen av kjente patogener som streptokokker og fusobakterier.

I de tennene hvor den nye rotfyllingen nærmet seg rotapeks sammenlignet med den opprinnelige rotfyllingslengden, fikk man signifikant økt tilheling.

## Er vi nærmere et alternativ til rotfylling?



Foto: Jørgen Barth, UiB.

### MOHAMED ALI

Mohamed Ali, f. 1989, er tannlege fra University of Science and Technology i Omdurman, Khartoum, i hjemlandet Sudan (2011). Hans interesse for «tissue engineering» førte til at han fulgte høyere utdanning ved Universitetet i Bergen i kvoteprogrammet. Doktorgradsarbeidet er utført ved Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Hovedveileder har vært førsteamanuensis Athanasia Bletsa og medveiledere ph.d. Manal Mustafa og professor Asgeir Bårdsen.

Mohamed Abdul Raouf Abdul Wahab Ali disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen den 8. desember 2020 med avhandlingen «Tricalcium silicate cements: in-vitro comparative studies of mechanical and biological characteristics of relevance to regenerative endodontics».

Når permanente tenner bryter frem, er røttene ikke ferdig dannet, wog det tar omtrent tre år fra frembrudd til ferdig rotutvikling. Hvis det oppstår behov for endodontisk behandling på grunn av karies eller traume i denne perioden, er det vanskelig å behandle unge tenner med tradisjonelle metoder. Da foretrekkes «regenerativ endodonti» det vil si rotbehandling som har som mål å gjendanne skadet pulpa og tapt dentin og styrke de umodne tennene. Trikalsium silikatsementer (TSC) er bioaktive keramiske materialer med mange kliniske bruksområder innen «regenerativ endodonti». I de ulike kliniske prosedyrene skjer det interaksjonen mellom TSC og stamceller hvor sementen er en viktig faktor for behandlingsresultatet. Ved bruk av TSC bør en ta hensyn til mulige mekaniske effekter på tennene.

I denne avhandlingen sammenlignet Ali og medarbeiderne tre av de hyppigst brukte TSC: White MTA-Angelus (MTA), Biodentine og TotalFill BC Root Repair Material PUTTY (TotalFill). Den cellulære responsen på

MTA, Biodentine og TotalFill ble evaluert i cellekulturreksperimenter ved bruk av humane beinmarg- og tannpulpastamceller. I tillegg ble overflatemikrohardheten til de tre materialene evaluert, og bruddmotstanden etter behandling av umodne tenner ble testet på en bovin tannmodell.

Studiene viste at stamcellene reagerte annerledes i kontakt med de forskjellige TSC. Biodentine påvirket celleproliferasjon minst og stimulerte til økt uttrykk av hardvevsmarkører. TotalFill hadde et betennelsesdempende potensial, uttrykt som oppregulering av antiinflammatoriske og blodkardannende (angiogenetiske) markører. Med hensyn til overflatemikrohardhet, var Biodentine desidert hardest, etterfulgt av MTA og til sist TotalFill. Selv om mikrohardheten var forskjellige hos de tre TSC-ene, så en ikke forskjeller i bruddmotstanden når materialene ble brukt på tenner med tynne dentinvegger.

Resultatene indikerer at disse materialene har både forskjellige biologiske- og mekaniske egenskaper. Riktig valg av TSC preparat innen «regenerativ endodonti» vil kunne ha betydning for gjendannelse av pulpa og dentin i unge tenner. De kliniske implikasjonene av funnene krever videre forskning på pasientene.

## Nye strategiar for beinregenerasjon



Foto: Jørgen Barth, UiB.

### SIDDHARTH SHANBHAG

Siddharth Shanbhag er utdanna tannlege frå India (2009) med masterutdanning frå Storbritannia (2011). Doktorgradsarbeidet er utført ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen, i samarbeid med Blodbanken og Gades Institutt ved Haukeland universitetssjukehus og Karl Donath Laboratory ved Universitetet i Wien. Prosjektet er delvis finansiert av NFR (Norges forskningsråd) og Helse Bergen. Hovudrettleiar for prosjektet har vore professor Kamal Mustafa og medrettleiarar professor Anne Isine Bolstad og postdoktor Salwa Suliman.

Siddharth Shanbhag disputerte den 18. desember 2020 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlinga «Xeno-free 3D Culture of Mesenchymal Stromal Cells For Bone Tissue Engineering».

Det er stort behov for nye måtar å behandla pasientar med komplekse beindefektar. I sitt doktorgradsarbeid har Shanbhag arbeida med å finna nye strategiar der han nyttar mesenkymale celler, såkalla stamceller, utan å tilsette serum frå dyr i dyrkinga av cellene. Han har også prøvd å finna liknande celler i oralt vev og dyrka dei i fleire lag, som 3D-sfæroider.

Dersom cellemembranen vert destruert i væske dannar det seg lysat. Det vart oppdaga at lysat frå humane blodplater kan fungera som eit godt alternativ til serum frå storfe, som tradisjonelt har blitt brukt til celledyrking. Lysat («Bergenlys») vart laga av utdaterte blodplater, i samarbeid med Blodbanken ved Haukeland universitetssjukehus. Vidare vart lagringstida for blodplater optimalisert for å laga eit best mogleg platelysat i høve innhald og celledyrkingseffektivitet. Ein særskild føremon med platelysat er at det betrar stamcellene si evne til å omdannast til beinceller.

Samtidig vart det oppdaga liknande celler i mjukvev frå munnhola (gingiva), som dei ein vanlegvis finn i beinmarg. Ein fordel med å bruke desse cellene er at påkjenninga er mindre for pasientane.

Stamceller vert i laboratoriet vanlegvis dyrka i eit lag (2D), noko som ikkje er representativ for tilhøva i kroppen. For å etterlikne dette dyrka Shanbhag og medarbeidarar celler frå både beinmarg og gingiva som 3D-sfæroider i dei neste studiane. Dei viste at dette betra mellom anna cellene si evne til å omdanne seg til beinceller.

Beinregenerasjonskapasiteten til celler dyrka i 3D vart også testa i prekliniske dyreforsøk. Her vart det brukt ein platelysatgelé saman med tilverka vekststillas som cellene vart dyrka på, og seinare implanterte anten under huden hos mus eller i beindefektar hos rotter. Studien viste at denne kombinasjonen hadde høgast beinregenerasjonskapasitet utan stor risiko for komplikasjonar. Dette har potensial for klinisk bruk i pasientar med komplekse beindefektar.



# 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.<sup>1</sup>



#### FLEXIBEL 3D SOFTWARE

Proprietary Spark™ Approver software, designet for å gi kjeveortopeden mer kontroll.<sup>1</sup>



#### 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.<sup>2-3</sup>



TruGEN-aligner materialet er krystallklart og Spark programvaren fantastisk.



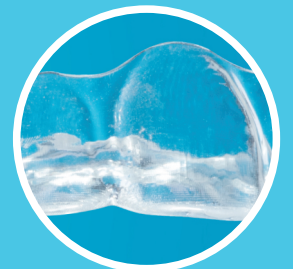
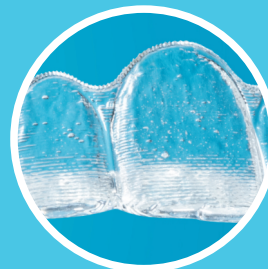
- Dr. Stuart Frost\*



MER GJENNOMSIKTIG, MER BEHAGELIG I BRUK<sup>1</sup>

Ledende aligner produsent

Spark™ Aligner



FREMTIDEN ER NÅ. BEGYNN I DAG

Kontakt kundeservice på mail [no@ormco.com](mailto:no@ormco.com)  
eller ring **+47 95 23 11 00** | [ormco.dk](http://ormco.dk)

**Ormco™**

\*Meningene sitert i dette materialet er fra Dr. Frost og Dr. Heinz. <sup>1,2,3</sup>Data on file.



*Du trenger ikke lete etter  
en bedre boliglånsrente.*

*Tannlegeforeningen har  
gjort det for deg.*

Boliglån

**1,35 %** nom.

1,41 % eff. rente\*

\* Pr. 2.2.21. Eff.rente 1,41 %, 2 mill., o/25 år, Totalt 2 371 063. Forutsetter at låntakere har lønnsinntekt og kort- eller regningsbetaling i Danske Bank.

Akademikerne Pluss tilbyr sammen med Danske Bank en bankavtale til alle medlemmene i Den norske tannlegeforening. Avtalen sikrer at du kan være trygg på å alltid ha blant markedets beste betingelser.

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner - nå og i fremtiden. Når og hvordan du ønsker å møte banken, er opp til deg.

Les mer på [danskebank.no/tannlegeforeningen](https://danskebank.no/tannlegeforeningen) eller ring oss på 987 05550



Den norske  
tannlegeforening

A<sup>+</sup> | akademikerne pluss

Danske Bank

# 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 uspesifikk, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer. Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningfullt 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:

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

Lepper/ansikt/kjever:

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

Generelle reaksjoner knyttet til:

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

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn  
 Ingen

Intraoralt:

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

Annet:

Lepper/ansikt/kjever

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

Annet:

Øvrige funn:

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

Annet:

Angi lokalisasjon:

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

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste protetiske erstatninger
- Avlegbare protetiske erstatninger
- Bittfysiologisk behandling
- Midlertidig behandling
- 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, ferriss, 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
- Avtrykksmaterialer
- 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: \_\_\_\_\_

**Bivirkingsregisterets 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: **Bivirkingsgruppen**  
**Arstadveien 19**  
**5009 Bergen**

Telefon: 56 10 73 10

E-post: [Bivirkingsgruppen@norceresearch.no](mailto:Bivirkingsgruppen@norceresearch.no)  
web: [www.bivirkingsgruppen.no](http://www.bivirkingsgruppen.no)

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS  
[www.norceresearch.no](http://www.norceresearch.no)

**Henvisninger**

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

- Nei
- Ja til
- Bivirkingsgruppen
- lønnelege
- 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

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

## Komplette IT-løsninger for helse

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

**Kontakt oss på telefon 51 22 70 70 eller gå inn på [upheads.no](http://upheads.no)**

# UPHEADS

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



**ORIS DENTAL**

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





Anne Rønneberg har blant annet forsket på tannlegers bruk av anestesi og sedasjon når de skal legge fyllinger i munnen på barn.

# God veiledning av yngre tannleger kan hindre tannlegeangst hos barn

Tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten har ulik praksis i bruk av anestesi og sedasjon når de skal legge fyllinger i munnen på barn i førskolealder. Om de er nyutdannet og hvilket land de har utdanning fra er av betydning for valget de tar – og det kan få innvirkning på om barnet utvikler tannbehandlingsangst.

 KARI ØVERBY, OD/UIO  
 INGAR STORFJELL, OD/UIO

**A**nne Rønneberg disputerte i oktober i fjor, og avhandlingen hennes utforsker barrierer og hva som fremmer best mulig behandling av barn i klinisk praksis.

– Jeg har sett på tannlegers holdninger – hva de tenker og gjør. Forskningen er satt inn i en biopsykososal sammenheng, det betyr at jeg har brukt en forståelsesmodell som tar hensyn til biologiske, psykologiske og sosiale forhold for å belyse de ulike delene, og for å sette problematikken inn i en samfunnsstruktur, forteller avdelingstannlege Anne Rønneberg ved Klinikk for allmenn odontologi barn, Universitetet i Oslo (UiO).

– Jeg har selv jobbet som tannlege, slik begynte jeg min karriere. Og jeg jobbet mange år i privat praksis før jeg ble spesialist i pedodonti. Jeg har behandlet alle aldersgrupper, hele bredden, og det har vært fint å ta med seg videre i dette arbeidet. Det bidro til at jeg gjorde meg noen tanker om hva jeg ville gjøre i avhandlingen min. Det er veldig mye vi ikke vet om tannlegers virke og jeg vil gjerne finne ut noe om det. Etter at jeg begynte i full stilling ved UiO for ti år siden hadde jeg etter hvert lyst til å forske ved siden av jobben, oppmuntret av mine kolleger ved UiO, først av professor Ivar Espelid, deretter av professor Tiril Willumsen.

### **FNs Barnekonvensjon og spørreundersøkelser**

Barnekonvensjonen er vesentlig i Rønnebergs avhandling og for hennes arbeid med behandling av barn.

– Den er implementert i norsk lov, og den har forrang, sier hun. Hvis norsk lov kommer på kant med Barnekonvensjonen så har sistnevnte forrang.

Avhandlingen består av to studier og i den første studien forklarer Rønneberg at hun har sett på tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Den andre studien tar for seg tannleger, fastleger og samarbeid med barneverntjenesten.

Metoden er basert på tverrsnittundersøkelser utført i form av spørreundersøkelser. Materialet bygger på undersøkelser av et representativt utvalg tannleger, spredt på by og land i hele Norge. Åtte fylker er tatt med. I den første studien er det lagt vekt på tannlegers holdninger. Den tar for seg tannlegers selvopplevde stress når de skal legge fyllinger i tennene på barn. Barna ble delt inn i ulike aldersgrupper 3–5 år, 6–9 år og 10 år og oppover. Det er særlig de små barna, i aldersgruppene 3–5 og 6–9 år, som er interessante i resultatsammenheng, forteller Rønneberg.

### **Tannleger i Den offentlige tannhelsetjenesten**

Et av hovedfunnene er at tannlegers selvopplevde stress var signifikant statistisk sett når de utfører fyllinger på barn opp til 10 år. De ble spurt om de ble engstelige når de skulle legge fyllinger på de yngste barna.

– Da bruker de kanskje lokalanestesi, tenkte vi, men det var kanskje det største sjokket, forteller Anne Rønneberg. 59 % brukte sjelden eller aldri lokal anestesi på barn i aldersgruppen 3–5 år og 30 % brukte sjelden eller aldri lokal anestesi på barn fra 6–9 år.

Gruppen 3–5 år omfatter dem som selv ikke greier å si hvor de har vondt og derfor var dette funnet mest overraskende. Behandlingen kan gjøre veldig vondt for barna, og kan skape unødvendig angst for tannbehandling senere, derfor kan anestesi være nødvendig for å forhindre dette.

– Funnet var veldig viktig, understreker Rønneberg, og dette burde undersøkes videre, kanskje i en kvalitativ studie, for å finne ut hvorfor det er slik. Grunner til dette kan være at tannlegen er redd for å stikke barn, dette kombinert med en allerede stresset situasjon kan gjøre det vanskelig, det er viktig å være trygg som tannlege i en slik situasjon. Ledere ute i tannhelsetjenesten burde vite om dette for å kunne ta tak i det.

### **Engstelige pasienter og bruk av tilvenningsteknikker**

I den første studien så Rønneberg også på bruk av tilvenningsteknikker. De studerte sammenheng mellom tannlegenes utdanning og kunnskap og hva slags behandling de tilbyr engstelige pasienter. I tillegg til hva slags kunnskap de hadde om behandling av tannlegeangst. De spurte også om de brukte tilvenningsteknikker.

– Vi så at de som ikke brukte tilvenningsteknikker var dem som ikke hadde kurs/etterutdanning i behandling av tannbehandlingsangst eller de hadde tannlegeutdannelsen sin fra land utenfor Norge, forteller hun. Her i Norge er vi opptatt av dette på lærestedene. Med tilvenningsteknikker så tenker vi på det å fortelle og vise det du skal gjøre på pasienten. Dette starter vi med fra dag en i undervisningen. Vi bruker tilvenningstrappen tell, show, do samt en rekke andre tilvenningsteknikker.

Det var statistisk signifikant forskjell på dem som var utdannet utenfor Norge sammenliknet med de som hadde grunnutdanning fra Norge. Opplevelsen deres av å behandle engstelige pasienter var også dårligere, de scoret lavere på følelse av egen mestringsevne, kalt self-efficacy i avhandlingen.

### Ulik behandling av alvorlig karies

I siste del av den første studien inviterte Rønneberg også inn spesialister i pedodonti. Gruppen med spesialister ble brukt som en gullstandard for hva som er beste praksis for akkurat denne undersøkelsen. De fikk presentert to kaser (femåringer), et barn som hadde mye alvorlig karies med smerter og et barn med alvorlig grad av karies uten smerter.

Barnet i første kasus hadde hatt mye vondt og klynget seg til mor, etter å ha hatt vondt hele natten. Undersøkelsen presenterte ulike alternative behandlingsmåter tannlegene kunne krysse av for: vente til pasienten var mer behandlingsmoden; innkalle etter 3–6 måneder; akuttbehandling samme dagen; holde barnet fast om nødvendig, bare for å få gjort det; gi time for tilvenning/behandling (innen noen uker); behandling under sedasjon; gi antibiotika og gi ny time for behandling (innen noen uker); henvise pasienten for tannbehandling i narkose.

Andre kasus viste et barn med karies som ikke så bra ut, uten at pasienten hadde vondt. Fem år gammel gutt møter til konsultasjon, har aldri vært der før. Gutten vil ikke ha behandling, er urolig og røntgenundersøkelse lot seg ikke gjennomføre. Ingen betennelse. Mor er ikke interessert i at sønnen skal ha behandling. Tannlegen beslutter at gutten skal få ny innkalling om ni måneder. Synes du tannlegen tok rett beslutning? Ja, eller nei, begrunn svaret.

– Vi fant ut at 50 prosent ville ha brukt sedasjon ved det første tilfelle, forteller Rønneberg. 83 prosent av spesialistene mente at sedasjon var den beste løsningen og beste praksis. 65 prosent av tannlegene ville gi ny time med tilvenning, og ikke gjøre noe der og da. I det første tilfelle ønsket mor at behandling skulle utføres med én gang. 12 prosent av tannlegene ville behandle med én gang og om nødvendig holde barnet.

Det var statistisk signifikant forskjell mellom dem som hadde utdannelsen fra Norden og dem som hadde utdanning utenfor. Flere av dem med utdanning utenfor Norden ville holde barnet under behandling. De eldste tannlegene med mest erfaring ønsket oftere å henvise til narkose og de yngste ønsket oftere sedasjon. Spesialistene ønsket å gjøre noe med én gang ved hjelp av sedasjon.

### Barnets beste interesse og fremtidig tannhelse

– Resultatene var interessante. Vi hadde med en professor i etikk i den ene artikkelen som presenterte etiske refleksjo-

ner. Grunntanken for hele avhandlingen er hva som er i barnets beste interesse, til barnets beste.

– Det psykososiale perspektivet er vesentlig, og dette har vært så viktig for meg å få frem for jeg ble så frustrert av å jobbe ute i distriktet og samtidig jobbe ved Det odontologiske fakultet. Jeg så hvor stor forskjell det var på tannbehandlingen. Noen steder i distriktene fikk de ikke lov til å behandle melketannkaries på barn, de skulle bare behandle når det gjorde vondt, og det endte ofte med at tenner måtte trekkes. Melketenner skulle man miste, men det kan oppstå mye smerter ved alvorlig karies i melketenner. Hvert år etter at tannlegestudentene har vært i praksis møter vi slike lignende historier. Dette mener jeg er et overgrep mot barn. Det er ikke i barnets beste interesse. Det er fremdeles mye strid rundt denne problematikken, derfor var det så viktig for meg, for selv om du bor i verdens rikeste land, så opplevde jeg at det var forskjell på hvor du vokser opp og hva slags helsetjeneste du får. Og hva gjør det med deg i et livsløpsperspektiv? Det kan skape unødvendig tannbehandlingsangst og kan legge hindringer for å gå til tannlegen og få viktig behandling senere i livet. God munnhelse er viktig for den generelle helsen.

Vi hadde barn som ble henvist til Det odontologiske fakultet for viktig behandling, og så nektet fylket å betale for behandlingen. Det kostet for mye penger å betale for behandlingen, den skulle heller gis lokalt. Det er ikke alle fylker som har spesialistbehandling for barn, derfor henvises de til Det odontologiske fakultet. For voksne finnes ulike typer spesialister, men kun én for barn, og de er det ikke mange nok av i Norge. Jeg er blitt veldig engasjert for å få noe forskningsbasert, og påpeke at praksis for behandling av barn strider mot barnets beste hver eneste dag.

Barn med sammensatte odontologiske problemstillinger bør få et behandlingsforløp utfra et livsløpsperspektiv. Utgifter dekkes av DOT frem til 18 år. Da vil en eventuell diagnose utløse Helfo-stønning, men det påregnes egenandel, og det kan bli svært kostbart å ivareta en god munnhelse. Ikke alle har økonomi til dette. Heller ikke alle blir ivare tatt gjennom barne- og ungdomsårene med spesialistoppfølging, her er det dessverre store nasjonale forskjeller. Det er fortsatt fylker i Norge som ikke har spesialister i pedodonti.

### Tannhelsetjenesten og barnevern

I privatpraksis hadde Rønneberg mange voksne pasienter med tannbehandlingsangst. Hun lurte på hvorfor voksne





Anne Rønneberg (t.h.) og Tiril Willumsen med fuglekasser fra Oslokassa i hendene. Meningen er at fuglekassene kan bidra til at pasienter som opplever tannlegeundersøkelser som ubehagelig får noe annet å tenke på, og dermed synes besøket er mindre skummelt.

var så redde for å gå til tannlegen. Hva har gjort at de er så redde? Dette spørsmålet stilte hun, og det hadde de aldri fått før.

– Å få et direkte spørsmål om hvorfor du opplever tannbehandling så angstfullt og samtidig sette av tid og lytte til pasientene, gjorde at jeg fikk en historie om overgrep og seksuelle overgrep. Det var helt ekstremt. Det var voksenbehandling, men da var jeg spesialist på barn og jeg tenkte hvorfor er ikke dette et tema i tannhelsetjenesten. Dette må vi tak i og løfte, tenkte jeg, for dette hadde ødelagt hele livet til vedkommende, som også var uføretrygdet. Pasienten var ødelagt psykisk og hadde også et ødelagt tannsett. Hun strevde også økonomisk, og hadde ikke ressurser til å restaurere et tannsett med svært stort behandlingsbehov.

Etter hvert kom det flere til Rønneberg med sine historier og hun tenkte hvordan kan vi få gjort noe med dette?

– For dette skjer med barn. Hvem er det de ser som kan ta tak i dette? Jo, det bør blant annet være tannhelsetjenesten, som gir gratis helsetjeneste fram til 18 års alder. Ingen helesinnstans ser barn så hyppig og jevnlig. Tannhelsetjenesten hadde da ingen rutiner som følger opp mistanke om barnemishandling, og det var ingen melderutiner. Det var ingen forskning på dette i Norge.

#### **Samarbeid med byrådet og fastlegene i Oslo**

Anne Rønneberg og Ivar Espelid (tidligere professor og fagleder ved OD, UiO) tok kontakt med byrådet i Oslo for denne andre studien i avhandlingen, og de ville gjerne være med på forskning om dette. De ville gjerne vite noe om fastlegene, også. Undersøkelsen gjelder bare tannhelsetjenesten i Oslo og fastlegene i Oslo. Rønneberg brukte en svensk undersøkelse som utgangspunkt og de stilte spørsmål om barnemishandling der hensikten også var å se om det var gjensidig samarbeid mellom tannhelse-

tjenesten, helsetjenesten og kommunens barnevernstjeneste.

Undersøkelsen ble tilpasset yrkesgruppene og de fikk mange svar fra tannhelsetjenesten, hele 78 prosent. Fastlegene hadde bare en svarprosent på 35 prosent, men det synes Legeforeningen var bra, ettersom fastlegene dessverre generelt svarer dårlig på spørreundersøkelser, sannsynligvis på grunn av stort arbeidspress. Tallene sier i hvert fall noe om trenden.

Av tannleger og tannpleiere i Oslo rapporterte 67 prosent om usikkerhet som en barriere for å melde bekymring til Barnevernet, 40 prosent av fastlegene rapporterte det samme. Man er redde for å gjøre feil, og 33 prosent av tannhelsepersonellet og 17 prosent av fastlegene oppga å ha hatt mistanke om barnemishandling uten å melde fra om sin bekymring. Nesten halvparten av fastlegene og 62 prosent av tannleger og tannpleiere rapporterte at de savnet faglig rådgivning i saker med mistanke om barnemishandling.

Vi har jobbet for at barnevernet også skal ta kontakt med tannhelsetjenesten i saker hvor de utreder bekymring i forhold til et barn. Tannhelsetjenesten ser barn jevnlig og kan besitte mye verdtfull informasjon i sakens anledning. På spørsmål om de hadde blitt kontaktet av barnevernet for opplysninger om et barn, bekreftet henholdsvis 90 % av tannhelsepersonellet og 99 prosent av fastlegene at det hadde de.

### Forbedring av tannlegers hverdag

Utfra resultatene er det en idé å vurdere en type mentorordning når studentene uteksamineres, slik at nyutdannede tannleger kan få støtte i starten av sin yrkeskarriere, sier Rønneberg.

Bruk av lokalanestesi ved fyllingsbehandling må få økt oppmerksomhet. Barn er en sårbar gruppe og evner ikke

alltid å sette ord på smerte og be om smertelindring. Videre bør tilvenningsteknikker legge vekt på å forhindre utviklingen av tannbehandlingsfrykt- og angst. Også bruk av sedasjon og henvisning for tannbehandling i narkose bør belyses.

Usikkerhet ved bekymring for et barn kan være en barriere for å melde bekymring til barnevernstjenesten. Samarbeid og kommunikasjon mellom tjenestene er viktig.

Avhandlingen har identifisert barrierer som krever mere inngående forskning og oppmerksomhet for å ivareta prinsippet om hva som er i barnets beste interesse i et biopsykososialt perspektiv.

### REFERANSER

- Rønneberg, Anne; Nordgarden, Hilde; Skaare, Anne B & Willumsen, Tiril (2019). Barriers and factors influencing communication between dental professionals and Child Welfare Services in their everyday work. *International Journal of Paediatric Dentistry*. ISSN 0960-7439. 29(6), s 684–691 doi: 10.1111/ipd.12507 Fulltekst i vitenarkiv.
- Rønneberg, Anne; Szyszko, Ewa Alicja; Bie, Thea Martine Granvoll; Willumsen, Tiril & Køpp, Unni Mette (2019). Klinisk rettsodontologiske undersøkelser ved Statens Barnehus – veier til tverrprofesjonell samhandling til barnets beste. *Den norske tannlegeforenings tidende*. ISSN 0029-2303. 129, s 884–892
- Rønneberg, Anne; Skaare, Anne B; Hofmann, Bjørn & Espelid, Ivar (2017). Variation in caries treatment proposals among dentists in Norway: the best interest of the child. *European Archives of Paediatric Dentistry*. ISSN 1818-6300. 18(5), s 345–353 . doi: 10.1007/s40368-017-0298-4 Fulltekst i vitenarkiv.
- Rønneberg, Anne; Strøm, Kjetil; Skaare, Anne B; Willumsen, Tiril & Espelid, Ivar (2015). Dentists' self-perceived stress and difficulties when performing restorative treatment in children. *European Archives of Paediatric Dentistry*. ISSN 1818-6300. 16(4), s 341–347 . doi: 10.1007/s40368-014-0168-2
- Strøm, Kjetil; Rønneberg, Anne; Skaare, Anne B; Espelid, Ivar & Willumsen, Tiril (2015). Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. *European Archives of Paediatric Dentistry*. ISSN 1818-6300. 16(4), s 349–355 . doi: 10.1007/s40368-014-0169-1
- Veronicha Larsen, Pedersen; Strand, Nina; Willumsen, Tiril & Rønneberg, Anne (2015). Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling. *Den norske tannlegeforenings tidende*. ISSN 0029-2303. 125(4), s 320–326
- Rønneberg, Anne (2011). –Kan tannhelsetjenesten være en viktig samarbeidspartner i forbindelse med omsorgsvikt og barnemishandling?. *Paidos: Tidsskrift for Norsk barnelegeforening*. ISSN 1503-5360. 29(2), s 74–75
- Gladyszak, Kathrine Kloppen; Rønneberg, Anne; Espelid, Ivar & Bårdsen, Marit Lillevik (2010). Tannhelsetjenesten – en viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barn utsettes for omsorgsvikt og mishandling. *Tidsskriftet Norges Barnevern*. ISSN 0800-1014. 87, s 224–230

# DU KJØPER IKKE BARE EN UNIT, MEN ET LIVSLANGT FORHOLD!

Kontakt oss for et godt tilbud!

UnicLine S står for  
kvalitet, service, dansk  
design, **ergonomi** og  
instrumentoppheng i  
verdensklasse.



Med snart **3000**  
**uniter** levert i  
Norge er det ikke  
rart den blir kalt  
Norgesuniten.

Tlf.: 38 27 88 88  
salg@dentalnet.no  
dentalnet.no/uniclines

**dental sør**  
OPPLEV 1. KLASSE

**hekadental**<sup>®</sup>

# Vellykket satsing på utsatte grupper

 JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

I nesten ti år har tannhelsetjenesten i den danske byen Kolding drevet et lokalt og vellykket initiativ rettet mot byens utsatte grupper. Nøkkelen til suksessen er en god samarbeidspartner og et godt etablert og pedagogisk opplagt behandlingsprogram.

**F**lere ganger i uken står tannleger i byen Kolding på Sør-Jylland klare til å gi tannbehandling til byens mest utsatte personer.

Initiativet som startet i 2014 er i dag permanent og komplettert med et parallelt nasjonalt program for tannhelse for personer som befinner seg utenfor det etablerte samfunnet.

Tilbudet i Kolding er knyttet til den danske sosialtjenesteloven, der utsatte grupper som har dårlig økonomi kan søke økonomisk stønad til tannbehandling.

– I 2014 startet vi et samarbeid med «Folkekjøkkenet» her i Kolding, det er et sted der hjemløse kan gå for å få seg et måltid, sier Chris Holm Christensen, overtannlege ved den offentlige tannhelsetjenesten i Kolding.

I løpet av de åtte årene som tilbudet om tannbehandling for utsatte grupper har eksistert, har vi tilpasset det for å gjøre det lettere å komme i kontakt med dem som

trenger å oppsøke tannhelsetjenesten, men som av forskjellige grunner ikke gjør det.

– I et par år nå har vi samarbeidet med den offentlige arbeidsformidlingen i Kolding, Jobcentret. De som søker arbeid og de som søker seg til utdanning er ofte motiverte til å oppsøke tannlege, men kan av en eller annen grunn ha problemer med å starte prosessen på egen hånd. I tillegg har de som er registrert hos arbeidsformidlingen muligheten til å søke om økonomisk stønad til behandlingen.

Til å begynne med får de en verdikupong på DKK 600, som kan brukes til en første undersøkelse. De kan deretter søke om tilskudd til videre behandling etter at en fullgod behandlingsplan er opprettet av valgt tannlege.

## Hver uke

Hver mandag får tannklinikken på helsesenteret i Kolding sentrum, en by med nesten 60 000 innbyggere, besøk av Jobcentret og en gruppe potensielle pasienter som er registrert hos arbeidsformidlingen. I det første stadiet hvor den enkelte mottar innledende informasjon, er det viktig å gå forsiktig og uformelt frem og på forskjellige måter forsøke å hjelpe til med å passere de ulike administrative hindringene.

– Hvordan vil du i dag karakterisere interessen blant de som kommer til dere gjennom samarbeidet med arbeidsformidlingen?

– Det er en stor interesse i dag, og det har det vært lenge. I dag er vi nødt til å sette mange på ventelister fordi alle ikke kan få behandling så fort som de ønsker. Hvert besøk resulterer vanligvis i at tre eller fire personer vil søke seg videre for å få en første undersøkelse.

Bakgrunnen for den store interessen, ifølge Chris Holm Christensen, er at klientene på Jobcentret har en god motivasjon for å søke tannbehandling som en del av veien mot en fremtidig jobb eller studier.

### Privat klinikk

Avtalen som gjelder for det kommunalt finansierte prosjektet er at de som velger å fortsette med behandlingen må gjøre det hos en privat tannlege. Dette er for at alle skal ha samme konkurransevilkår og for at den enkelte skal ha mulighet til å velge sin egen tannlege.

En forklaring på at satsingen har blitt så vellykket, kan være at prosessen er så enkel.

– Mange av disse personene er lei av samtaler med forskjellige støttepersoner og all administrasjon som ofte kreves for at de skal kunne dra nytte av et tilbud. Vi prøver å gjøre alt så enkelt som mulig uten administrativt bry. Det viktige er å kunne foreta en rask vurdering av tannstatus og være forberedt på å svare på spørsmål som vi ikke alltid er så vant til å få. Det kan også være et veldig emosjonelt møte fordi mange er veldig lei seg over tannstatusen sin, sier Chris Holm Christensen.

Det er viktig å være sosialt kompetent for å kunne håndtere de forskjellige situasjonene.



Den offentlige helsetjenesten i Kolding i Danmark driver et vellykket program i samarbeid med private tannleger for å få utsatte personer inn til tannbehandling. – Vi hjelper disse personene videre i livet, noe som er positivt både for den enkelte og for samfunnet, sier Chris Holm Christensen, overtannlege ved den offentlige tannhelsetjenesten i Kolding. Foto: Kolding kommune



## 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 opphenting, ring oss på 55 59 81 70, så ordner vi resten for dere

**Vi tar også imot digitale avtrykk fra alle kjente system**

– Som undersøkende tannlege for denne gruppen, må du være forberedt på å lytte til deres skjebner og historier, og det må være rom for det. Tanken er at når de går herfra skal pasienten føle seg trygg på en kommende behandling og føle at noen har hatt tid til å lytte til dem.

### **Hensyn**

Den innledende undersøkelsen i forbindelse med det første møtet, er omfattende og veiledende for fremtidig behandling.

– Det kan ofte bli mer samtale enn behandling. Siden det ikke alltid er økonomisk mulig å tilby de virkelig kostbare behandlingene gjennom denne ordningen, må vi finne passende løsninger, for eksempel proteser i stedet for implantater. Dette kan skape sinne og litt uenighet, men vi må kunne takle det også. Derfor er det bra hvis tannlegen som gjør undersøkelsen, har erfaring med å håndtere personer med underliggende sosiale problemer.

Evnen til å bygge relasjoner kan være avgjørende for om en pasient går i behandling eller ikke.

– Møt hverandre i øyehøyde, ta hensyn til ordvalg og tiltalemåter som gjør at pasienten risikerer å føle seg mindreværdig. Vær forsiktig med å bruke fagtermer som får pasienten til å føle seg usikker eller ikke forstår.

### **Ett system**

Ifølge opplysninger fra Jobcentret i Kolding velger halvparten av de som får en første undersøkelse å fortsette med behandlingen. Når konsultasjonen er fullført, er det opp til den enkelte å søke privat tannhelsetjeneste for behandling. Den årlige kostnaden for satsingen er cirka

120 000 DKK, hvorav det meste er kompensasjon til private tannleger og klinikkassistenter som utfører den første mer grunnleggende undersøkelsen, etter møtet i den offentlige tannhelsen.

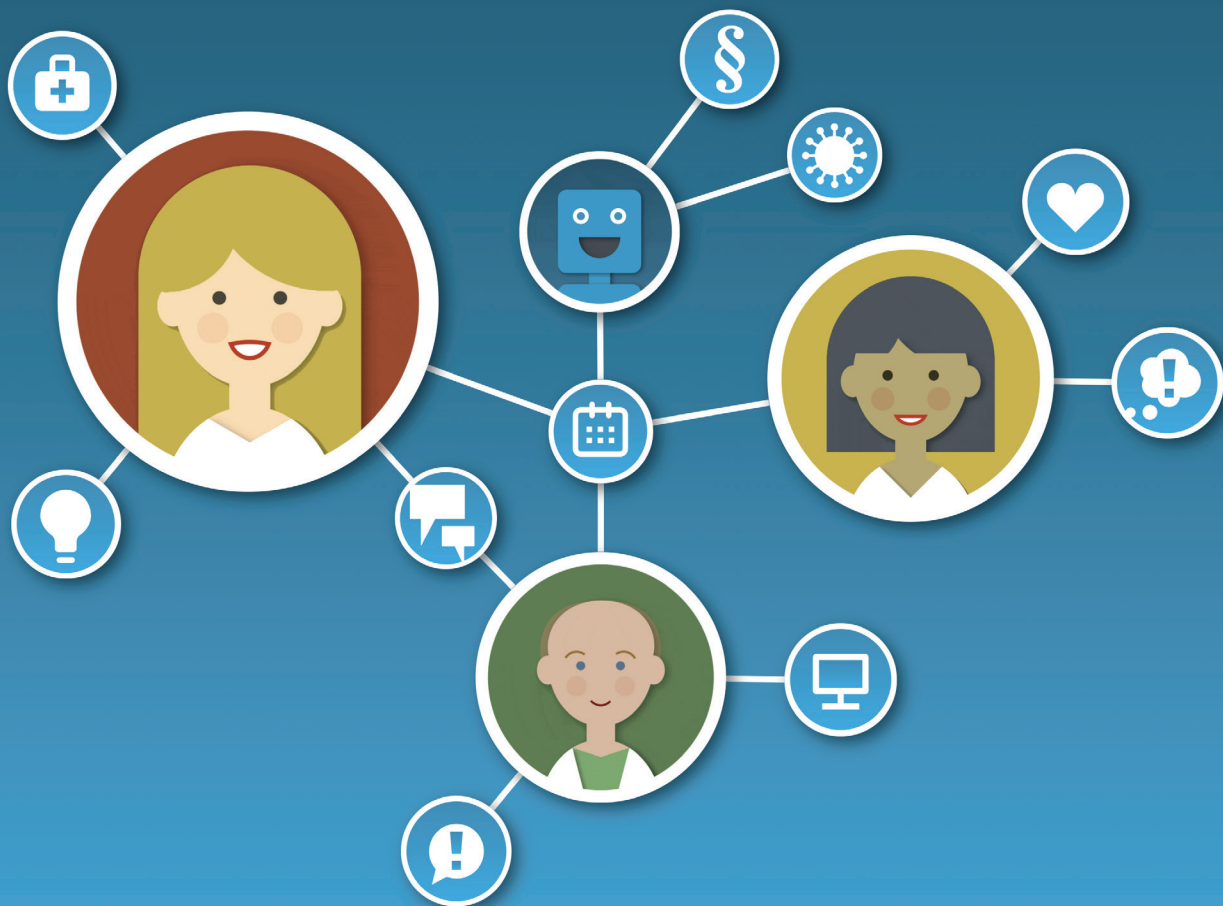
I 2020 trådte en ny dansk lov i kraft om tannhelse for sosialt utsatte personer. Denne er rettet mot de som på grunn av alkohol-, narkotika- eller annet misbruk normalt ikke søker regelmessig tannbehandling. Dette tilbudet, «sosial tannbehandling», bør sees på som en mulighet for de som er i sosialt utenforskap, men som ikke er i noen prosess for å søke jobb eller utdanning.

Programmet «sosial tannbehandling» er landsdekkende og kompletterer blant annet initiativet som startet i Kolding i 2014 når det gjelder å fange opp utsatte grupper til tannhelsen.

– Her har vi et samarbeid med sosialtjenesten, og med «gatepleierne» som jobber med hjemløse og med rusmisbrukere.

Selv om vi bare har vært i gang i et par måneder, merker vi en ganske stor interesse for å oppsøke tannbehandling blant disse personene. Chris Holm Christensen håper at det på sikt også vil være juridisk mulig for den offentlige tannhelsetjenesten å behandle pasientene som kommer fra det lokale Jobcentret.

– Vi har god kunnskap eller «know-how», og det kan være avgjørende for å skape en god relasjon og trygghet gjennom behandlingsprosessen. Forhåpentligvis kan de to forskjellige initiativene slås sammen til ett tilbud rettet mot individer som er sosialt utsatte på forskjellige måter, avslutter Chris Holm Christensen.



## Velorganisert.

God organisering er nøkkelen til trygg og effektiv drift. TrinnVis er et komplett system for alt fra smittevern og personvern til avtaler og permitteringsregler.

TrinnVis hjelper deg å fordele oppgaver og ansvar. Faste rutiner og enkeltoppgaver vises i en felles ukeplan, og bemanningskalenderen holder oversikt over ferie og fravær. En ny møtemodul forenkler gjennomføring av møter og medarbeidersamtaler.

Vi samarbeider med de ledende profesjonsorganisasjonene for å sørge for at du alltid er oppdatert på regelverket som gjelder for din virksomhet, også skiftende regler og råd for en smittesituasjon i stadig utvikling. Når reglene endres, blir rutiner og retningslinjer i din TrinnVis-konto automatisk oppdatert.

Gå til [trinnvis.no](http://trinnvis.no) og finn ut hva et helhetlig driftssystem kan gjøre for din praksis.

 **TrinnVis**

utvikles i samarbeid med



# Godt arbeidsmiljø høyner kvaliteten på tannbehandlingen

Klinikkpersonalets egen vurdering av kvaliteten på arbeidsplassen kan være et godt verktøy for å avdekke mangler i selve tannbehandlingen.

 JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

**D**ette fremgår av en svensk forskningsrapport som undersøkte forholdet mellom personalets opplevde kvalitet på klinikken og objektive kvalitative mål for tannbehandlingen.

Forskningsprosjektet tar sikte på å undersøke hvor viktig det organisatoriske og sosiale arbeidsmiljøet er for kvaliteten på tannbehandlingen. Studien er begrenset til å undersøke i hvilken grad utførelsen av teknisk krevende oppgaver, som komposittfyllinger langt bak i munnen, målt i holdbarhet, påvirkes av de sosiale relasjonene på klinikken og av arbeidsbelastningen. Ifølge den erfarne forskeren, Hanne Berthelsen, er holdbarheten av fyllinger et viktig aspekt av tannbehandlingskvaliteten. Et annet aspekt som tas opp er om pasientene får en årsaksrettet behandling i form av for eksempel forebygging når de får kariesdiagnosen.

– Kvaliteten på tannfyllinger har vært et tema i hvert fall siden 60-tallet, fordi det er en grunnleggende oppgave innenfor tannhelsetjenesten. Mens en høykvalitativ restaurering kan stoppe kariesprosessen lokalt, endrer det derimot ikke pasientens risikoprofil. Dette krever årsaksrettede tiltak. Derfor mener vi at disse to resultatmålene sammen utgjør et viktig aspekt av klinisk kvalitet, sier

Hanne Berthelsen, dosent i ledelse og organisasjon, og med 20 års erfaring i tannlegeyrket og som leder.

Prosjektets intensjon er blant annet å belyse og legge til ny kunnskap om den komplekse sammenhengen mellom klinikkens organisatoriske og sosiale arbeidsmiljø på den ene siden og tannbehandlingskvaliteten på den andre.

Undersøkelsen er begrenset til den svenske offentlige tannhelsetjenesten.

– Den har relativt store klinikker og har tilgjengelige registerdata om utført arbeid, noe som gir et godt grunnlag for denne typen studier, sier Bertelsen.

## Offentlig tannhelsetjeneste

Høy kvalitet på arbeidet er vanligvis et kriterium som gir ganske umiddelbare positive spin-off-effekter på klinikkens virksomhet.

– Høy kvalitet på utførelse resulterer i fornøyde pasienter som i sin tur betyr godt omdømme og gode anbefalinger. I tillegg skaper fornøyde pasienter og fornøyde ansatte arbeids glede og god atmosfære. I den sammenhengen skal man ikke undervurdere lagarbeid, det er viktig å jobbe godt sammen og bli kjent med hverandre.

I forskningsstudien svarte 908 personer fra 74 forskjellige svenske offentlige tannhelseklinikker i fire svenske fylker





Den svenske forskeren, Hanne Berthelsen, har undersøkt sammenhengen mellom svakheter i arbeidsmiljøet og kvalitetsarbeidet ved tannklinikker. – Flere klinikker bør sette av mer tid til å jobbe mer aktivt for å forbedre arbeidsmiljøet, sier hun.. Foto: Malmö Universitet.

på en undersøkelse med spørsmål om velvære, støtte, fellesskap med mere på arbeidsplassen, og om hvilken kvalitet de opplever at klinikkens tannbehandling har. Svarprosenten på undersøkelsen var 73 prosent.

Gjennomsnittlig antall ansatte ved de undersøkte klinikkene var 16 personer. Andelen tannpleiere som deltok i undersøkelsen var mer enn dobbelt så mange som antallet tannleger, noe som til en viss grad gjenspeiler personalets sammensetning innen den offentlige tannhelsetjenesten. Disse dataene er deretter blitt matchet mot data om antall og type tannfyllinger etc. på disse klinikkene og hva som skjedde med fyllingene i løpet av de tre til fire årene etter at de ble gjort. Disse dataene er samlet inn fra

det landsdekkende svenske kvalitetsregisteret for karies og periodontitt (SKaPa), og fra det svenske statistiske sentralbyrået (SCB) har forskerne samlet inn data om pasientenes bakgrunn. Det er tatt hensyn til pasientens inntekt, kjønn, alder, utdanning og fødeland. Ifølge statistikken går hver femte tannfylling i stykker innen fem år etter at den er utført. Tannfyllinger som må byttes ut for tidlig er en ekstra kostnad for både pasienten og for samfunnet, i tillegg opplever pasienten smerte og ubehag.

### **Sammenheng**

Det aktuelle forskningsprosjektet *Betydningen av det organisatoriske og sosiale arbeidsmiljøet for tannbehand-*

*lingskvaliteten* viser at ansattes vurdering av tannbehandlingskvaliteten er et verktøy som kan brukes i arbeidet med å forbedre og utvikle kvalitetsarbeidet i klinikkens operative del.

Den vurderingen som ble gjort av hele personalgruppen eller av tannpleierne når det gjelder kvaliteten på tannbehandlingen som helhet på en klinikk, kan dermed sies å forutsi risikoen for at en tannfylling, som et resultat av en kariesdiagnose, må byttes ut for tidlig og innen en treårsperiode.

– Resultatene vi har fått indikerer at personalets vurdering av kvalitetsnivået ved klinikken er et enkelt og billig verktøy som vi kan benytte oss av for å oppdage eventuelle mangler i kvalitetsarbeidet knyttet til selve tannbehandlingen, sier Hanne Berthelsen.

Tannhelse er en forskningsintensiv bransje når det gjelder tekniske prosesser, holdbarhet og materialer osv. Men forskning med oppmerksomhet på arbeidsmiljøet er sannsynligvis ikke like vanlig som i andre helsesektorer.

– Det er egentlig ganske overraskende med tanke på at den største utgiften er personalkostnader. Forskning fra andre deler av helsesektoren viser at det er en klar sammenheng mellom et godt arbeidsmiljø, høyere kvalitet på utførelsen og i forlengelsen bedre helse for pasientene. Vi vet fra en tidligere studie at arbeidsmiljøfaktorer er viktige for hvordan personalet opplever kvaliteten ved en klinikk.

Ifølge Hanne Berthelsen er det et stort potensiale for forbedringer innenfor tannhelsetjenesten dersom man velger å være mer interessert i arbeidsmiljøet. Kanskje vil interessen for dette området øke hvis koblingen mellom arbeidsmiljø og kvalitet lettere kan bedømmes ut fra et økonomisk perspektiv.

– Det finnes definitivt potensiale for økonomiske gevinster. Et godt arbeidsmiljø resulterer i lavere sykefravær og gjør det lettere å beholde kompetent personale, men også lettere å rekruttere nytt personale. Hver gang en

ansatt må byttes ut med en ny koster det tid og ekstra arbeid for annet personale i løpet av innkjøringsfasen.

### Åpenhet

Ifølge Hanne Berthelsen kan rapporten åpne for at det i fremtiden blir lettere å ta opp spørsmålet om arbeidsmiljø dersom det har en direkte kopling til kvaliteten på utførte behandlinger, og denne koblingen burde muliggjøre endringer i synet på arbeidsmiljøet blant ansatte og ledelse på arbeidsplassen.

– De fleste aktører innen tannhelsetjenesten har opprettet verdibaserte program, men det er et helt annet spørsmål om og hvordan disse praktiseres og etterleves. En måte å forbedre arbeidsmiljøet på kan være å prioritere en ledelse som ser viktigheten av trivsel ved klinikken og hvordan det påvirker kvalitetsarbeidet.

Det faktum at tannhelsetjenesten ofte blir nevnt parallelt med andre helsetjenester, kan være en grunn til at det innen segmentet ikke forskes mer på området hvis temaet ikke er spesielt knyttet til hovedyrket.

– Tannhelsetjenesten lever litt sitt eget liv. Den vil sannsynligvis vinne på å bli litt mer åpen for å initiere forskning som kan utvikle bransjen og virksomhetene, og da gjerne ved å tiltrekke seg forskere som ikke har noen direkte tilknytning til næringen og på den måten bidra til mer tverrfaglig forskning innenfor tannhelseområdet.

– Hvilke råd gir du til klinikkene som vet at de bør legge mer tid og krefter i å forbedre klinikkens arbeidsmiljø for å styrke kvalitetsarbeidet?

– Vær åpen og stimuler til dialog for å indentifisere problemer og vanskeligheter som hindrer utviklingen av arbeidsmiljøet, og fremfor alt prøv å definere de innslagene som gir energi og arbeidsglede. Tenk mer på arbeidsmomentet enn på enkeltpersoner, og ikke vær redd for å ansette ekstern kompetanse for en forbeholdsløs vurdering av mangler og muligheter i egen organisasjonen, avslutter Hanne Berthelsen.

# 3 pasienter 2 istedenfor

på samme tid – uten å gå på  
akkord med kvaliteten\*



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

Effektiv  
Estetikk



Isolere



Bonde



Restaurere



Herde

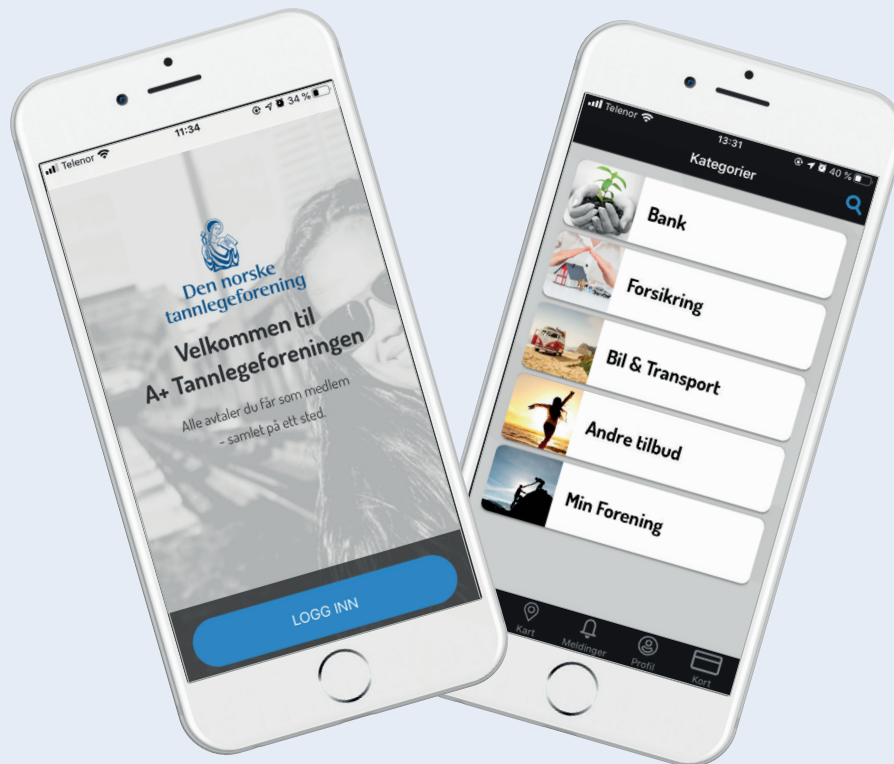
[www.ivoclarvivadent.se](http://www.ivoclarvivadent.se)

Ivoclar Vivadent AB

Sales representative Norge: Anita Moen, mobil: 95 16 39 00  
Gustav III:s Boulevard 50 | SE-169 74 Solna | [info@ivoclarvivadent.se](mailto:info@ivoclarvivadent.se)

ivoclar  
vivadent®  
passion vision innovation

# Medlemsapp A+ Tannlegeforeningen



NTF lanserte høsten 2020 en ny medlemsapp i samarbeid med Akademikerne Pluss. I appen finner du nyttig informasjon om ditt medlemskap og en oversikt over alle medlemsfordeler og fordelsavtaler.

Appen finnes tilgjengelig i App Store og Google Play. Last ned og logg inn med e-postadressen du har registrert på ditt medlemskap i NTF (Min Side). NB: E-postadressen må være unik.

Se [www.tannlegeforeningen.no/medlemskap](http://www.tannlegeforeningen.no/medlemskap) for mer informasjon om appen og dine medlemsfordeler

# Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



# Intervju med Torbjørn Fauske, leder av NTFs valgkomité

TONJE CAMACHO

## Hva er valgkomiteens viktigste oppgave?

– Valgkomiteens oppgave er å avgi innstilling til representantskapet om kandidater til alle verv som ifølge NTFs vedtekter og andre bestemmelser skal velges av representantskapet. Tradisjonelt har dette arbeidet basert seg mye på tilstedeværelse fra valgkomiteens side, ved sentrale NTF møter og kurs. Dette har vært en nyttig arbeidsform, både for å kunne rekruttere nye interesserte medlemmer, men også ha dialog med tillitsvalgte og observere dem i arbeid.

## Hvordan har dere strukturert arbeidet deres i annerledesåret 2020?

– Dessverre skulle denne komitéperioden bli helt annerledes i så måte. Pandemien tvang allerede i fjor vår alle slike NTF arrangementer over på digitale plattformer, og det kan se ut som dette i alle fall fort kan vare ut mesteparten av dette året også. Valgkomiteen måtte derfor legge om alt av arbeidsplaner, og flytte over til nettbasert aktivitet. Dette gir oss store utfordringer, men uansett planlegger vi for å kunne avgi en innstilling til høstens representantskapsmøte.

## Hva skjer i tiden frem til Representantskapsmøtet? Hvordan jobber dere med innkomne forslag til kandidater?

– Vi vil utover våren blant annet ha nettmøter med lokal- og spesialistforeningslederne, og i tillegg ha samtaler både med tillitsvalgte og aktuelle nye kandidater. Uansett vil ikke dette

kunne erstatte de fysiske møtene, så derfor er det viktigere enn noen gang at medlemmene bruker forslagsretten sin på kandidater, og tar kontakt med valgkomiteen eller lokalforeningene sine.

## Hvem bør stille til valg, og hvorfor?

– NTF har et utall av flinke og engasjerte medlemmer så for alle som har interesse og tid, er tillitsverv i NTF sterkt å anbefale. NTF er en profesjonell og dyktig organisasjon, så dette er absolutt en flott arena med mange interessante arbeidsoppgaver både innen tannhelsepolitikk, fagutvikling og rene interressespørsmål for tannleger. Dette er både lærerikt og man blir kjent med mange nye kolleger.

– NTF favner hele spekteret av norske tannleger så det er viktig å kunne ha tillitsvalgte fra hele tannhelsefeltet i NTFs sentrale organer. Pandemisituasjonen har også tydelig vist oss viktigheten av å ha en sterk interesseorganisasjon med god kontakt og tillit hos myndighetene. For å opprettholde denne posisjonen er NTF til enhver tid avhengig av dyktige tillitsvalgte!

Godt valg!

# NTFs valgkomité

**Torbjørn Fauske**



Foto: Privat.

Offentlig ansatt, Mosjøen  
Leder, NTFs valgkomité  
Ansvarsområde: spesialistforeningene

*Foreningserfaring:*

- UTV-leder
- Medlem av NTFs valgkomité
- Medlem av NTFs hovedstyre
- Varamedlem, Sentralt forhandlingsutvalg
- Lokalforeningsleder

**Marianne Horgen**



Foto: Privat.

Tannhelsefaglig rådgiver, Tannhelsetjenesten i Oslo kommune, Helseetaten  
Medlem, NTFs valgkomité  
Ansvarsområde: Romerike, Oslo, Buskerud, Østfold, Vestfold, Telemark

*Foreningserfaring:*

- Styremedlem i OTE, NTFs valgkomité
- Redaktør, OTF-nytt
- UTV Oslo kommune
- Vara, Sentralt forhandlingsutvalg

**Mette Helen K. Johansen**



Foto: Kristin Mjones.

Offentlig ansatt, Bodø  
Medlem i NTFs valgkomité  
Ansvarsområde: Nordland og Troms og Finnmark

*Foreningserfaring:*

- Leder, Nordland Tannlegeforening
- Medlem av NTFs hovedstyre

**Arnt Einar Andersen**



Foto: Privat.

Privatpraktiserende, Trondheim  
Medlem, NTFs valgkomité

Ansvarsområde: Nord-Trøndelag,  
Sør-Trøndelag, Sogn og Fjordane,  
Nordmøre og Romsdal, Sunnmøre,  
Hedmark og Oppland

*Foreningserfaring:*

- Styremedlem, Sentralt Næringsutvalg
- Nestleder og leder i lokalforening
- Medlem, NTFs hovedstyre
- Visepresident i NTF

**Atle Hagli**



Foto: Privat.

Privatpraktiserende, Sandnes  
Medlem, NTFs valgkomité

Ansvarsområde: Bergen, Rogaland,  
Haugaland, Aust-Agder og Vest-Agder

*Foreningserfaring:*

- Medlem, klagenemnd
- Leder og nestleder i lokalforening
- Vara- og styremedlem i Sentralt Næringsutvalg

## Kunngjøring

**NTFs representantskapsmøte 2021:**

### Innsending av forslag til saker

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

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

Forslagene sendes til [post@tannlegeforeningen.no](mailto:post@tannlegeforeningen.no) og merkes «Sak til Representantskapet 2021».

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

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



# Valg til NTF 2021

## Kjære medlemmer og tillitsvalgte: Bruk forslagsretten!

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

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

### Hovedstyret

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

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

### Ordfører og varaordfører

Til representantskapet skal det velges ordfører og varaordfører.

### NTFs etikkråd

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

### NTFs fag- og etterutdanningsutvalg

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

### NTFs valgkomité

Det skal velges en valgkomité på fem medlemmer.

### NTFs kontrollkomité

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

### NTFs redaksjonskomité

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

### NTFs sentrale ankenemnd for klagesaker

Til ankenemnden skal det velges to medlemmer og ett varamedlem.

### Sykehjelpsordningen for tannleger

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

### Valgordning

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

Alle valg gjelder for to år fra nærmeste årsskifte.

### Kom med forslag til kandidater

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

Forslag på medlemmer til valgkomiteen sendes representantskapets ordfører Ranveig Roberg *innen 15. juni* på e-post: [roberg@ranveig.net](mailto:roberg@ranveig.net).

Alle andre forslag på kandidater bes sendt leder av valgkomiteen Torbjørn Fauske *innen 20. mai* på e-post: [torbjoernfauske@gmail.com](mailto:torbjoernfauske@gmail.com).

# Årsrapport 2020 tilgjengelig på NTFs nettsted

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



- I rapporten finner du mer informasjon om blant annet;
- viktige datoer og hendelser
  - nye medlemstilbud
  - kommunikasjon og medlemsrådgivning under pandemien
  - NTFs etterutdanningstilbud 2020
  - økonomiske nøkkeltall 2019 vs 2020
  - oversikt medlemstall og tillitsvalgte

# Mangel på praktisk erfaring – en bekymring for tannlegestudenter

LENA MONSEN. LEDER, NTF-STUDENT

Da hele landet stengte ned i mars 2020, ble all undervisning på universitetene satt på vent. Den teoretiske undervisningen er blitt digitalisert, men det sier seg selv at det ikke lar seg gjøre med mesteparten av den praktiske undervisningen. Mange tannlegestudenter er svært bekymret for hvordan dette vil påvirke framtiden deres.

Læringsutbyttet av studiet vårt er avhengig av at vi er i kontakt med pasienter. For å kunne tilegne oss nødvendig kunnskap, bør vi være fysisk til stede. Det er svært vanskelig å tilegne seg de samme profesjonelle kunnskapene på en digital plattform.

Situasjonen har ført til store bekymringer blant mange studenter. I en undersøkelse vi har gjort i NTF-Student (Studiesituasjonen for norske tannlegestudenter, 2020) svarte 67,1 prosent at de fikk mindre tid på klinikk enn de normalt skulle hatt. I samme undersøkelse kommenterer flere at de føler de får for lite mengdetrening og er bekymret for å gå ut av studiet med for lite klinisk erfaring. Dette fører igjen til bekymringer for om det blir vanskeligere å få jobb etter endt studieløp.

I samme undersøkelse svarer 57 prosent at de er bekymret for at de ikke skal få tilstrekkelig med kunnskap som følge av korona. 56 prosent er bekymret for at arbeidsgivere skal tro at de som studerer under korona ikke tilegner seg nok kunnskaper, mens 23,5 prosent svarte at de tror arbeidsgiverne har tillit til at studentene tilegner seg all nødvendig kunnskap. Tallene viser at flertallet av studentene som har svart på undersøkelsen er bekymret for framtiden, som følge av nedstengningen av landet.

Flere av universitetene har tilrettelagt så godt de kan, men restriksjonene fra regjeringen hindrer dem i å lage et opti-

malt undervisningsopplegg for mange av studieprogrammene. Noen har kommet opp med gode løsninger, men det lar seg dessverre ikke gjøre i alle tilfeller. Som Qalbi Kahn fra Universitetet i Tromsø skriver i sitt debattinnlegg «Noen studier er likere enn andre», gir videosnutter av disseksjon av kadavre og tenneses varierende anatomi dessverre veldig lite mening (Khrono, 2021). Mange av studentene mister en del av den praktiske undervisningen, som skal legge grunnlag for de resterende årene på studiene. Det vil gjøre hele studiet vanskeligere for dem.

Alle våre tannlegestudenter er avhengige av praktisk undervisning. Det gjelder også mange andre studier. Helsefaglige studenter trenger mengdetrening. Vi må ha pasienter, og vi må ha mange av dem. Vi er avhengige av pasientkontakt og veiledning. Dette er helt essensielt for at vi skal kunne utvikle oss og få nok erfaring og kunnskap før vi skal ut i arbeidslivet. Også studenter som er avhengige av tilgang til laboratorier for å utføre ulike oppgaver er hardt rammet. Studier som kjemi, bioingeniør, biologi etc. må utføre lab-arbeid for å tilegne seg den kunnskapen de trenger.

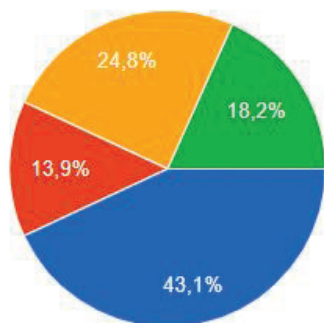
Det er klart at det er positivt at man blir gode på å bruke digitale verktøy slik som samfunnet utvikler seg i dag, men det veier ikke på langt nær opp for den praktiske erfaringen i møte med mennesker, som går tapt.

Flere av universitetene har gjort det klart at de ikke utdanner «korona-studenter». Kravene til eksamen er de samme, uavhengig av situasjonen i landet. Samtidig er flere av oss tannlegestudenter bekymret for å ikke føle oss trygge nok i yrket, selv om vi består eksamen. 41,3 prosent av tannlegestudentene som har besvart undersøkelsen sier at de er bekymret for eksamen, som følge av at de får for få pasienter (Studiesitu-

Dersom du opplever at du får for få pasienter; er du bekymret for at dette skal gå utover eksamen?



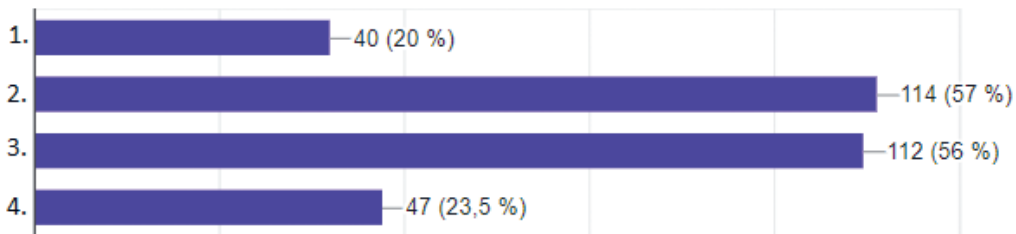
137 svar



- Ja
- Nei
- Usikker
- Får nok pasienter

Hvordan tror du dagens situasjon kommer til å påvirke framtiden din? Du kan huke av for flere alternativer.

200 svar



1. Tror ikke korona kommer til å påvirke kunnskapen jeg opparbeider meg på studiet

2. Er bekymret for at jeg ikke får tilstrekkelig med kunnskap som følge av korona

3. Er bekymret for at arbeidsgivere skal tro at vi som studerer under korona har manglende kunnskaper

4. Tror arbeidsgiverne har tillit til at vi får tilegnet oss all nødvendig kunnskap



TANNLEGENES  
GJENSIDIGE  
SYKEAVBRUDDSKASSE

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

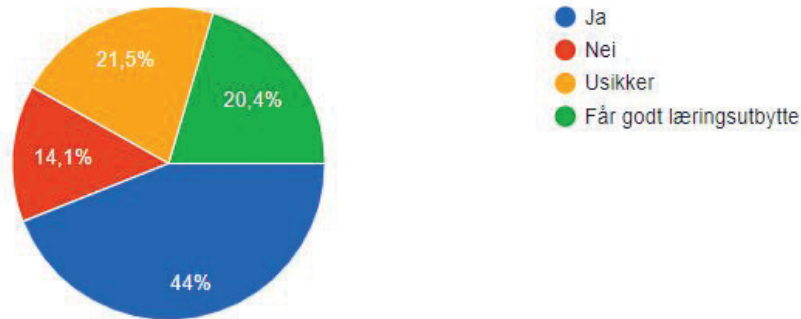
TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Dersom du opplever at du får mindre læringsutbytte enn tidligere; er du bekymret for at dette skal gå utover eksamen?

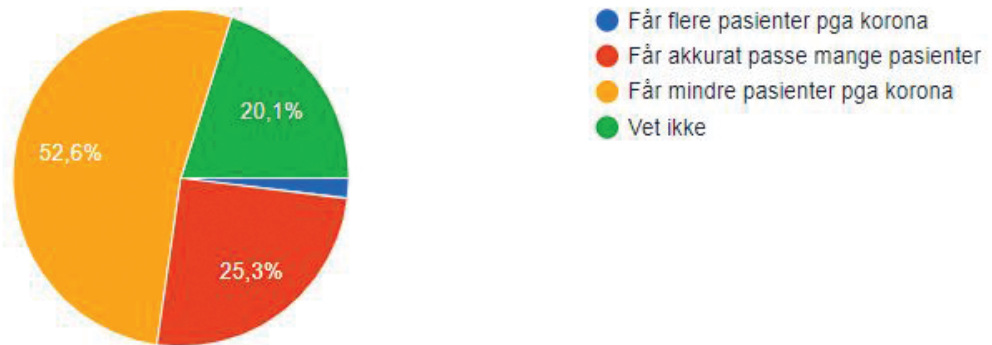


191 svar



Hvordan opplever du pasienttilgangen i dag?

154 svar



asjonen for norske tannlegestudenter, 2020). Vi fikk også tilbakemelding om at flere tror de må gå året om igjen, som følge av situasjonen. Det holder ikke mål. Restriksjonene er så strenge at mange studenter sliter psykisk i tillegg til at de mister mye av det som gjør studentlivet til et unikt og svært minneverdig kapittel i livet. Når restriksjonene fra regjeringen attpåtil er så strenge at flere studenter gir opp eller taper hele årsinntekter fordi de må gå året om igjen, så holder det ikke mål. Det er unødvendig at studentene må bekymre seg for framtiden fordi «alle skjæres over samme kam».

Mengdetrening og pasientkontakt er nøkkelord her. Til tross for at noen har tilnærmet normal klinikketid, er det veldig mange pasienter som avlyser timene på grunn av korona.

Vi etterlyser større forståelse for at flere av studieprogrammene krever praktisk undervisning. Ved endt studieløp skal vi sitte på de samme kunnskapene som står i læreplanmålene, uavhengige av korona. Hvis regjeringen fortsetter å stenge ned universitetene på denne måten stort lengre, vil konsekvensene for de rammede studentene kunne bli enorme. La oss få den erfaringen vi trenger, og la oss få den nå. Det er vi som er framtiden. Det er vi som skal behandle, operere, undervise, diagnostisere og utvikle landet. Gi oss rom blant alle disse restriksjonene. Gi oss rom til utvikling og tilegnelse av erfaring. La oss bli profesjonelle. Vi er bekymret. Er ikke du?



# NTFs Symposium

11. – 12. mars 2021

**TEMA: Tenner og kjevekam fra ung til gammel**  
Konsekvensene av vår behandling fra barneog ungdomsår til den eldre pasient

**Sted: Nettbasert**

**Delta live eller se symposiet i opptak**

Hvis du ikke har mulighet til å delta direkte kan du se foredragene i opptak når det passer deg. Opptakene vil være tilgjengelige i to uker etter at symposiet er over.

**Påmelding har åpnet – meld deg på nå!**  
For mer informasjon, se [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)

## Program for tannleger

### Torsdag 11. mars (kl 0900 – 1630)

- Oppturer & nedturer v/ Anders Myrvold
- Presentasjon av kasus v/ Moderatorene
- Kariologi i et historisk perspektiv v/ Morten Rykke
- Kariologi i dag: diagnostikk og behandling v/ Torgils Lægred
- Bonding og Kompositter - reparasjoner v/ Frode Staxrud
- Pedodontiske utfordringer- Mineraliseringsforstyrrelser v/ Kjetil Strøm
- Undersøkelse og konservativ behandling ved TMD v/ Elisabeth Heggem Julsvoll
- TMD-hva bør tannlegen vite v/ Carl Hjortsjö
- I kjeveortopediens tjeneste v/ Axel Bergman

### Fredag 12. mars (kl 0900 – 1530)

- "Bygge" ben v/ Anders Verket
- CBCT – til hvilken nytte? v/ Maria Redfors
- Rekonstruksjon av kjeveben ved tannimplantatbehandling v/ Hauk Øyri
- Hvordan forholde seg til pasienter på benmodulerende behandling & når kan tenner ekstraheres? v/ Bente Brokstad Herlofson
- Hvorfor ble det endo, hva skjer videre? v/ Thomas Myrhaug
- Utfordringer med og hos den aldrende pasient v/ Lene Hystad Hove
- Forekomst av periodontitt – funn fra HUNT-studien i Trondheim v/ Ida Haukåen Stødle
- Nye løsninger på gamle problemer v/ Henrik Skjerven

## Program for tannhelsesekretærer

### Fredag 12. mars (kl 0900 – 1530)

- Materialer, bruk og håndtering v/ Frode Staxrud
- Tips i hverdagen for tannhelsesekretærer v/ Elisabeth Heggem Julsvoll
- Intraorale røntgenundersøkelser – bildekvalitet v/ Maria Redfors
- Tannhelsesekretærens rolle i behandlingen av engstelige pasienter v/ Kjetil Strøm
- Aseptikk og endodonti v/ Thomas Myrhaug
- Utfordringer med og hos den aldrende pasient v/ Lene Hystad Hove
- Omsorg for instrumentene v/ Rigmor Schøne
- Samarbeid v/ Odd Carsten Koldsland
- Introduksjon til intraoral scanning v/ Henrik Skjerven

## Kursavgift

Tannleger MNTF kr 3500,- (Ikke-medlemmer betaler dobbel kursavgift)

Tannhelsesekretærer kr 1000,-

**Påmelding har åpnet – meld deg på nå!**

**For mer informasjon, se [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)**

12th EAPD INTERIM SEMINAR

23-24 APRIL 2021

OSLO, NORWAY

VIRTUAL EVENT



# Velkommen til EAPD interimseminar

## Påmeldingen har nå åpnet!

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

**Tid: 23.-24. april 2021**

**Sted: Online**

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

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

**Velkommen!**

**For mer informasjon se [www.eapd2021.eu](http://www.eapd2021.eu)**

Organized by



NORSK SPESIALISTFORENING I PEDODONTI



Den norske  
tannlegeforening







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

Digital konferanse

# Diabetesforum 2021

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

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

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

Fagforum er godkjent med 12 timer i NTFs etterutdanning. Se [diabetes.no/diabetesforum2021](https://diabetes.no/diabetesforum2021) for mer informasjon.

## Tre gode grunner til å delta på Diabetesforum 2021

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



# Arbeidsliv

## Mønsteravtalen for tannhelsesekretærer 2020

 LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER NTF

**Årets forhandlinger med Fagforbundet og Parat om Mønsteravtalen (veiledende avtale) mellom privatpraktiserende tannleger og deres tannhelsesekretærer ble gjennomført 7. desember 2020.**

Forhandlingene ble gjennomført med NTF med bistand fra Hovedorganisasjonen Virke på den ene siden, og med de to overnevnte arbeidstakerorganisasjonene på den andre siden.

### 1. Hovedoppgjøret 2020

Det er hovedoppgjør og mellomoppgjør annet hvert år. Ved et hovedoppgjør forhandles det om alle elementene i den aktuelle avtalen. I tillegg til økonomi forhandler man om andre arbeidsvilkår som for eksempel om arbeidstid eller permisjoner. Et mellomoppgjør gjennomføres året mellom to hovedoppgjør. Her forhandles det i hovedsak om lønn for det andre avtaleåret.

Det hele starter med at Virke mottar krav fra Fagforbundet og Parat på vegne av NTF. Kravet fra arbeidstakerorganisasjonene ligger vanligvis ganske tett opp til forhandlingsresultatet for fylkeskommunalt ansatte tannhelsesekretærer når det gjelder lønn.

Forhandlingene om mønsteravtalen gjennomføres som regel like før sommerferien, eventuelt tidlig på høsten. I 2020 ble forhandlingene i alle sektorer gjennomført uvanlig sent på året grunnet koronapandemien. Det gjaldt også mønsteravtalen hvor det først 7. desember var vår tur ved forhandlingsbordet. Virkningstidspunktet for lønnstillegg ble etter forhandlinger satt til 1. mai 2020.

Grunnet de økonomiske vanskelighetene de fleste opplevde i 2020 er lønnstilleggene svært moderate. Det er også gjort få endringer i øvrig avtaletekst denne gang.

Forhandlingsresultatet for 2020 ble som følger:

### 2. Generelle tillegg per 1. mai 2020

Alle tannhelsesekretærer og assistenter som omfattes av Mønsteravtalen får et generelt kronetillegg på sin avtalte årslønn med virkning fra 1. mai 2020, etter følgende tabell:

Stillinger	Ansiennitet						
	0 år	2 år	4 år	6 år	8 år	10 år	16 år
Assistent	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400
Tannhelsesekretær	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400

Tilleggene gis forholdsmessig til deltidsansatte.

### 3. Minstelønnsstabell per 1. mai 2020. Mønsteravtalen § 9 punkt 1.

Følgende nye minstelønnsseter gjelder med virkning fra 1. mai 2020:

Stillinger	Ansiennitet						
	0 år	2 år	4 år	6 år	8 år	10 år	16 år
Assistent	302 900	308 400	311 200	314 200	322 300	368 600	406 500
Tannhelsesekretær	352 200	358 600	362 100	366 300	377 700	421 400	431 400

Det generelle tillegget i punkt 1 er inkludert i minstelønssatsen, og skal først legges til sekretærens årslønn per 30. april 2020. Hvis årslønnen fortsatt ligger under minstelønnsnivået, skal lønnen deretter (minimum) økes til minstelønn i henhold til ovennevnte tabell fra 1. mai 2020.

Det foretas ingen etterbetaling til arbeidstakere som er fratrudd før vedtakelsesdato, med mindre fratreden skyldes pensjonering. Det foretas ikke omregning av tillegg/overtidstillegg for tiden før vedtakelsesdato.

#### 4. Endringer i avtaleteksten. Mønsteravtalen § 3 e)

##### Arbeidstid

Nytt er at onsdag før skjærtorsdag fra klokken 12.00 er fridag uten trekk i lønn når klinikken holder stengt.

Avtalepunktet lyder dermed slik etter fjorårets hovedoppgjør; Uten trekk i lønn er onsdag før skjærtorsdag fra klokken 12.00, påskeaften, julaften, pinseaften og nyttårsaften fridag når virksomheten holder stengt.

Et annet punkt det er verdt å nevne er:

#### 5. § 12 Vaksine

Nytt er at ansatte også skal få tilbud om årlig influensavaksine. Med høstens mangel på influensavaksine i minne var det naturlig å ta inn et forbehold om at vaksinene kan skaffes.

Bestemmelsen er endret slik:

Arbeidsgiver skal sørge for at den ansatte får tilbud om hepatitt B-vaksine og årlig influensavaksine, og skal dekke utgiftene til vaksiner. Det er en forutsetning at vaksinene er tilgjengelige og kan tilbys de ansatte.

#### 6. Informasjonsbrev og protokoller

Informasjonsbrev om mønsteravtaleforhandlingene 2020 som ble sendt til medlemmene elektronisk finnes på [tannlegeforeningen.no](http://tannlegeforeningen.no) (Min side)/Jus og arbeidsliv/Verktøykasse/Mønsteravtalen. Her finner du også protokoll fra forhandlingene hvor samtlige avtalte endringer er notert. Mønsteravtalen 2020 – 2022 hvor avtalte endringer er innarbeidet vil bli publisert samme sted så snart den foreligger.



# Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no)

# Spør advokaten

## Pasienter og profittjag

/// TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF

**Jeg jobber i en investoreid kjede, som ikke drives av tannleger. Vi som jobber på klinikken, føler stadig et press på økt omsetning. Daglig leder leser pasientjournalene våre og kommer med «behandlingsforslag» som det forventes at vi skal utføre på pasienten, selv om behandlende tannlege mener det ikke er medisinsk grunnlag for dette. Jeg mener dette er uakseptabelt og vurderer å slutte, men det vil jo ikke løse problemet for pasientene som risikerer å bli utsatt for overbehandling. Kan de virkelig gjøre dette?**

### Svar:

Det enkle svaret er nei. Tannlegens faglige vurdering av pasientens behandlingsbehov skal alltid være styrende, ikke investors forventning om kortsiktig profitt. Salg av helsetjenester er strengt regulert av hensyn til pasientene. Dette gjelder også på virksomhetsnivå, uavhengig av om virksomheten eies og drives av helsepersonell.

I tillegg til de etiske aspektene vil de forholdene du beskriver kunne være rettsstridige på flere måter. Det er avgjørende for pasienters tillitsforhold og tannlegestandens renommé at tannleger har høy integritet og ikke gir etter for denne typen press.

Alle virksomheter må drives i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, og helsepersonell har plikt til å sørge for at pasienter, folketrygden eller andre ikke påføres unødvendige utgifter. Dette er grunnleggende prinsipper, som er nedfelt i helsepersonelloven §§ 4 og 6.

Helsepersonelloven § 16 slår fast at virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Bestemmelsen er ment å sikre helsepersonell uavhengighet i faglige spørsmål. Tannleger har faglig autonomi i kraft av utdanning og kvalifikasjoner. De har handlefrihet til å oppfylle lovpålagte plikter, og skal primært ta faglige hensyn når de yter helsehjelp. Virksomheten skal organiseres slik at helsepersonell gis frihet til å oppfylle lovpålagte plikter, i første rekke plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Dette angir en begrensning for virksomheters organisering og arbeidsgivers styringsrett, som gjelder både

offentlig og privat sektor, uavhengig av organisasjonsform.

Unødvendig ressursbruk og uforsvarlig virksomhet vil kunne lede til administrative reaksjoner, for eksempel hvis pasienter påføres unødvendige utgifter som følge av behandling, undersøkelser, prøver mv. uten faglig forsvarlig indikasjon. I grove tilfeller kan helsepersonell risikere å bli fratatt autorisasjonen.

Det er videre et forbud mot «snoking» i pasientjournaler i helsepersonelloven § 21a. Det er ikke tillatt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte taushetsbelagte opplysninger uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særlig hjemmel.

Du bør ta opp disse forholdene internt i virksomheten, med sikte på en endring. Hvis dette ikke fører frem, vil tilsynsmyndighetene kunne vurdere om det er grunnlag for rettslige reaksjoner overfor virksomheten. Det vises i den forbindelse til varslingsplikten etter helsepersonelloven § 17.

Forsettlig eller grovt uaktsom overtredelse eller medvirkning til overtredelse av helsepersonelloven, kan straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Dette omfatter også virksomheter, som vil kunne ilegges foretaksstraff etter straffeloven § 27, jf. helsepersonelloven § 67. Riksadvokaten har uttalt at terskelen for å anvende straff ved pasientbehandling bør være høy, men at det reageres overfor markante avvik fra forsvarlig virksomhet. Statens helsetilsyn følger de samme prinsippene. Det er sterkt klanderverdige og forsettlige forhold det vil være aktuelt å straffefølge.

---

# KURSTILBUD

## JUS & ARBEIDSLIV

- et tilbud til lokalforeningene fra NTFs sekretariat

---

NTFs medlemsrådgivere vil kunne delta på lokalforeningsmøter som forelesere også i 2021 - enten fysisk til stede på møtet eller digitalt, alt avhengig av smittesituasjonen på det tidspunktet kurset avholdes.

Kjerneområder for NTFs juridiske rådgivning er arbeidsrett, helserett og kontraktsrett (fortrinnsvis samarbeidskontrakter mellom praksiseier og assistenttannlege) – og det er kurssekvenser innenfor disse hovedområder som tilbys.

### Følgende kurssekvenser tilbys i år;

#### KONTRAKTSRETT:

- Samarbeidskontrakter mellom tannleger

#### PERSONALJUS:

- Ansettelsesprosessen
- Arbeidsgivers styringsrett
- Arbeidstid
- Oppfølging i prøvetid
- Om ferie
- Oppsigelse
  - Virksomhetens forhold
  - Arbeidstagers forhold
  - I prøvetid
  - Advarsel
  - Sluttavtale
  - Nedbemanning
- Oppfølging av sykemeldte
  - Dialogmøter
  - Planer
  - Tilrettelegging
  - Sykemelding

#### HELSERETT:

- Journalforskriften
- Forsvarlighetskriteriet
- Pasientens grunnleggende rettigheter
- Sentrale plikter for helsepersonell
- Utenlandsbehandling

#### PRAKSISDRIFT:

- Kjøp og salg av praksis
- Valg av foretaksform
- Personvern og GDPR

#### ANDRE TEMA:

- NTFs etiske regler
- Årets lønnsoppgjør
- Mønsteravtalen
- Hva gjør du når pasienten klager
- Lønnsforhandlinger, -fastsettelse og -samtale
- Sykehjelpsordningen for tannleger
- Grunnleggende om pensjon

Henvendelser kan sendes til  
[jus@tannlegeforeningen.no](mailto:jus@tannlegeforeningen.no)

Andre temaer kan også avtales. Vi oppfordrer lokalforeningene ved kursansvarlige til å ta kontakt så snart som mulig dersom det ønskes slike kurs.

# Trenger du noen å snakke med?



Her er noen av mulighetene du som MNTF har hvis du trenger hjelp:

## **Kollegahjelpen**

Kollegahjelpsordningens rolle er å gi medmenneskelig veiledning, støtte og råd. Kollegahjelpen er et konfidensielt lavterskeltilbud av og for NTFs medlemmer. Ordningen er forankret i lokalforeningene, og kontaktinformasjon til kollegahjelpere i din lokalforening finner du i oversikten over styremedlemmer på siden for lokalforeningen på NTFs nettsted.

Les mer om ordningen på [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no) under **Om NTF**

## **Villa Sana – Modum Bad**

Villa Sana tilbyr dagsrådgivninger på Villa Sana (Modum Bad), i Oslo og i Bergen. Det er også mulighet for telefon- eller videorådgivninger på inntil 2,5 time. Tannlegen som ønsker rådgivning tar selv kontakt med Villa Sana per telefon: 32 74 98 83 eller e-post: [villa.sana@modum-bad.no](mailto:villa.sana@modum-bad.no)

Villa Sana ønsker også velkommen til tredagers individualkurs 7.-9. juni 2021

Les mer om tilbudet på Villa Sana på [www.tannlegeforeningen.no](http://www.tannlegeforeningen.no) under **Om NTF / Kollegahjelp**

## Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

### Aust-Agder Tannlegeforening

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

### Bergen Tannlegeforening

Anne Christine Altenau,  
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist  
tlf. 995 62 420

### Buskerud Tannlegeforening

Anna Karin Bendiksbys,  
tlf. 31 28 43 14

Lise Opsahl,  
tlf. 32 84 81 32

### Finnmark Tannlegeforening

Sara Anette Henriksen  
tlf. 95 77 84 10

### Haugaland Tannlegeforening

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

Margrethe Halvorsen Nilsen,  
tlf. 97 71 05 50

### Hedmark Tannlegeforening

Åsne Kraugerud Sørberg,  
tlf. 99 48 71 04

### Nordland Tannlegeforening

Sigmund Kristiansen,  
tlf. 915 63 725

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

Olav Kvitnes,  
tlf. 75 15 21 12

### Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening

Bjørn T. Hurlen,  
tlf. 906 50 124

Unni Tømmernes,  
tlf. 715 12 206

### Nord-Trøndelag Tannlegeforening

Anne Marie Veie Sandvik,  
tlf. 74 09 50 02

Hans Haugum,  
tlf. 90 96 92 97

### Oppland Tannlegeforening

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

Hanne Øfsteng Skogli,  
tlf. 61 27 02 31

### Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow  
tlf. 22 18 19 01

Harald Skaanes,  
tlf. 67 54 05 11

### Rogaland Tannlegeforening

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

Mona Gast  
e-post: Mona@tsmg.no

### Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,  
tlf. 63 97 28 59

Hilde Skjeflo,  
tlf. 63 81 58 74

### Sogn og Fjordane Tannlegeforening

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

Jon-Reidar Eikås,  
tlf. 57 86 06 71

### Sunnmøre Tannlegeforening

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

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

### Sør-Trøndelag Tannlegeforening

Anne Grethe Beck Andersen,  
tlf. 72 41 15 64

Morten Nergård,  
tlf. 72 58 18 00

### Telemark Tannlegeforening

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

Øystein Grønvold,  
tlf. 35 93 45 30

### Troms Tannlegeforening

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

Ninni Helen Haug  
tlf. 77 00 20 50

### Vest-Agder Tannlegeforening

Alfred Gimle Ro,  
tlf. 38 05 10 81

### Vestfold Tannlegeforening

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

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

### Østfold Tannlegeforening

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

Tore-Cato Karlsen,  
tlf. 45 22 20 44

### Kontaktperson i NTFs sekretariat

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

# Snakk om etikk

## Etikk og pandemi

 KAREN REINHOLTSEN, NTFs ETIKKRÅD

Da pandemien rammet Norge 12. mars i fjor ble alle tatt på sengen. Spørsmålene var mange, vi tilhører en yrkesgruppe som ikke kan ta hjemmekontor. Den første uken stengte alle ned i påvente av retningslinjer. Deretter ble det klart at tannhelsetjenesten er en samfunnskritisk funksjon, og at vi skulle tilby nødvendige helsetjenester for å unngå nedsatt funksjonstilstand og sterke smerter. Akuttbehandling var altså det vi skulle drive med. Men hva er akuttbehandling? Det tror jeg står ganske klart for de aller fleste, likevel kan enkelte tannteknikere jeg har snakket med fortelle at de daglig mottok avtrykk til protetisk arbeid i denne perioden.

Flere tannleger opplevde at pasientene de selv hadde avvist fordi problemene ikke framstod akutt nok, hadde fått hjelp hos andre tannleger i samme gate. Noen startet tidlig opp med vanlig behandling av pasienter, fordi de hadde spesielle anretninger montert i klinikken, som de selv mente ville hindre spredning av virus. Tolkningen av anbefalingene varierte fra tannlege til tannlege og frustrasjonen i miljøet økte. Samtidig vokste det fram en reell bekymring for manglende smittevernuttstyr. Min første tanke da jeg hørte om knapphet på munnbind var at vi nå måtte hamstre. Jeg snakket med en kollega om dette, som satte meg greit på plass: Hvis det er mangel på munnbind så er det vel sykehusene som skal ha disse? Det er ikke vi tannleger som skal hamstre. Han hadde selvsagt helt rett, og jeg skammet meg over tankegangen min.

Vi i NTFs etikkråd fikk helt nye problemstillinger på bordet. Tannleger solgte håndsprit og pakker med munnbind til pasientene i en tid da dette var mangelvare. Enkelte tilbød covid-19-tester til pasientene sine, mens Norge hadde så få tester til rådighet at sykehjemsbeboere med symptomer ikke ble prioritert. Kollegaer reagerte naturlig nok og sendte spørsmål til oss om dette var innenfor de etiske reglene. Denne type praksis innebærer klare brudd på myndighetsinstruksene, etikkreglene og tilliten til tannleger som tilbydere av helsetjenester.

Tannlegestandens omdømme kan også bli skadelidende gjennom opportunisten som rådet i visse klinikker. Vi valgte å sende et brev til dem det gjaldt med anmodning om å følge de etiske reglene, i tillegg skrev leder av etikkrådet, Morten Klepp, et generelt innlegg om yrkesetikk som en vennlig påminnelse til alle kollegaer. Ingen ønsker vel å bli oppfattet som krigsprofitører?

20. april ble det åpnet for vanlig tannbehandling, og mot sommeren ble hverdagen gradvis normalisert med strenge smitteverntiltak på plass. Varmerekorder i store deler av landet kombinert med visir og langermet frakk ble en ny utfordring. Men hvilke regler gjelder? Er det nok med briller ved undersøkelse, eller må man ha visir? Klarer det seg med papirserviett på brystet, eller må man ha langermet frakk? De faglige anbefalingene for smittevern i klinisk odontologisk praksis som forelå allerede i 2018 skal alltid ligge til grunn, og disse anbefalingene omfatter både visir og frakk ved aerosoldannende prosedyrer. Likevel er det ikke alltid at personen i andre enden av smittetelefonen er godt nok informert om hvilke smittetiltak som er gjeldende i vår bransje. Flere kolleger, meg selv inkludert, har opplevd å bli satt i karantene uten at det nødvendigvis var grunnlag for det. En av årsakene er nok at de kommunale smittetelefonene ikke alltid er bemannet med helsefagutdannede, noe som kan være en utfordring ved avgjørelser rundt karantene og behov for testing. I tillegg har råd og anbefalinger endret seg raskt gjennom hele perioden. Mange av oss har flere arbeidsplasser, og opplever en konflikt i forhold til ulike smittevernrutiner og en redsel for å havne i karantene på den ene arbeidsplassen slik at dette går ut over den andre arbeidsplassen.

I begynnelsen av november kom Folkehelseinstituttet med en ny rapport som viser at tannlegene er blant yrkesgruppene med minst smitte. Det skyldes nok at vi har gode hygienerutiner i ryggmargen, og at vi lett klarte å omstille oss de nye rådene. For oss som har besøkt sykehusene i denne perioden har det vært merkelig å oppleve fulle venterom med vannautomater og ukeblader fremme, og sykepleiere og



5 YEAR WARRANTY

ULTRADENT  
PRODUCTS, INC.

# VALO™ GRAND

BREDSPEKTRET LED-HERDELAMPE




leger i trange korridorer uten munnbind. Gjelder det andre regler for dem?

Veien blir i stor grad til mens man går, og i denne situasjonen har nok læringskurven vært bratt for både folkevalgte og mannen i gaten. Når kriser oppstår er man gjerne seg selv nærmest, og det er ikke nødvendigvis en unaturlig reaksjon at man ønsker å verne om seg og sitt. Privatpraktiserende tannleger har jobbet hardt for praksisen sin, og det er vondt å permittere ansatte og legge boret fra seg. Men etter hvert som gode støtteordninger kom på plass, rådene ble tydeligere og vi forstod at vi måtte leve lenge med dette, så senket skuldrene seg hos de aller fleste. Vi vet at det ikke er et spørsmål om vi kommer til å stå overfor en slik pandemi igjen, men når. Da er vi en erfaring rikere og vet at dette skal vi klare. Etikk og smittevern bør i hvert fall gå hånd i hånd.

DU ER DEKKET!

BLACK | RED ROCK | SAPPHIRE | MIDNIGHT

Follow Us!

   [ultradent.com/eu/blog](https://www.ultradent.com/eu/blog)

[WWW.ULTRADENT.COM/EU](https://www.ultradent.com/eu)

© 2020 Ultradent Products, Inc. All rights reserved.

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

## Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

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

## Andre kurs, møter og aktiviteter

18.–19. feb	Nettbasert	Seminar for tillitsvalgte i statlige virksomheter	
16. mars		Møte i Sentralt forhandlingsutvalg	
17. mars		Hovedstyremøte	
17.–18. mars		Tillitsvalgtskurs KS I grunnkurs for nyvalgte tillitsvalgte	
18.–19. mars	Nettbasert	NTFs Tariffkonferanse 2021	
23.–24. april		EAPD	
27.–29. april		Diabetesforum	
20. mai		Møte i Sentralt forhandlingsutvalg	
2.–3. juni		Hovedstyremøte	
3.–4. juni		Forum for tillitsvalgte	
7.–8. juni		NOAT-møte, Nordiske Offentlig Ansatte Tannlege	
17.–18. juni		København	Tandfaglige dage
25.–27. aug		København	Tillitsvalgtskurs KS II
1.–2. sep			Hovedstyremøte
16.–17. sep	Bristol Hotel Oslo	Næringspolitisk forum	
23.–24. sep		Lønnspolitisk forum	
26.–29. sep		Sydney	FDI World Dental Congress
13. okt			Hovedstyremøte
17.–19. nov		Riksstämman & Swedental	
25.–26. nov		Hovedstyremøte	
26.–28. nov		NTFs Representantskapsmøte	

## Viktige datoer 2022

13.–15. jan 2022	Bergen	Vestlandsmøtet
24.–25. mars 2022	Trondheim	Midt-Norgemøtet
3.–5. nov 2022	Norges Varemesse Lillestrøm	NTFs landsmøte

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

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



**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](mailto:post@kjeveortoped1.nhn.no)  
Tel 22838700  
[www.kjeveortoped1.no](http://www.kjeveortoped1.no)

## Tidende er et nivå 1-tidsskrift

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

## Rop på sommer'n, så kommer'n!

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

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

Send en e-post til [tidende@tannlegeforeningen.no](mailto:tidende@tannlegeforeningen.no).



## ◀◀ tilbakeblikk

19/21

### Tanduttrækning som middel mot sovesyke

«I statsfængslet Sing-Sing i New York sat i sin tid en fange som led av sovesyken, men i fængslet sat man samtidig inde med midlet mot sykdommen. Det dreiet sig bare om at finde en tandlæge, som erklærte sig villig til at ekstrahere en tand paa vedkommende uten at anvende bedøvelsesmiddel. ...»

Denne teori er jo i god overensstemmelse med den nu saa utbredte anskuelse, at en hel række sygdomme kan henføres til daarlige tænder som primær aarsak. Intet er da heller naturligare end at usanitære munde med carierte og raatne tænder danner som et forberedende drivhus for alskens vederstyggelige bakterier, som herfra spredes rundt i den menneskelige organismes organer.»

🕒 R. Øwre  
Fra Tidende nr. 3, februar 1921,  
spalten Mindre meddelelser

19/71

### Fluortannkrem

«Selv om karies som kjent ikke oppstår p.g.a. fluormangel, og man ideelt sett kunne ønske seg en mer kausal profylakse, synes bruk av fluorider å representere den mulighet vi i dag har til noenlunde effektivt å bekjempe denne sykdom. Ved siden av fluoridering av drikkevannet eller andre næringsmidler, f.eks. melk, er trolig fluortannkrem det best egnede masseprofylaktikum. Tannkrem brukes av de fleste som børster sine tenner. Komposisjon av fluortannkrem byr imidlertid på spesielle problemer, da fluorkomponenten må være kompatibel med de andre bestanddelene i kremen.»

🕒 Ulvestad H. og P. Løkken  
Fra Tidende nr. 2, februar 1971,  
spalten Faglige meddelelser

20/11

### Grunnutdanningen i odontologi

«Ordnningen med trygderefusjon for tannbehandling utført i et annet EØS-land enn Norge tvinger fram en debatt om grunnutdanningen her til lands. NTF har avgitt høringsuttalelse i saken, den står å lese på NTFs nettsted under NTF mener. Et av de punktene vi har stilt oss mest kritiske til i den nye ordningen, er det som gir pasienten ansvar for å dokumentere at behandlingen, særlig med dentale implantater, er utført av tannleger med nødvendig spesialkompetanse. Er behandlingen utført i Norge kreves som kjent denne kompetansen for at pasienten skal få refusjon. Vi kommer til å følge nøye med på hvordan ordningen vil fungere. For vi kan ikke akseptere en konkurransevridning i favør av utenlandske behandlere, som følge av at kravene til dokumentasjon av kompetanse blir løselig praktisert.»

🕒 Fra Tidende nr. 3, februar 2011,  
spalten Presidenten har ordet v/Gunnar Lyngstad

## Utvalg skal vurdere samfunnsøkonomien etter covid-19

Helsedirektoratet har gitt utvalget, som ledes av professor Steinar Holden, et nytt oppdrag med å vurdere hvordan samfunnsøkonomien påvirkes av strategier og tiltak for håndtering av covid-19-pandemien.

– Mange av tiltakene som iverksettes har store konsekvenser. For å få et godt og helhetlig beslutningsgrunnlag, trenger vi vurderinger av hvordan ulike strategier og tiltak vil kunne påvirke samfunnsøkonomien, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Vurderingene til Holden-utvalget vil inngå som en del av regjeringens beslutningsgrunnlag for valg av tiltak fremover, både på kort sikt og i tiden fremover med effekt av vaksinasjonsprogrammet.

### Regjeringens fremtidsscenarier

Holden-utvalget skal i dette oppdraget vurdere hvordan samfunnsøkonomien påvirkes av strategier og tiltak som ligger i regjeringens tre scenarier for covid-19-pandemien fremover.

Regjeringen opererer med et optimistisk scenario, et mellom-scenario og et pessimistisk scenario. De tre scenarioene, som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har gitt innspill til, viser at det er stor usikkerhet om forløpet for smitte, smitteverntiltak og norsk økonomi gjennom 2021.

### Medlemmer i utvalget

Leder professor Steinar Holden ved Universitetet i Oslo, Pål Sletten og Olav Slettebø fra Statistisk Sentralbyrå, Preben Aavitsland og Trygve Ottersen fra Folkehelseinstituttet, og Erik Magnus Sæther fra Oslo Economics.

## Personalia

### Dødsfall

Jørgen Underthun, f. 17.10.1949, tannlege-eksamen 1973, d. 17.10.2020

Ingrid Gjendal, f. 30.06.1925, tannlege-eksamen 1949, d. 02.01.2021

Tips og bidrag til Notabene-spalten kan sendes til [tidende@tannlegeforeningen.no](mailto:tidende@tannlegeforeningen.no)

## Send dine tanntekniske arbeider digitalt til Sverige

Är du intresserad? Kontakta oss för mer information.  
Skicka ett mail till [michael@tumbadental.se](mailto:michael@tumbadental.se)

**TUMBA**  
TD DENTAL

Rapport om befolkningens helsekompetanse:

## En tredel forstår ikke helseinformasjonen

**33 prosent av befolkningen ser ut til å mangle sentrale ferdigheter for å kunne forholde seg til og bruke helseinformasjon for å kunne ta vare på egen helse, sier sykepleier og førsteamanuensis Hanne Søberg Finbråten ved Høgskolen i Innlandet.**

Hesledirektoratet, i samarbeid med OsloMet og Høgskolen i Innlandet, la 25. januar frem Norges første rapport om befolkningens helsekompetanse.

Rapporten er et første skritt i oppfølgingen av regjeringens *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023)*.

Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og er et ledd i samarbeidet med nettverket Action Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy (M-POHL) og gjennomføringen av Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19).

Rapporten presenterer et overordnet bilde av den norske befolkningens selvrapporterte helsekompetanse, herunder digital helsekompetanse, kompetanse i å navigere i helsevesenet, og ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell. I tillegg belyses sammenhenger mellom befolkningens helsekompetanse og helsekostnader, produktivitet og samfunnsøkonomi.

### Mange forstår ikke helseinformasjonen

Hver tredje person i Norge forstår lite av det de får vite om egen helse, er en av konklusjonene i rapporten. Og nesten halvparten klarer ikke å vurdere informasjonen de får om helsespørsmål. Det gjelder også informasjon om pandemien.

– Man tror folk forstår mer enn det de gjør, sier professor og forskningsleder Kjell Sverre Pettersen ved OsloMet til NRK. Han har ledet

### Noen av hovedfunn i undersøkelsen om befolkningens helsekompetanse:

- En av tre (33 prosent) har mangelfull kompetanse om helse.
- Over halvparten (52 prosent) kan ikke nok om å finne frem i helsevesenet.
- Fire av ti (44 prosent) synes det er vanskelig å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger
- En av fire (26 prosent) vet for lite om hvordan de skal forebygge sykdom.
- En av fem (22 prosent) har for lav kompetanse om helsetjenester.
- En av ti (10 prosent) synes det er vanskelig å forstå hvorfor de eller familien deres kan trenge vaksiner.

arbeidet med å kartlegge helsekompetansen i befolkningen. 6 000 personer har deltatt i undersøkelsen.

Pettersen mener det er overraskende mange som har problemer med å vurdere det som sies. Han er sikker på at det er mange som heller ikke forstår informasjon som gis om pandemien.

– Når myndighetene gir informasjon om pandemien, er det ganske sikkert mange som ikke forstår det de sier, sier Pettersen. Han mener fagfolk bruker et stammespråk som kan være vanskelig å forstå.

– Fagfolk bruker gjerne et eget stammespråk som kompliserer og gjør det utilgjengelig. De bruker tall og presenter slik at mange faller av, sier Pettersen.

Store deler av befolkningen strever også med å vurdere helseinformasjon kritisk.

– Det er grupper som ikke er i stand til å henge med i svingene, sier Pettersen. Mange kan bli et lett bytte for ikke-vitenskapelige helsepåstander fordi det er enklere å forstå, mener han.

– Det er spesielt viktig nå med tanke på pandemien og vaksineringsprogrammet, sier han.

Han peker på at det er en del feilaktige forestillinger om hvordan vaksinene virker og ikke virker, og at det er mer oppmerksomhet rettet mot bivirkninger enn virkninger.

Funnene i denne undersøkelsen er ekstra interessante nå når det er så viktig at myndighetene når frem med helseinformasjon, sier Kjell Sverre Pettersen.

### Manglende digital kompetanse

Undersøkelsen har også målt *digital helsekompetanse*. Med det menes hvor god man er til å søke, bruke og forstå informasjon på digitale plattformer.

Resultatet viser at det er flere eldre og syke personer som har vanskeligheter med å motta og forstå digital informasjon.

Det er også forskjell på kvinner og menn, og de med lav utdanning sliter mest.

Pettersen mener det er viktig at fagmiljøene nå finner ut hvordan de skal tilrettelegge informasjon bedre, særlig med tanke på de gruppene som sliter mest med å forstå.

### Farlig tolkning

Under fremleggningen av rapporten om helsekompetanse, sa Pettersen at det er farlig å tolke funnet i rapporten som om det alene er

You are viewing Teknisk administrator: April S...s screen View Options


Oystein Guttersr...

## Har befolkningen tilstrekkelig helsekompetanse?


- Hvor **tilrettelagte** helsetjenestene og -informasjon er, avgjør om brukerens kompetanse er tilstrekkelig
- Personer «har ikke» for lav eller for svak helsekompetanse
- Må ses opp mot **forventninger** til brukere av helsetjenestene




Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering

Pasienten har rett til, og skal settes i stand til, å være med å **velge forsvarlige og prioriterte undersøkelser og behandlinger**. Den enkelte pasient vet selv best hvordan hun eller han vil leve sitt liv, og vet selv hvilke hensyn som bør vektlegges i **valg mellom ulike behandlinger**. «Ingen beslutninger om meg, uten meg» er grunnleggende i pasientens helsetjeneste. Brukere og pasienter må involveres i utformingen av prioriteringer i helsetjenesten på alle nivåer.



1/3 kan mangle sentrale kunnskaper og ferdigheter for å realisere f.eks. «pasientens helsetjeneste»



Audio Settings ^ Chat Raise Hand Q&A Leave

En tredel av befolkningen kan mangle kunnskapen som skal til for å velge mellom mer og mindre avanserte helsetjenester.

pasientens feil at de ikke forstår helseinformasjon.

– En følge av denne helsekompetansekartleggingen om at mange pasienter uansett tilnærming ikke forstår det helsepersonell formidler til dem, kan føre til en slags «victim-blaming»: at pasienten selv er skyld i sin uhelse eller sykdom. Dette blir helt feil,

og det er det viktig å understreke. Man skal hjelpe de svakeste å forstå, ikke gi enkeltpersoner ansvaret og skylden.

– Den overordnede konklusjonen er derfor at helsepersonell og myndigheter bør tilpasse helseinformasjon og helsekommunikasjon til pasientens eller klientens kartlagte helsekompetanse. Man bør dessuten være

varsom med å vektlegge at hver og en av oss har «ansvar for egen helse», ettersom man vet at de med mangelfull helsekompetanse kan ha vanskeligheter med å ta adekvate helsevalg, sa Pettersen i oppsummeringen av rapporten.



I 1893 ble landets første skole for tannlegeundervisning, Statens poliklinikk for Tandsykdomme, etablert i Theatergaten 18. Her er første kull, fra samme år. Fra billedarkivet ved Det odontologiske fakultet, UiO.

### **Tegn støttemedlemskap i Norsk odontologihistorisk forening, NOHF!**

Adresse: NOHF c/o Nils Rune Tønnessen, Gardvegen 24 B, 2615 Lillehammer. Telefon: 90 25 60 60. E-post: [nils.rune@outlook.com](mailto:nils.rune@outlook.com)

Det er nå 40 år siden det ble invitert til å tegne støttemedlemskap i NOHF. Siden den gangen har mange av dem som tegnet medlemskap gått bort og i dag er det nok mange som ikke er klar over at vi har en slik forening.

Arbeidet med å dokumentere vår historie er en viktig del av vår faghistorie og bør være en æressak å støtte opp om. Fortsatt gjenstår viktige arbeidsoppgaver med å ta vare på, vedlikeholde, registrere samt å stille ut de mange samlinger av gjenstander, bilder og historier som finnes rundt omkring i landet.

Et støttemedlemskap vil bidra til å gjøre dette arbeidet mulig.

**Medlemskap kan tegnes ved å innbetale kr 200,- til Norsk odontologihistorisk forening, kontonummer: 0530.18.54686.**

**Beløpet kan også Vippses til foreningens konto**

Med hilsen

Nils Rune Tønnessen

*Leder i Norsk odontologihistorisk forening*



## MINNEORD



**Jan Ødegaard**  
1939–2021

Jan Ødegaard døde den 8. januar 2021, 82 år gammel.

Ødegaard avla tannlegeeksamen i Glasgow i 1962. Han tok videreutdanning i orthodontics ved Loyola University, Chicago, Master of Science, Thesis: A biophysical assessment of force magnitudes on bodily tooth movements in monkeys.

Jan ble godkjent spesialist i Norge i 1969. Med avhandlingen, *The skeletal profile of Norwegian children from age 4 to 10 years*, tok han sin odontologiske doktorgrad ved Universitet i Bergen, 1972. Jan drev kjeveortopedisk spesialistpraksis i Stavanger fra 1973. Han var samtidig rådgivende tannlege for trygdeetaten i Rogaland og Vest-Agder. Ødegaard ble kallet til professor ved Universitätskrankenhaus Ependorf, Hamburg, og virket der i tiden 1986–1989. Han var æresmedlem i Norsk kjeveortopedisk forening og var blant annet medlem av et utvalg for etablering av kvalitetsnormer i kjeveortopedi innen EU. Hans faglige innstillinger i trygdesammenheng var basert på bunnsolid kunnskap og integritet. Han var alltid beredt til å dele sin viten med oss kollegaer – der det nok kunne hende at noen falt av lasset. Ødegaard hadde en rekke verv innen politikk og samfunnsliv i Rogaland.

Med sin kjære hustru gjennom alle år, Åse, flyttet han i 2014 til Arendal. Der kom han nærmere sitt landsted på Tromøya hvor mange av hans lidenskaper kunne utfolde seg. Jan elsket å bygge: gjestehus og buer. Han likte antikviteter og det gamle skipperhuset som hadde vært i Åses familie i over 200 år, ble et lite museum. Han studerte slekten og, i tillegg til å føre den tilbake til 1300-tallet, skrev en omfattende slektsbok. Han kunne plukke bær i timevis for så å lage syltetøy til hele familien for resten av året. Han samlet på whisky i miniatyr og store flasker. Jan var en fremragende filatelist og flere av samlingene hans ble premiert internasjonalt. I Arendal inntok han fort sin plass som blant annet leder av borettslaget og som korsanger. At Jans verden var effektiv, stor og vid, kan symboliseres ved at bryggen på landstedet har vært brukt som landingsplass for helikopter.

Tankene våre går nå til Åse og deres to barn, Jan André og Eva. Med Jan Ødegaards bortgang er en sjeldent allsidig begavelse og en god venn ikke mer. Vi lyser fred over Jans minne.

**Tore Ramstad**  
**Arild Stenvik**



# Utlysning av suppleringsopptak for ledig plass ved spesialistutdanning i oral protetikkk ved UiB

## Generell informasjon

Seksjon for oral protetikkk ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen, vil ta opp to nye spesialistkandidater ved seksjonen med studiestart høsten 2021. Etter hovedopptaket som ble avsluttet 22. januar, er nå én av disse studie plassene besatt. Seksjonen ønsker med dette å utlyse et suppleringsopptak for ytterligere en ny spesialistkandidat med studiestart høsten 2021.

## Søknad og opptak

For utfyllende informasjon om opptak, rangeringskriterier, søknad og informasjon om spesialistutdanning i odontologi generelt, se nederst her: <https://www.uib.no/studier/SPES-ODO>

For utfyllende informasjon om studieplanen ved spesialistutdanning i oral protetikkk, se her: <https://www.uib.no/studier/SPES-ODO/SPES-PROTETIKK/plan>

Søknads- og dokumentasjonsfrist er **26. februar**. Søknaden og relevant dokumentasjon i pdf-format legges inn elektronisk via Søknadsweb, <https://fsweb.no/soknadsweb/velgInstitusjon.jsf>.

Søknader sendt på annen måte og ufullstendige søknader vil ikke bli vurdert.

**SPESIALISTER****ENDODONTI****AGDER****Colosseum Tannlege Nordmo  
Tannlege Cesar Ariastam**

Spesialist i Endodonti  
Industrigata 4  
PB 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Fax 38 09 04 04  
nordmo@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Tannlege Christine Westlie Bergman**

Spesialist i Endodonti  
Tyholmen Tannlegesenter  
Teaterplassen 3  
4836 Arendal  
Tlf: 37 02 55 33  
spesialistene@tyholmen-tannlegesenter.no  
www.tyholmen-tannlegesenter.no

**Tannlege Karl Martin Loga**

Farsund Tannlegesenter  
Barbrosgt. 13  
4550 Farsund  
Tlf. 38 39 06 80  
Faks 38 39 45 04  
Tannlegene i Gyldenløvsomt  
Gyldenløves gate 5  
4611 Kristiansand  
Tlf 38 12 09 60

**Tannlege Claus Ungerechts**

Leirvollen 1A  
4513 Mandal  
Tlf. 38 26 06 10  
Faks 38 26 06 11  
clunge@online.no

**INNLANDET****Aktiv Tannhelse AS**

Spesialist i endodonti Ali Saleh  
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar  
Tlf: 62 52 36 96  
post@aktivtannhelse.no  
www.aktivtannhelse.no

**Tannlege Veslemøy Linde  
Mjøstannlegene**

Storgt. 16  
2815 Gjøvik  
Tlf. 61 13 08 25  
post@tannlegen.org

**Tannlege Nabeel K. Mekhlif**

Torggt. 83  
2317 Hamar  
Tlf. 62 52 65 22

**MØRE OG ROMSDAL****Colosseum Tannlege avd Apollonia****Tannlege Tim Lehmann**

Spesialist i Endodonti  
Keiser Wilhelmsgt. 25  
P.b. 605, 6001 ÅLESUND  
Tlf: 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

**Tannlege Marianne Kleivmyr**

Kvernberget tannhelse  
Rørgata 8  
6517 Kristiansund  
Tlf 71 67 00 00  
Spesialist i endodonti

**Tannlege Øyvind Kristoffersen**

Romsdalsgata 1  
6413 Molde  
Tlf 71 25 18 32

**NORDLAND****Colosseum Tannlege Bodø Dronningen****Tannlege Johan Andreas Furebotten**

Spesialist i endodonti  
Dronningensgt 30  
8006 Bodø  
Tlf 75 50 64 40  
dronningen@colosseum.no  
www.colosseum.no

**OSLO****Bjerke Tannmedisin AS****Tannlege Stig Heistein**

sh@tannmedisin.no  
Refstadveien 64  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
www.tannmedisin.no

**Festningen tannklinikk AS****Tannlegene Lars M. Døving, Lene Rikvold  
og Kima Karimiha**

Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf. 22 42 54 87  
Faks 22 41 31 73  
www.festningen-tannklinikk.no  
firmapost@raadhusstann.no

**Grefsen Tannlegepraksis AS****Tannlege og Dr.odont. Iman Saleh****Tannlege Nicolai Orsteen**

Kjelsåsveien 7  
0488 Oslo  
Tlf. 22 15 30 00  
Fax 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

**Holtet Spesialisttannhelse AS****Tannlege Nikola Petronijevic**

Kongsveien 94  
1177 Oslo  
Tlf. 21 41 50 80  
www.spesialisttannhelse.no  
post@spesialisttannhelse.no

**Odontia Byporten Tannlegesenter****Kima Karimiha**

Spesialist i endodonti  
Jernbanetorget 6, Byporten shopping  
0154 Oslo  
Tlf. 22 34 82 00  
byporten@odontia.no  
www.odontia.no  
Inngang via plan 2 i senteret. Svært nær  
tog, T-bane, buss og trikk.  
Mulighet for heis opp til klinikk.

**Oslo Endodontisenter****Tannlege, spesialist i endodonti****Trude Bøe****Tannlege, spesialist i endodonti****Thomas H. Myrhaug****Tannlege, spesialist i endodonti****Knut Årving**

Sørkedalsveien 10B  
0369 Oslo  
Tlf: 24 07 61 61  
Fax: 21 03 76 87  
www.osloendo.no  
post@osloendo.no

**SpesDent**

Spesialistklinik  
Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo

**Endo spes. Gilberto Debelian****Endo spes. Andre Roushan**

Tlf. 22 95 51 00  
Faks 21 03 09 60  
www.spesdent.no  
post@spesdent.no

**Stovner Tannlegesenter DA****Tannlege Thomas H. Myrhaug**

Stovner Senter 7  
0985 Oslo

Tlf. 22 78 96 00  
Faks 22 78 96 01

**Tannlege Homan Zandi AS**  
**Homan Zandi**

Spesialist i endodonti, PhD  
Parkveien 60  
0254 Oslo  
Tlf. 22 44 18 11  
E-post: homan@zandi.no  
www.zandi.no

**Tannlegene i Bogstadveien 51 AS**  
**Tannlege Dag Ørstavik**

Spesialist i endodonti  
Bogstadveien 51  
0366 Oslo  
Tlf. 22 46 42 89  
E-post: post@tb51.no

**Tannlege Anne Gunn Nygaard-Østby**

Akersgt. 16  
0158 Oslo  
Tlf. 23 10 53 50  
Faks 22 33 02 87  
annegunn@dentalpartnerne.nhn.no

**Tannlege Ingela Pedersen**

Skøyen Tannlegekontor  
Karenslyst alle 9  
C 0278 Oslo  
Tlf. 22 55 41 79  
Faks 22 55 41 85  
ingela@skoyentann.no

**ROGALAND**

**Haugesund tannklinikk**

**Calin Cristea**, spesialist i endodonti  
Postboks 325  
5501 Haugesund  
Tlf: 52 70 77 00  
www.tannhelserogaland.no

**Tannhelsetjenestens kompetansesenter**

**Rogaland**

**Afif Tabbara**, spesialist i endodonti  
**Elisabeth Samuelsen**, spesialist i  
endodonti  
Torgveien 21 B  
4016 Stavanger  
Tlf 51 50 68 10  
www.tkrogaland.no

**Tannlege Ole Henrik Nag**

Løkkeveien 51  
4008 Stavanger  
Tlf. 51 52 12 23  
E-mail: ole.nag@lyse.net

**TROMS OG FINNMARK**

**Tannlege Anne Kjæreng**

Strandskillet 5  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 28 01 00  
Faks 77 28 01 11  
anne.k@tannlegespesialistene.no

**Tannlege Sissel Storli**

Spesialist i endodonti  
Strandskillet 5  
9008 Tromsø  
Tlf 77 28 01 00  
Hans Egedes gate 2A  
9405 Harstad  
Tlf 41 23 95 39

**TRØNDELAG**

**Colosseum Tannlege Solsiden**

**Tannlege Johan Andreas Furebotten**

Spesialist i endodonti  
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80  
solsiden@colosseum.no  
www.colosseum.no

**VESTFOLD OG TELEMAR**

**Colosseum Tannlege Tønsberg**

**Tannlege Ruth Kristin Gran**

**Tannlege Anders Ganer**

Spesialist i endodonti  
Jens Muller gt 1  
3110 Tønsberg  
Tlf. 33 37 82 82  
Fax 33 37 82 81  
tonsberg@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Tannlege Robert Austheim**

Spesialist i Endodonti  
Skien tannklinikk,  
Endodontisk avdeling  
Telemarksvn. 170  
3734 Skien  
Tlf. 35 58 39 20

**VESTLAND**

**Colosseum Tannlege Bergen**

**Tannlege Asgeir Bårdsen**

Spesialist endodonti  
**Dr. Anca Virtej**  
Spesialist endodonti  
Fortunen 1  
5013 Bergen  
Tlf 55 30 04 50  
bergen@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Sotra**  
**Anca Virtjei**

Spesialist i endodonti  
Bildøyvegen 11 C,  
5353 Straume  
Tlf: 56 32 46 60  
sotra@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Tannlege Hekland AS**

Tannlege Hege Hekland  
Tannlege Atle Brynjulfsen  
www.tannlegehekland.no  
Starvhusgt 2A  
5014 Bergen  
Tlf. 55 31 65 17

**VIKEN**

**Bekkestua Tannmedisin AS**

**Tannlege Trude Udnæs**

**Tannlege Stig Heistein**

Endodonti  
Smerteutredning  
Endodontisk kirurgi  
CBCT  
Tilrettelagt for rullestolbrukere  
Gamle Ringeriksvei 37  
1357 Bekkestua  
Tlf. 67 83 22 10  
Faks 67 83 22 15  
post@bekkestuatannmedisin.no

**Bragernes Endospesialist AS**

Tannlege Elham Al-Toma  
Bragernes torg 4  
3017 Drammen  
Tlf. 32 89 98 60  
Faks 32 89 98 61  
bragernes.endo@gmail.com  
Tar i mot funksjonshemmede

**Colosseum Tannlege Fredrikstad Private**

**Tannlege Elham Al-toma**

Spesialist i endodonti  
Farmanns gate 2  
1607 Fredrikstad  
Tlf: 69 36 88 00  
fredrikstadprivate@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Lillestrøm**

**Tannlege Sølve Larsen**

Spesialist i endodonti  
Dampsgaveien 4  
2000 Lillestrøm  
Tlf 64 84 10 50  
lillestrom@colosseum.no  
www.colosseum.no

### **Drammen Spesialistsenter**

Øvre Torggate 10  
3017 Drammen  
Telefon: 32 83 60 00  
Telefax: 32 83 55 90  
post@drammen-spesialistsenter.no  
www.drammen-spesialistsenter.no

### **Odontia Asker Tannlegesenter Kima Karimiha**

Spesialist i endodonti  
Torvveien 12, 1383 Asker  
Stasjonskvartalene (inng. C)  
Tlf. 66 77 11 99  
asker@odontia.no  
www.odontia.no

### **Torget-Tannlegesenter**

Tannlege Anders Ganer  
Spesialist i Endodonti  
Hauges gate 1  
3019 Drammen  
Tlf: 32 83 58 30  
www.torgettannlegesenter.no  
post@torget-tannlegesenter.nhn.no

### **Varna Tannlegesenter**

**Anders Samuelsen**  
Spesialist i endodonti  
Lilleeng Helsepark  
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss  
2.etg, inngang B  
Tlf: 69 26 49 00  
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no  
www.varnatannlegesenter.no

### **Tannlege Kjersti Asbjørnsen**

Også lystgass.  
Åsenveien 1  
1400 Ski  
Tlf. 64 87 28 15  
Faks 64 86 52 66

### **Tannlege Unni Endal**

Endodontisk behandling med spesielt fokus på:  
Smerteutredning  
Endodontisk kirurgi  
Resorpsjoner

### **Drammen Tannlegesenter**

Øvre Torggate 10  
3017 Drammen  
Telefon: 32 83 60 00  
Telefax: 32 83 55 90  
post@drammen-spesialistsenter.no  
www.drammen-spesialistsenter.no

### **Tannlege Erik Giving**

Spesialist i Endodonti  
Skjetten senter

2013 Skjetten  
Tlf. 64 83 10 10  
post@givingendo.no  
www.givingendo.no

### **Tannlege Anders Otterstad**

c/o Tannlege Lisbeth Anstensrud  
Verksgata 1 C  
1511 Moss  
Tlf. 69 27 57 50  
Mob. 93 80 29 52

### **Tannlege Harald Prestegaard**

Kirkegt. 63  
Boks 53  
1701 Sarpsborg  
Tlf. 69 16 00 00  
hara-pr@online.no

### **Tannlege Johan Ulstad**

Brynsveien 104  
1352 Kolsås  
Tlf. 67 13 69 93  
Faks 67 13 22 11

## **KJEVE- OG ANSIKTSRADIOLOGI**

### **MØRE OG ROMSDAL**

#### **Colosseum Tannlege avd Apollonia CBCT ved radiolog Gro Wilhelmsen Hustvedt**

PB 605, 6001 Ålesund  
Tlf. 70 10 46 70 /Faks 70 10 46 71  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

#### **Tannlege Neeraj Kasbekar**

Eaholmsveien 5  
6518 Kristiansund  
Tlf. 98 49 76 82  
neerajkasbekar@protonmail.com

### **OSLO**

#### **Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS Tannlege Caroline Hol**

Bogstadveien 51  
0366 Oslo  
Tlf. 22 46 42 89  
E-post: post@tb51.no

#### **Holtet Spesialisttannhelse AS**

**Tannlege Christina Stervik**  
Kongsveien 94  
1177 Oslo  
Tlf. 21 41 50 80  
www.spesialisttannhelse.no  
post@spesialisttannhelse.no

### **Oralkirurgisk Klinikk**

CBCT ved Anders Valnes  
Sørkedalsveien 10A, 0369 Oslo  
Tlf: 23 19 61 90  
post@oralkirurgisk.no  
www.orisdental.no

### **SpesDent**

Spesialistklinikken  
Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
Radiolog Stein Johannessen  
Radiolog Grethe Blindheim  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 21 03 09 60  
post@spesdent.no  
www.spesdent.no

### **TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo**

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop  
**Anders Valnes** - Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi  
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo  
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo  
Tlf: 22 20 50 50  
post@tannspes.nhn.no  
www.tannspes.no

### **ROGALAND**

#### **Tannhelsetjenestens kompetansesenter**

#### **Rogaland**

**Mats Säll**, spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi  
Torgveien 21 B  
4016 Stavanger  
Tlf 51 50 68 10  
www.tkrogaland.no

#### **Tannlege Gro Wilhelmsen Hustvedt**

Forus Tann- & Kjeveklinikk  
Luramyrvæien 12  
4313 Sandnes  
Tlf: 51 96 99 99  
post@forustann.no  
www.forustann.no

### **TRØNDELAG**

#### **Bakke Tannlegekontor AS**

CBCT ved radiolog Neeraj Kasbekar  
Nedre Bakklandet 58c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00  
post@bakkettannlegekontor  
www.bakkettannlegekontor.no

## VIKEN

### **Bekkestua Tannmedisin AS**

CBCT ved radiolog Anders Valnes  
Tilrettelagt for rullestolbrukere  
Gamle Ringeriksvei 37  
1357 Bekkestua  
Tlf. 67 83 22 10  
Faks 67 83 22 15  
post@bekkestuatannmedisin.no

### **Varna Tannlegesenter**

#### **Anders Valnes**

Spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi  
Vi har CBCT.  
Lilleeng Helsepark  
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss  
2. etg, inngang B  
Tlf: 69 26 49 00  
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no  
www.varnatannlegesenter.no

## KJEVEORTOPEDI

## AGDER

### **Tannlege Dr n.med. Spesialist i kjeveortopedi Kate Mroz Tranesen**

Tannregulering Kristiansand AS  
H.Wergelandsgate 17  
4612 Kristiansand  
Tlf. 38 02 31 90  
www.tannregulering-krs.com

## MØRE OG ROMSDAL

### **Colosseum Tannlege Apollonia**

**Kjeveortoped Nils Jørgen Selliseth**  
Keiser Wilhelmsgt. 25, P.b. 605  
6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

## OSLO

### **Adamstuen tannregulering**

Kjeveortoped Dorita Preza, PhD  
Ullevålsveien 82B  
0454 Oslo  
Tlf: 22 46 79 32  
E-mail: post@adamstuentannregulering.no  
www.adamstuentannregulering.no

### **Grefsen Tannlegepraksis AS**

#### **Tannlege og Dr.odont. Karim Mobarak**

Kjelsåsveien 7  
0488 OSLO  
Tlf. 22 15 30 00  
Faks 22 15 29 00

post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

### **TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo**

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop  
**Ragnar Bjering** • Spesialist i kjeveortopedi, PhD  
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo  
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo  
Tlf: 22 20 50 50  
post@tannspes.nhn.no  
www.tannspes.no

### **Tannlege Håkon Haslerud Høimyr**

Spesialist i kjeveortopedi  
Akersgata 51  
0180 Oslo  
Tlf. 22 42 74 42  
https://hoimyrntannregulering.no/

### **Tannlege Svein Høimyr**

Akersgata 51  
0180 Oslo  
Tlf. 22 42 74 42  
Faks 22 42 74 02  
https://hoimyrntannregulering.no/

### **Tannlege Kim Christian Johansen**

Tann- og kjeveklinikken  
Nedre Rommen 5 C  
0988 Oslo  
www.tannogkjeveklinikken.no  
kim@tannogkjeveklinikken.no  
Tlf. 22 21 42 22

### **Kjeveortoped Magnhild Lerstøl**

Sørkedalsveien 90 B  
0787 Oslo  
Tlf. 22 52 24 00  
magnhild@reguleringstannlegen.no

## ROGALAND

### **Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland**

**Linn Haugland**, spesialist i kjeveortopedi  
Torgveien 21 B  
4016 stavanger  
Tlf 51 50 68 10  
www.tkrogaland.no

## VESTFOLD OG TELEMAR

### **Tannklinikken Skeie AS**

Kjeveortoped Kristin Aanderud-Larsen  
Aagaards plass 1  
3211 Sandefjord  
Tlf. 33 46 61 71  
resepsjon@tannklinikken.no  
Spes usynlig regulering/innsideregulering,  
15 års erfaring med usynlig regulering.

## VIKEN

### **Asker Tannregulering**

David Weichbrodt  
Torvveien 7  
1383 Asker  
Telefon 66 90 20 20  
Faks 66 90 20 19  
info@askertannregulering.no  
www.askertannregulering.no

### **Dag Kjellands Tannklinikk AS**

Tannlege Dag Kjelland  
Storgt. 12, Jessheim Storsenter  
2050 Jessheim  
Tlf. 63 98 39 10  
Faks 63 98 39 20  
post@dagkjelland.no  
www.dagkjelland.no

### **DENTA Tannklinikk**

Kristin Aanderud-Larsen  
Spes. Kjeveortopedi  
Gartnerveien 1  
1394 Nesbru  
Tlf. 22 20 21 34  
kr-aan@online.no

### **Kransen Tannlegesenter AS**

Dr. Ramtin Taheri, spes. i kjeveortopedi  
Trad. tannregulering  
Incognito  
Invisalign  
Kransen, 16, 1531 Moss  
kransentannlegesenter.no  
kransen@smilehull.no  
Tlf: 69 25 19 82

### **Orthobond**

**Tannlege Marianne Jentoft Stuge**  
Strømsveien 48  
2010 Strømmen  
Tlf. 63 81 06 00  
www.orthobond.no  
kontakt@orthobond.no

## ORAL KIRURGI OG ORAL

## MEDISIN/KJEVEKIRURGI

## AGDER

### **Arendal Tannlegesenter**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
**Oralkirurg Ove Busch**  
Vestregate 14, 4838 Arendal  
Tlf. 37 02 14 00 Fak 37 02 88 61  
post@arendaltannlegesenter.no

### **Colosseum Tannlege Kristiansand**

**Nordmo**  
**Tannlege Bård Alvsaker**

Oralkirurg, Implantologi  
Industrigt. 4  
Pb. 1024 Lundsiden, 4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
nordmo@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Solbygg  
Dr.med. Dr.med.dent. Christoph Ziegler**

Spesialist i Maxillo-facial Kirurgi, i Oral Kirurgi og Oral Medisin og i Implantat Protetik  
Barstølveien 36A  
4636 Kristiansand  
Tlf: 38 70 38 38  
solbygg@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Tannlege Katja Franke**

Oralkirurgi  
Implantologi  
Leirvollen 1A  
4513 Mandal  
Tlf. 38 26 06 10  
Faks 38 26 06 11  
dr.katjafranke@online.no

**INNLANDET**

**Aktiv Tannhelse AS**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Ulf Jonsson  
Lille Strand gt. 3, 2317 Hamar  
Tlf: 62 52 36 96  
post@aktivtannhelse.no  
www.aktivtannhelse.no

**Gjøvik Tannlegesenter  
Oralkirurg Jarle Hillestad**

Oral kirurgi. Implantatbehandling.  
Samarbeider med tannleger på samme klinikk med spesialkompetanse.  
Hunnsvegen 5  
2821 Gjøvik  
Tlf: 61 10 01 00  
www.gjoviktannlegesenter.no  
resepsjon@gts.nhn.no

**Odontia Lillehammer  
Oralkirurg Fredrik Lindberg**

Storgata 89  
2615 Lillehammer  
Tlf. 61 25 27 63  
lillehammer@odontia.no  
www.odontia.no

**Oralkirurgene Kjølle & Ninkov**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Gry Karina Kjølle  
Petar Ninkov dr Philos.

Torggata 83, 2317 Hamar  
Tlf. 62 53 46 06  
kir@spestorg.nhn.no

**Tannlege Erik Bie**

Lillehammer Tannhelse  
Nymosvingen 6  
2609 Lillehammer  
Tlf. 61 26 03 63

**Oralkirurg Ulf Jonsson**

Tannlegene i Sørbyen  
Tar imot henviste pasienter for  
dentoalveolarkirurgi.  
Valdresvegen 4, 2816 Gjøvik  
Tlf. 61 18 60 60  
Mobil: 98 67 44 21  
post@tannlegesorbyen.no

**Kjevekirurg Jan Mangersnes**

Mjøstannlegene Gjøvik as  
Storgata 16, 2 etage  
2815 Gjøvik  
Tlf: 61 130810/faks 61 130826  
Mobil 91397609  
Maxillofacial.Innlandet@gmail.com

**MØRE OG ROMSDAL**

**BLINDHEIM TANNLEGESENTER AS  
Dr. odont spesialist oral kirurgi-oral**

**medisin Lado Lako Loro**  
Samarbeidende tannlege med  
godkjennelse for implantatbehandling med  
stønad fra trygden  
Pb. 9204- Vegsund, 6023 Ålesund  
Besøksadresse: Blindheim butikkssenter  
3. etg / Blindheimshaugen 9  
Tlf: 70 14 54 24/70 14 18 55.  
post@blindheimtann.no  
Fri parkering ved senteret. Gode forhold for  
funksjonshemmede

**Colosseum Tannlege Apollonia  
Tannlege Mats Hellmann**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Keiser Wilhelmsgt 25,  
6001 Ålesund  
Tlf: 70 10 46 70.  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

**Tannlege Fredrik Ahlgren**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
MSc Implant Dentistry  
Sedasjon/narkose/CBCT  
Sentrum Tannhelse  
Alti Futura  
PB 2166 Løkkemyra  
6502 Kristiansund N  
Telefon 71 67 25 00

post@sentrumtannhelse.nhn.no  
www.sentrumtannhelse.no

**Oral. kir. Paul Åsmund Vågen**

Tannlegene på Torget AS  
Keiser Wilhelmsgate 34  
6003 Ålesund  
post@tpt.nhn.no

**NORDLAND**

**Tannlege Roar Karstensen**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Bodø Tannlegesenter  
Storgt. 3b, 8006 Bodø  
Tlf. 75 50 65 10  
post@bodotannlegesenter.no  
www.bodotannlegesenter.no

**OSLO**

**Bogstadveien Oralkirurgiske Senter AS**

Spesialist i oralkirurgi og oral medisin  
dr. odont Tormod Bjartveit Krüger  
Spesialist i oralkirurgi og oral medisin  
dr. odont Maria H. Pham  
Kjeve- og ansiktsradiolog Caroline Hol  
Bogstadveien 51  
0366 Oslo  
Tlf. 22 46 42 89  
E-post: post@tb51.no

**Bygdøy alle tannklinikk**

**Spes.Oral kirurg Jaehyun Sim**

Oral kirurgi, Implantatbehandling  
Bygdøy alle 18, 0262 Oslo  
69 16 69 60  
www.bygdoytannklinikk.no/  
oslo@bygdoytannklinikk.no

**Colosseum Tannlege Nationaltheatret  
Maria Pham**

Spesialist i oral kirurgi  
Stortingsgata 30,  
0161 Oslo  
Tlf: 22 38 30 13  
sogndal@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Festningen tannklinikk AS**

Oral kirurgi og Implantatkirurgi  
**Spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael Marques  
da Silva**  
Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf. 22 91 02 90  
Faks 22 41 31 73  
www.festningen-tannklinikk.no  
firmapost@raadustann.no

**Fjærvik klinikken**

Kjevekirurg Even Mjøn

Implantatkirurgi. Behandling kan utføres i narkose og sedasjon  
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo  
Tlf. 21 63 16 00  
www.fjaervikklinikken.no  
E-post: post@fjaervikklinikken.no  
Tilgjengelig for bevegelseshemmede  
Kveldsåpent

#### **Grefsen Tannlegepraksis AS**

Oralkirurgi, Oralmedisin og Implantatkirurgi  
**Tannlege og Dr.odont. Andreas Karatsaidis**  
**Lege og Tannlege Steven Anandan**  
Kjelsåsveien 7  
0488 Oslo  
Tlf. 22 15 30 00  
Fax 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

#### **KIRURGIKLINIKKEN**

Alt innen oral- og kjevekirurgi  
Implantatprotetik  
**Frode Øye**, spes. oral kirurg og oral medisin  
**Helge Risheim**, spes. oral og maxillofacial kirurgi  
**Tormod Krüger**, spes. oral kirurgi og oral medisin  
**Fredrik Platou Lindal**, spes. maxillofacial kirurgi  
**Eva Gustumhaugen**, spes. protetik.  
**Hanne Gran Ohrvik**, spes. protetik.  
**Margareth Kristensen Ottersen**, spes. kjeve og ansiktsradiologi  
Kirkeveien 131, 0361 Oslo  
Tlf. 23 36 80 00  
Faks. 23 36 80 01  
post@kirurgiklinikken.nhn.no  
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

#### **Odontia Byporten Tannlegesenter**

**Wit Kolodziej**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Implantatkirurgi og behandling i sedasjon  
Jernbanetorget 6, Byporten shopping  
0154 Oslo  
Tlf. 22 34 82 00  
byporten@odontia.no  
www.odontia.no  
Inngang via plan 2 i senteret. Svært nær tog, T-bane, buss og trikk.  
Mulighet for heis opp til klinikk

#### **Oralkirurgisk klinikk AS**

Spesialistklinikk – Implantatbehandling  
Tannlege, spes. oral kirurgi Dagfinn Nilsen  
Tannlege, spes. oral kirurgi Johanna Berstad,  
Spes. oral kirurgi Erik Bie

Sørkedalsvn 10 A, 0369 Oslo  
Tlf: 23 19 61 90 Faks: 23 19 61 91  
post@oralkirurgisk.no  
www.oralkirurgisk.no

#### **SpesDent**

Spesialistklinikk  
Spesialister i oral kirurgi og oral medisin  
**Ulf Stuge**  
**Petter O. Lind**  
**Marianne Tingberg**  
**Lars Peder Huse**  
0352 Oslo  
Oral kirurgi, Implantatbehandling  
Tannleger MNTF  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 21 03 09 60  
post@spesdent.no  
www.spesdent.no

#### **TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo**

Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop  
**Karl Iver Hanvold** • Spesialist i oral kirurgi og oral medisin / maxillofacial kirurgi  
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo  
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo  
Tlf: 22 20 50 50  
post@tannspes.nhn.no  
www.tannspes.no

#### **Oralkirurg Laszlo Kalmar**

Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin, implantatkirurgi  
**Smil Tannlegesenter**  
Nationaltheatret: Tordenskiolds gate 7, 0160 Oslo  
Ny dalen: Sandakerveien 116, 0484 Oslo  
Løren: Peter Møllers vei 2, 0585 Oslo  
Tlf. 23 65 18 81  
info@smiltannlegesenter.no  
www.smiltannlegesenter.no  
Klinikker i Ny dalen, Nationaltheatret, og Løren. Klinikkene ligger alle rett ved t-banen.

#### **Tannlege Gholam Soltani**

Spesialist oral kirurgi og oral medisin  
Bislett Tann- & Kjeveklinikk  
Rosenborggata 26, 0356 Oslo  
Tlf 22 17 65 66  
E-post: tannkjevebislett@yahoo.com

#### **ROGALAND**

**Colosseum Tannlege Solakrossen**  
**Mats Hellmann**  
Spesialist i oral kirurgi  
Solakrossen 14,  
4050 Sola

Tlf: 51 21 68 00  
solatann@colosseum.no  
www.colosseum.no

#### **Forus Tann- & Kjeveklinikk**

**Dr. Peter Schleier**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin, Implantatbehandling  
**Attila Csillik**  
spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Luramyrvæien 12  
4313 Sandnes  
Tlf : 51 96 99 99  
post@forustann.no  
www.forustann.no

#### **Haugesund tannklinikk**

**Vegard Østensjø**, spesialist i oral medisin og oral kirurgi  
Haugesund tannklinikk  
Postboks 325  
5501 Haugesund  
Tlf: 52707700  
www.tannhelseerogaland.no

#### **Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland**

**Murwan Idris**, spesialist i oral medisin og oral kirurgi  
**Mindaugas Brukas**, spesialist i oral medisin og oral kirurgi  
Torgveien 21 B  
4016 Stavanger  
Tlf 51506810  
www.tkrogaland.no

#### **TROMS OG FINNMARK**

**Byporten Tannklinikk**  
**Oral kirurg Seong Hwan Jeon**  
Skippergt 32  
9008 Tromsø  
mail@byportentannklinikk.no  
www.byportentannklinikk.no  
Tlf. 77 67 31 00

#### **Tromsø tannkirurgi og narkose senter as**

Sjøgata 39  
9008 Tromsø  
Alt innen kjevekirurgi.  
Tlf. 97 53 50 00  
post@abakin.no

#### **TRØNDELAG**

**Bakke Tannlegekontor AS**  
Oral kirurgi og implantologi  
**Oral Kirurg Murwan Idris**  
Nedre Bakklandet 58c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00



Faks. 73 56 88 01  
post@bakkettannlegekontor

**Colosseum Tannlege Solsiden  
Tannlege og lege Bjørn K Brevik**

Spesialist i maxillofacial kirurgi,  
implantatkirurgi og oral kirurgi  
Trenerysg. 8 – Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80  
solsiden@colosseum.no  
www.colosseum.no

**SANDEN TANNHELSE**

**Oralkirurg Thomas R. Klimowicz**

Implantatbehandling og henvisninger  
innen oralkirurgi  
Kongens gate 60  
7012 Trondheim  
Tlf. 73 52 71 73/Faks 73 50 41 97  
post@sandentannhelse.no  
www.sandentannhelse.no

**VESTFOLD OG TELEMARK**

**Colosseum Tannlege Tønsberg**

Spesialist i oral kirurgi

**Eivind Andersen**

**Sara Bergstrand**

**Peer Mork Knutsen**

**Øystein Langeland**

Jens Muller gt 1  
3110 Tønsberg  
Tlf. 33 37 82 82  
Faks 33 37 82 81  
tonsberg@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Odontia Kaldnes**

**Tannlege, spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael**

**Marques da Silva**

Rambergveien 3  
3115 Tønsberg  
Tlf: 33 38 08 88

**Skien Oralkirurgiske Klinikk AS**

**Anne Aasen**

Tannlege, spesialist i oralkirurgi og oral  
medisin

Oralkirurgi og implantatkirurgi

Post:

Postboks 3114, 3707 Skien

Besøksadresse:

Telemarksveien 12, 3 etg,

3724 Skien

Tlf. 35 54 43 70

mail: post@sokas.no

**Tannklinikken Skeie AS**

Oralkirurg Fredrik Lindberg

Implantater og annen oral kirurgi

-sedasjon/narkose om ønskelig

Aagaards plass 1

3211 Sandefjord

Tlf: 33 46 61 71

resepsjon@tannklinikken.no

**Tannlege og lege Bjørn J. Hansen**

Kjevekirurg

Implantologi

Storgaten 33

3110 Tønsberg

Tlf. 33 31 22 36

Faks 33 31 61 39

bjhan3@online.no

**Oralkirurg Michael Thomas Unger og**

**Eva Sawicki-Vladimirov**

Oral kirurgi og Implantologi

Skien Tannklinik/Oralkirurgisk avdeling

Telemarksveien 170

3734 Skien

Tlf. 35 58 39 75

Faks 35 58 39 21

**VESTLAND**

**Colosseum Tannlege Bergen**

**Dr. Espen Helgeland**

Spes. kand. oral kirurgi & oral medisin

Fortunen 1

5013 Bergen

Tlf 55 30 04 50

bergen@colosseum.no

www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Sogndal**

**Mats Hellmann**

Spesialist i oral kirurgi

Parkvegen 4,

6856 Sogndal

Tlf: 57 67 77 87

sogndal@colosseum.no

www.colosseum.no

**VIKEN**

**Bærum Oralkirurgi**

Behandlere er:

Oralkirurg Fredrik Lindberg

Oralmedisiner Mats Jontell

Spesialist i periodonti, PhD i benbiologi

Maziar G. Shabestari

Bittfysiolog Bengt Wenneberg

Radiolog Anders Valnes.

Sandvika Storsenter, Servicebygget 3. etg

Brodtkorbogsgate 7 1338 Sandvika.

Tlf. 67 56 66 66

E-post: post@baerumoralkirurgi.no

**Colosseum Fredrikstad**

**Tannlege Mats Hellman**

Spesialist i oral kirurgi

Nygårdsgata 49/51

1607 Fredrikstad

Tlf: 69 31 24 24

fredrikstad@colosseum.no

www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Drammen**

**Maria Pham**

Spesialist i oral kirurgi

Øvre Storgate 4-6,

3018 Drammen

Tlf: 32 20 28 70

drammen@colosseum.no

www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Fredrikstad Private**

**Tannlege Mats Hellman**

Spesialist i oral kirurgi

Farmansgate 2,

1607 Fredrikstad

Tlf: 69 36 88 00

fredrikstadprivate@colosseum.no

www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Sandvika**

**Jørgen Tjernberg**

Spesialist i oral kirurgi

Rådman Halmrastsvei 7

1338 Sandvika

Tlf: 67 52 24 80

sandvika@colosseum.no

www.colosseum.no

**Drammen Spesialistsenter**

**Oralkirurg Maria Pham**

Øvre Torggt 10

3017 Drammen

Tlf. 32 83 60 00

post@drammen-spesialistsenter.no

www.drammen-spesialistsenter.no

**Flattum Tannlegesenter**

**Tannlege Seong Jeon**

Oralkirurgi. Oral medisinsk utredning.

Implantatbehandling.

Postboks 1164

3503 Hønefoss

Tlf. 32 12 18 20

www.flattumtannlegesenter.no

post@flattumtannlegesenter.no

**Heyden Tannhelsesenter i Moss**

**Tannlege, dr odont., Anders Heyden**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

**Tannlege Gaute Lyngstad**

Spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Dronningens gate 19, 1530 Moss

Tlf 69 24 19 50  
post@heyden.nhn.no

#### **Kransen Tannlegesenter AS**

Zina Kristiansen,  
spes. i oral kirurgi og oral medisin  
Kransen, 16, 1531 Moss  
kransentannlegesenter.no  
kransen@smilehull.no  
Tlf: 69 25 19 82

#### **Odontia Asker Tannlegesenter**

**Wit Kolodziej**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Implantatkirurgi og behandling i sedasjon  
Torvveien 12, 1383 Asker  
Stasjonskvartalene (inng. C)  
Tlf. 66 77 11 99  
asker@odontia.no  
www.odontia.no

#### **Orthobond**

Tannlege og spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Mirna Farran og Hanne Ingstad  
Strømsveien 48  
2010 Strømmen  
Tlf. 63 81 06 00  
www.orthobond.no  
kontakt@orthobond.no

#### **Ringerike Tannlegesenter AS**

**Tannlege Ulf Jonsson**  
Spesialist i oral kirurgi og oral medisin  
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss  
Tlf. 32 12 10 07  
post@ringeriketannlegesenter.no

#### **Spesialistklinikken Union Brygge AS**

**Tannlege Mirna Farran**  
Spesialist i oral kirurgi  
Grønland 40  
3045 Drammen  
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no  
Tlf. 97 47 43 00

#### **Torget tannlegesenter**

Tannlege Wit Kolodziej  
Spesialist i oralkirurgi og oralmedisin,  
implantatkirurgi og behandling i sedasjon.  
Hauges gate 1  
3019 Drammen  
Tlf. 32 83 58 30  
post@torget-tannlegesenter.nhn.no  
wit.kolodziej@gmail.com (mail direkte til kirurgen)

#### **Varna Tannlegesenter**

**Tannlege, spes. oral kirurgi Ph.D. Rafael Marques da Silva**  
Lilleeng Helsepark

Rosenvingesvei 8, 1523 Moss  
2. etg, inngang B  
Tlf: 69 26 49 00  
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no  
www.varnatannlegesenter.no

#### **Vitalia Tannklinikk**

**Oralkirurg Leonardo Carone**  
oralkirurgi og implantatbehandling  
Sandvika Storsenter,  
Helsetorget, 5.etg.,  
Sandviksveien 176, 1337 Sandvika.  
Tlf. 67 55 99 00.  
post@vitalia-tannklinikk.no  
www.vitalia-tannklinikk.no

#### **Dr. Odont Shelley Khullar**

FDS Royal College of Surgeons (London)  
Spesialist i Oralkirurgi MNMF  
MSC i implantologi  
Drammen Spesialistsenter  
Øvre Torggate 10  
3017 Drammen  
Tlf. 32 83 60 00  
Faks 32 83 55 90  
post@drammen-spesialistsenter.no  
www.drammen-spesialistsenter.no

#### **Tannlege Dag Tvedt**

spes. i oral kirurgi og oral medisin  
Tannlegene i Jarhuset  
Jarveien 1  
1358 Jar  
Tlf. 67 53 63 72

### **ORAL PROTETIKK**

#### **AGDER**

##### **Colosseum Tannlege Kristiansand Nordmo**

**Tannlege Jon Nordmo**  
Implantatprotetik  
Industrigata 4  
Postboks 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
nordmo@colosseum.no  
www.colosseum.no

##### **Tannlege Karl Martin Loga**

Implantatprotetik  
Farsund Tannlegesenter  
Barbrosg. 13, 4550 Farsund  
Tlf. 38 39 06 80  
Faks 38 39 45 04  
Tannlegene i Gyldenløvs  
Gyldenløves gate 5

4611 Kristiansand  
Tlf 38 12 09 60

### **INNLANDET**

#### **Tannlege Geir Oddvar Eide**

Implantatprotetik  
Tannlegene i kvartal 48  
Torggt. 44, 2317 Hamar  
Tlf. 62 52 30 73  
Faks 62 52 24 49

#### **Tannlege Eva Gunler**

Implantatprotetik  
Tannlegene i Hippegården  
Storgt 111, Pb 110  
2390 Moelv  
Tlf. 62367301

#### **Tannlege Pia Selmer-Hansen**

Spesialist i oral protetik  
Raufoss Tannlegesenter  
Storgata 13  
2830 Raufoss  
Tlf. 61 15 97 00  
pia@raufosstannlegesenter.no  
www.raufosstannlegesenter.no

### **NORDLAND**

#### **Tannlege Are Arnesen Moen**

Spesialist i oral protetik  
Bodø Tannlegesenter AS  
Storgata 3b, 8006 Bodø  
Telefon 75 50 65 10  
post@bodotannlegesenter.no  
www.bodotannlegesenter.no

### **OSLO**

#### **Aktiv Tannklinikk AS**

##### **Tannlege Anne Kalvik**

Spes. protetik. Implantatprotetik,  
tannslitasje, fast/avtakbar og  
kombinasjonsprotetik, snorkeskiner.  
Tverrfaglig samarbeid på klinikken med  
periodontist, kjevekirurg og endodontist.  
Storgata 17, 0184 Oslo  
Tlf. 22 41 80 80  
epost@tannlegekalvik.no  
post@aktivtann.no  
www.aktivtann.no  
Lett tilgang for rullestol/  
bevegelsehemmede. Sentralt, nær tog,  
buss og trikk

#### **Bjerke Tannmedisin AS**

##### **Tannlege, dr.odont. Hans Jacob Rønold**

Implantatprotetik  
hjr@tannmedisin.no  
**Tannlege Roy Samuelsson**  
Spesialist oral protetik

Implantatprotetikk  
E-post: rs@tannmedisin.no  
Refstadveien 64  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
www.tannmedisin.no

**Festningen tannklinikk AS**  
**Tannlege Rune Hamborg**, spes. protetikk.  
Implantatprotetikk  
Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf. 22 42 54 87  
Faks 22 41 31 73  
www.festningen-tannklinikk.no  
firmapost@raadhusstann.no

**Holtet Spesialisttannhelse AS**  
**Tannlege Knut-Erik Jacobsen**  
Kongsveien 94  
1177 Oslo  
Tlf. 21 41 50 80  
www.spesialisttannhelse.no  
post@spesialisttannhelse.no

**KIRURGIKLINIKKEN**  
**Eva Gustumhaugen**, spes.protetikk.  
Implantatprotetikk  
Kirkeveien 131, 0361 Oslo  
Tlf. 23 36 80 00  
Faks. 23 36 80 01  
post@kirurgiklinikken.nhn.no  
WWW.KIRURGIKLINIKKEN.NO

**SpesDent**  
Implantatbehandling  
**Tannlege Henrik Skjerven**  
**Tannlege Knut Øverberg**  
Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 21 03 09 60  
www.spesdent.no  
post@spesdent.no

**TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo**  
Våre tannleger har spesialistkompetanse innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og mikroskop  
**Bjørn Einar Dahl** • Spesialist i oral protetikk  
Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo  
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo  
Tlf: 22 20 50 50  
post@tannspes.nhn.no  
www.tannspes.no

**Tannlege Bjørn Einar Dahl**  
Spesialist i oral protetikk

be@tannlegedahl.no  
www.tannlegedahl.no

**Tannlege Elisabeth Henderson**  
Implantologi, Porslensfasader,  
Kombinasjonsprotetikk, Snorkeskinner  
Slottsparkentannklinikk as  
Parkveien 62  
0254 Oslo  
Tlf. 22 44 17 38  
post@slottsparkentannklinikk.no  
www.slottsparkentannklinikk.no

## ROGALAND

**Colosseum Tannlege Solakrossen**  
**Tannlege Erland Eggum**  
Implantatprotetikk/spes oral protetikk  
Rådgivende overtannlege i Helfo.  
Solakrossen 14  
4050 Sola  
Tlf. 51 21 68 00  
solatann@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Haugesund tannklinikk**  
**Trond Storesund**, spesialist i oral protetikk  
Postboks 325  
5501 Haugesund  
Tlf: 52 70 77 00  
www.tannhelseroaland.no

**Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland**  
**Inken Reichhelm**, spesialist i oral protetikk  
**Lena Johansen**, spesialist i oral protetikk  
**Torbjørn Leif Hansen**, spesialist i oral protetikk  
Torgveien 21 B  
4016 Stavanger  
Tlf 51 50 68 10  
www.tkroaland.no

**Tannlege Hamid Hosseini AS**  
Spesialist i oral protetikk  
Sølvberggt. 16  
4006 Stavanger  
Tlf. 51 89 60 88  
seyed@hotmail.com

**Tannlege Hannu Larsen**  
Spesialist oral protetikk  
Tannklinikken Larsen og Bøe  
Implantatbehandling  
Løkkeveien 51  
4008 Stavanger  
Tlf. 51 53 13 00  
post@tannlegenelarsenogboe.no  
www.tannlegenelarsenogboe.no

## TROMS OG FINNMARK

**Tannlege Hans Are Ovanger**  
Implantatprotetikk  
Strandskillet 5  
9008 Tromsø  
Tlf. 77 28 01 00  
Faks 77 28 01 11  
hans.are@tannlegespesialistene.no

## TRØNDELAG

**Colosseum Tannlege Solsiden**  
**Tannlege Eva Børstad**  
Spesialist i oral protetikk  
Implantatprotetikk  
Trenerys gt. 8 – Nedre Elvehavn  
7042 Trondheim  
Tlf. 73 80 78 80  
solsiden@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Tannlege Bodil Inger Norgaard**  
Spesialist i oral protetikk  
Implantatprotetikk  
Nordre Tannhelse  
Nordre gt. 12  
7011 Trondheim  
Tlf. 73 84 13 20  
Faks: 73 84 13 29  
bodil@nordretannhelse.no

## VESTFOLD OG TELEMAR

**Colosseum Tannlege Sandefjord**  
**Tannlege Anders Kamfjord**  
Spesialist i oral protetikk  
Implantatprotetikk  
Thor Dahls g. 1 – 3 – 5  
3210 Sandefjord  
Tlf. 33 46 52 18  
sandefjord@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Colosseum Tannlege Skien**  
**Tannlege Christian Skoe Berntsen**  
Spesialist i oral protetikk  
Implantatprotetikk  
Kverndalsgata 2A  
3717 Skien  
Tlf. 35 52 20 60  
skien@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Odontia Kaldnes**  
Pål-Espen Johansen – Spesialist i oral protetikk  
Sigurd Schneider – Spesialist i oral protetikk  
Monika Caban – Spesialist i oral protetikk  
Rambergveien 3  
3115 Tønsberg  
Tlf: 33 38 08 88

**Tannlege Christian Skoe Berntsen**

Spesialist i oral protetikk  
Implantatprotetikk  
Berntsen Tannlegesenter  
Kverndalsgata 2A  
3717 Skien  
Tlf. 35 52 20 60  
christian@berntsentannlegesenter.no  
www.berntsentannlegesenter.no

**VESTLAND**

**Colosseum Tannlege Bergen**

**Tannlege Ida Marie Dahle**

Spesialist oral protetikk

**Tannlege Sverre Eldrup**

Spesialist oral protetikk

Fortunen 1

5013 Bergen

Tlf 55 30 04 50

bergen@colosseum.no

www.colosseum.no

**TANNLEGE Team Kjersti Sylvester-Jensen**

Spes. oral protetikk /Implantatprotetikk

Nattlandsfjellet 1A

5098 Bergen

Tlf: 55 31 67 67

www.tannlege-ksj.no

post@tannlege-ksj.no

**Tannlege Harald Gjengedal**

Implantatprotetikk

Bergen Tannhelsesenter AS

Kanalveien 64

5068 Bergen

Tlf. 55 55 06 00

Faks: 55 55 06 01

harald.gjengedal@iko.uib.no

**Tannlege Christine Jonsgar**

Spesialist i oral protetikk

Tannslitasje, alt innen fast- og avtagbar  
protetikk, implantatprotetikk, rehabilitering  
og estetisk behandling

Kanalveien 64, 3 etg.

5068 Bergen

Tlf: 55 55 06 00

christine.jonsgar@ok.uib.no

henvisning@bergen-tannhelsesenter.no

**Tannlege Marit Morvik**

Rehabilitering, fast og avtakbar protetikk,

tannslitasje,

implantatbehandling, estetisk  
tannbehandling.

Bergen Nord tannhelsesenter

Åsamyrene 90, 5116 Ulset

Tlf. 55 39 50 80

Faks 55 39 50 81

marit.morvik@bgn-tannhelse.no

www.bgn-tannhelse.no

**Tannlege Kyrre Teigen**

Spesialist i oral protetikk.

Rehabilitering av tannslitasje, estetisk  
behandling, fast- og avtagbar protetikk,  
implantatprotetikk, regulering med  
plastskiner og behandling med  
snorkeskiner.

Implantatkirurgi.

Konsultasjon for behandlingsplanlegging.

Juvikflaten 14a

5308 Kleppstø

Tlf. 56 14 20 14/900 77 333

Tilkomst for funksjonshemmede

www.ats.as

kyrre@ats.as

**VIKEN**

**Colosseum Fredrikstad Private**

**Tannlege Kai B. Hannestad**

Spesialist i oral protetikk

Farmansgate 2,

1607 Fredrikstad

Tlf: 69 36 88 00

fredrikstadprivate@colosseum.no

www.colosseum.no

**Flattum Tannlegesenter**

Tannlege Anders Brennhovd

Spesialist i oral protetikk/implantatprotetikk

Postboks 1164

3503 Hønefoss

Tlf. 32 12 18 20

www.flattumtannlegesenter.no

post@flattumtannlegesenter.no

**Spesialistklinikken Union Brygge AS**

**Tannlege Christine Dæhli Oppedal**

Spesialist i oral protetikk

Implantatprotetikk

Grønland 40

3045 Drammen

post@spesialistklinikken-ub.nhn.no

Tlf. 97 47 43 00

**Tannlegene Sydow og Mo AS**

Odontologisk spesialistpraksis

Spesialister i oral protetikk:

**Arild Mo**

**Carl Hjortsjö ph.d**

**Åshild K Frettem**

I tverrfaglig samarbeid med:

Siv Forsberg Hansen spes. oral kirurgi/  
medisin

Odd Carsten Koldsland, ph.d, spes. perio

Jørgen Hugo spes. kandidat perio

Ulf Riis spes. kjeve og ansiktsradiologi

Torgeir Vraa's Plass 4

3044 Drammen

Tlf. 32 83 10 54

post@tannlegesydow-mo.no

www.sydowogmo.no

**Varna Tannlegesenter**

**Sigurd Schneider**

Spesialist i oral protetikk

Lilleeng Helsepark

Rosenvingesvei 8, 1523 Moss

2. etg, inngang B

Tlf: 69 26 49 00

E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no

www.varnatannlegesenter.no

**Tannlege Morten Børsum**

spes. i protetikk

Tannlegene i Jarhuset

Jarveien 1

1358 Jar

Tlf. 67 53 63 72

**Tannlege Knut Erik Eide**

Implantatprotetikk

Skedsmogaten 7

2000 Lillestrøm

Tlf. 63 80 55 77

post@ticb.no

www.ticb.no

**Tannlege Rune Hamborg**

Spesialist i oral protetikk.

Implantatprotetikk

Implantologi

Rakkestad tannlegesenter

Storgata 42

1890 Rakkestad

Tlf. 69 22 15 55

E-mail: tnl.sent@online.no

**Tannlege Helge Lysne**

Implantatprotetikk

Sentrumsveien 4, 1400 Ski

Tlf. 64 87 41 20

Faks 64 87 19 50

hlysne@online.no

**Tannlege Tor Skjetne**

Implantatprotetikk

Mathias Skyttersvei 47

1482 Nittedal

Tlf. 67 06 90 99

Faks 67 06 90 98

**Tannlege Rune Sollin**

Spesialist i oral protetikk og

Implantatprotetikk

Implantatprotetikk

Gudesgt 1, 1530 Moss

Tlf. 69 20 54 00

**Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas**

Spesialist i oral protetik  
Implantatprotetik  
Tannlegene i Concordiabygget  
Skedsmogaten 7  
2000 Lillestrøm  
Tlf. 63 80 55 77  
post@ticb.no  
www.ticb.no

**Tannlege, dr.odont. Jørn A. Aas**

Spesialist i oral protetik  
Implantatprotetik  
Dyrendal Tannhelsecenter  
Dyrendalsveien 13C  
1778 Halden  
Tlf. 69 21 10 60

**PERIODONTI****INNLANDET****Tannlege Lisa Gjøvik Andresen**

Postadresse: Torggata 83, 2317 Hamar  
Tlf. 65 53 46 08  
Besøksadresse: SpesTorg inng. fra  
Kirkebakken

**Tannlege Knut Sæther**

Systematisk periodontal behandling  
Implantatkirurgi  
Nymosvingen 2, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 17 31  
satherknut@gmail.com

**Tannlege Martin Wohlfeil**

Spesialist i periodonti  
Systematisk periodontal behandling  
Regenerativ kirurgi  
Estetisk mucogingival kirurgi  
Implantatkirurgi  
Klinikk77 AS  
Kirkegata 77  
2609 Lillehammer  
Tlf. 61 24 00 04  
post@k77.no  
Tilgang for handicappede.  
Nær parkering, buss og tog

**Tannlege Klaus Ånerud**

Implantatbehandling  
Parkveien 7, 2212 Kongsvinger  
Tlf. 62 81 46 78  
Faks 62 81 42 20  
klaus.anerud@gmail.com

**MØRE OG ROMSDAL****Colosseum Tannlege avd Apollonia****Tannlege Anders Skodje**

Spesialist innen periodonti

Keiser Wilhelmsgt. 25  
PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

**OSLO****Aktiv Tannklinikk AS****Tannlege Janet M. Østrem**

Spesialist i periodonti  
Systematisk periodontal behandling,  
mukogingival kirurgi, regenerativ og  
implantatkirurgi. Tverrfaglig samarbeid på  
klinikken med protetiker, kjevekirurg og  
endodontist  
Storgata 17, 0184 Oslo  
Tlf. 22 41 80 80  
post@aktivtann.no  
www.aktivtann.no  
Lett tilgang for rullestol/  
bevegelsehemmede. Sentralt, nær tog,  
buss og trikk

**Bjerke Tannmedisin AS****Tannlege PhD Caspar Wohlfahrt**

Implantatkirurgi  
**Tannlege Anders Verket**  
Refstadveien 64  
0589 Oslo  
Tlf. 22 93 93 40  
Faks 22 93 93 41  
cw@tanmedisin.no  
www.tanmedisin.no

**Grefsen Tannlegepraksis AS****Tannlege og Dr.odont. Mawaan Khadra****Tannlege Rita M. Cruz**

Kjelsåsveien 7  
0488 Oslo  
Tlf. 22 15 30 00  
Fax 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

**Slottsparkentannklinikk as****Tannlege, dr.med. Annika Sahlin-Platt**

Systematisk periodontal behandling  
Regenerativ kirurgi  
Mucogingival kirurgi  
Implantatkirurgi  
**Tannpleier Kristin Haugan**  
Parkveien 62  
0254 Oslo  
tlf. 22 44 17 38  
post@slottsparkentannklinikk.no  
www.slottsparkentannklinikk.no

**SpesDent**

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
**Ingeborg Kolseth**  
Spesialist i periodonti  
Tlf. 22 95 51 00  
Fax 21 03 09 60  
www.spesdent.no  
post@spesdent.no

**Spesialistklinikkk for Periodonti as**

Implantatkirurgi  
Tannlege Bettina Iversen Thomseth  
Tannlege John Erik Thomseth  
Hegdehaugsveien 36 b  
0352 Oslo  
Tlf. 22 46 78 10  
Faks 22 60 19 77  
henvisning@spes-periodonti.no

**Tannlegene i Bogstadveien 51 AS****Tannlege dr. odont. Inger Johanne Blix**

Spesialist i periodonti  
Bogstadveien 51  
0366 Oslo  
Tlf. 22 46 42 89  
E-post: post@tb51.no

**TannSpes – TannlegeSpesialistene i Oslo**

Våre tannleger har spesialistkompetanse  
innen de fleste disipliner. Vi har CBCT og  
mikroskop

**Annika Sahlin-Platt** • Spesialist i  
periodonti, PhD

Besøk: Holmenveien 5G, 0374 Oslo  
Post: Postboks 9 Vinderen, 0319 Oslo  
Tlf: 22 20 50 50  
post@tannspes.nhn.no  
www.tannspes.no

**Tannlege Ann Elisabeth Arctander**

Spesialist i periodonti  
Nationalteatret tannklinikk  
Stortingsgaten 28  
0161 Oslo  
Tlf.: 22 83 90 40  
www.ntk.dental  
kontakt@ntk.dental

**Tannlege Nina Bjergene**

Akersgata 16  
0158 Oslo  
Telefon 23 10 53 50  
Faks 22 33 02 87

**Tannlege Mette Gilhus Hillestad**

Slemdal tannlegesenter  
Stasjonsveien 4  
Postboks 31  
Slemdal 0710 Oslo

Tlf. 22 14 18 00  
Faks 22 13 87 33  
www.slemdal-tann.no

**Prof. Odont. Dr. Jan Håkansson**  
Spesialist i perio. Alt innen perio og  
implantater  
Tann- og kjeveklinikken  
Nedre Rommen 5c, 0988 Oslo  
www.tannogkjeveklinikken.no  
siv@tannogkjeveklinikken.no  
Tlf 22 21 42 22

**Periospesialist Ingeborg Kolseth**  
Akersgata 16, 0158 Oslo  
post@periodonti.no

**Tannlege Thomas Norum**  
Skøyen Tannlegekontor  
Karenslyst alle 9 c, 0278 Oslo  
Tlf 22 55 41 79

**Tannlege Sandra Bellagamba Tunbridge**  
Grünerløkka tannhelsesenter  
Thorvald Meyersgt. 33, 0555 Oslo  
Tlf. 22 35 77 92  
Faks 22 35 49 18  
Mobil: + 47 984 777 62

## ROGALAND

**Tannlegene Hetland AS**  
**Tannlege Trond Ole Hetland,**  
**Tannlege Pedro Franca**  
Hinnasvingene 50, Postboks 6097  
4088 Stavanger  
Tlf. 51 88 15 80  
Faks 51 58 83 27  
www.tannlegenehetland.no

**Tannlege Øystein Fardal**  
Johan Feyersg. 12  
4370 Egersund,  
51 49 15 55  
fardal@odont.uio.no

**Tannlege PhD Rigmor S. Flatebø**  
Apollonia tannlegesenter  
Handelens Hus 2. etg., Klubbegaten 2b  
Postboks 397, 4002 Stavanger  
Tlf. 51 85 60 30  
rigmor.flatebo@gmail.com

## TRØNDELAG

**Bakke Tannlegekontor AS**  
**Spes.Perio.Dr. Odont Helge Ehnevid**  
Nedre Bakklandet 58 c  
7014 Trondheim  
Tlf. 73 56 88 00  
Faks 73 56 88 01  
post@bakkettannlegekontor.no

## VESTFOLD OG TELEMAR

**Colosseum Tannlege Sandefjord**  
**Tannlege Bernt Johan Evensen**  
Spesialist i periodonti  
Thor Dahlsg. 1 – 3 – 5  
3210 Sandefjord  
Tlf. 33 46 52 18  
sandefjord@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Holtanklinikken, Prof. Dr. odont.**  
**Hans R. Preus**  
Periodontittbehandling  
Implantatkirurgi  
Implantatprotetikk  
Folkestadvegen 12, Postboks 153  
3833 Bø i Telemark  
Tlf. 35 06 10 50  
Faks. 35 06 10 58  
Holtanklinikken@hotmail.no

**Perio Tannklinikken AS**  
**Tannlege Nico H. Toosinejad**  
Systematisk periodontal behandling  
Mucogingival kirurgi  
Implantatkirurgi  
Kilgata 9, 3217 Sandefjord  
Tlf. 33 46 22 11, 33 46 28 13  
Faks 33 46 22 34  
info@periotannklinikken.nhn.no

## VIKEN

**Colosseum Tannlege Lillestrøm**  
**Tannlege Torkel Kolsrud**  
Spesialist i periodonti  
Dampsagveien 4  
2000 Lillestrøm  
Tlf 64841050  
lillestrom@colosseum.no  
www.colosseum.no

**Kransen Tannlegesenter AS**  
3 spesialister i periodonti  
Systematisk periodontal behandling  
Implantatbehandling  
Estetisk mucogingival kirurgi  
Kransen, 16, 1531 Moss  
kransentannlegesenter.no  
kransen@smilehull.no  
Tlf: 69 25 19 82

**Ringerike Tannlegesenter AS**  
**Tannlege Dr.Odont Kristin M. Kolltveit**  
Spesialist i periodonti  
Periodontitt behandling  
Implantatbehandling  
Mukogingival kirurgi  
Preprotetisk gingival kirurgi  
Kartverksveien 9, 3511 Hønefoss

Tlf. 32 12 10 07  
post@ringeriketannlegesenter.no

**Spesialistklinikken Union Brygge AS**  
**Tannlege Jon Flinth Vatne**  
Spesialist i periodonti  
**Tannlege Kerstin Schander**  
Spesialist i periodonti  
**Tannlege Thomas Norum**  
Spesialist i periodonti  
Grønland 40  
3045 Drammen  
post@spesialistklinikken-ub.nhn.no  
Tlf. 97 47 43 00

**Varna Tannlegesenter**  
**Jon Olav Kubberød**  
Spesialist i periodonti  
Lilleeng Helsepark  
Rosenvingesvei 8, 1523 Moss  
2.etg, inngang B  
Tlf: 69 26 49 00  
E-post: post@varna-tannlegesenter.nhn.no  
www.varnatannlegesenter.no

**Vinterbro Tannlegesenter**  
**Maziar G. Shabestari**  
Spesialist i periodonti, PhD i benbiologi  
Sjøskogenveien 7  
1407 Vinterbro  
Tlf. 40 46 20 00  
https://vinterbrotannklinikk.no  
mail@vinterbrotannklinikk.no

**Tannlege Karin Børsum**  
spes. i periodonti,  
Tannlegene i Jarhuset  
Jarveien 1  
1358 Jar  
Tlf. 67 53 63 72

**Tannlege Ph.D. Morten Enersen**  
**Asker Tannhelse**  
Smuget 1b, 1383 Asker  
Tlf. 66 78 65 00  
Mobil: 481 105 46  
moenerse@online.no

**Tannlege Marie Fjærtøft Heir**  
Strøket 9, 1383 Asker  
Tlf. 66 78 97 47  
Faks 66 75 93 33

**Tannlege Berit Bae Lie**  
Sentrumsveien 4, 1400 Ski  
Tlf. 64 87 41 20  
Faks 64 87 19 50

**Tannlege Tove Roscher**

Depotg. 20, 2000 Lillestrøm  
Tlf 63 81 22 76  
post@tannlegenedepotgaten.no

**Periospesialist Sandra B. Tunbridge**

Drammen Spesialistsenter  
Øvre Torggate 10  
3017 Drammen  
Tlf. 32 83 60 00  
Faks 32 83 55 90  
post@drammen-spesialistsenter.no  
www.drammen-spesialistsenter.no

**Tannlege Lars Walle AS**

Tannlege Lars Walle, spes. Periodonti  
Tannlege Trond Telje, spes. Periodonti  
Periodontittbehandling  
Implantatkirurgi  
Lystgassbehandling  
Gudes gate 1, 3. etg.  
1530 Moss  
Tlf. 69 20 54 00  
resepsjon@tannlegewalle.no  
www.tannlegewalle.no

**SPESIALKOMPETANSE****IMPLANTATPROTETIKK**

\* Godkjent til å utføre implantatprotetisk behandling med tryggestønad.

**AGDER****Torvgården Tannhelsesenter AS**

Tannlege Steinar Osmundsen sr  
Agnefestveien  
4580 Lyngdal  
Tlf. 38 34 44 80  
Faks 38 34 44 20  
post@torvtann.no  
Åpningstider: Man–fre 08.00–16.00  
Lørdag etter avtale  
Tilrettelagt for rullestolbrukere

**Tannlege Solveig Knobel Atkinson**

Spesialkompetanse i implantatprotetikk  
Knobel Atkinson Tannlegesenter  
Torsbyveien 18, PB 199, 4703 Vennesla  
Tlf. 38 15 54 40, Fax: 38 15 46 00  
post@tennene.no, www.knobelatkinson.no

**INNLANDET****Hartz Dental AS**

Tannlege Einar Hartz  
Storgata 7b  
2408 Elverum  
Tlf 62432100  
www.hartzdental.no  
info@hartzdental.no

**Tannlege Ingvild Sæthre Gulling**

Lillehammer Tannhelse  
Nymosvingen 6  
2609 Lillehammer  
Tlf. 61 26 03 63

**Tannlege Ole Johan Hjortdal as**

Kirkegt.12, 2609 Lillehammer  
Tlf. 61 25 06 92  
ojohjort@online.no.

**Tannlege Gunnar Steinsvoll AS**

Johan Nygårdsgt. 11B  
2670 Otta  
Tlf. 61 23 00 26  
post@gsteinsvillas.nhn.no  
Implantatprotetikk, sedasjon, lystgass.  
Tilgjengelighet for funksjonshemmede.

**Tannlege dr.odont. Svein E. B. Steinsvoll**

Spesialist i periodonti  
Implantatkirurgi og Implantatprotetikk  
Sagvollveien 1, 2830 Raufoss

Tlf. 61 19 14 81  
sebstein@online.no

## MØRE OG ROMSDAL

### Colosseum Tannlege avd Apollonia

#### Tannlege Fredrik Skodje

PB 605, 6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Faks 70 10 46 71  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

### Tannlege Tale Flatsetø

Eidsbergvegen 27, 6490 Eide  
Tlf. 71 29 63 11  
taleflat@icloud.com

### Tannlege Helene Herje

Tannlegene i Myrabakken  
Myrabakken 5, 6413 Molde  
Tlf. 71 21 55 15  
post@tannlegeneimyrabakken.no  
www.tannlegeneimyrabakken.no  
Tilrettelagt for rullestolbrukere

### Tannlege Anne-Christel Rebni

Romsdalsgata 1  
6413 Molde  
Tlf 71 25 18 32

## NORDLAND

### Tannlege Mette Bergh

Søndre Frydenlund Allé 6  
8400 Sortland  
Tlf: 76 12 64 02  
mette@moysalen.com  
www.moysalen.com

### Tannlege Per Hamre

Tannboden AS  
Brønnøysund tlf 924 79 700  
Mo i Rana 404 60 800  
perhamre@hotmail.com  
www.tannboden.no

## OSLO

### Festningen tannklinikk

#### Tannlege Rune Hamborg

Nedre Vollgt 1  
0158 Oslo  
Tlf: 22 91 02 90  
firmapost@raadhusstann.no  
www.festningen-tannklinikk.no

### Fjærvik klinikken

Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik  
Samarbeider med kjevekirurg Even Mjøn  
Sommerrogata 13-15, 0255 Oslo  
Tlf. 21 63 16 00

www.fjaerviklinikken.no  
Epost: post@fjaerviklinikken.no  
Tilgjengelig for bevegelseshemmede  
Kveldsåpent

### Grefsen Tannlegepraksis AS

#### Tannlege Kristin W. Haugstoga

Samarbeider med Tannlege og Dr.odont.  
Andreas Karatsaidis  
Kjelsåsveien 7  
0488 Oslo  
Tlf. 22 15 30 00  
Fax 22 15 29 00  
post@tannlegepraksis.no  
www.tannlegepraksis.no

### Holmlia Tannlegekontor AS

#### Tannlege Henning Moen Løvaas

Holmlia sentervei 12  
1255 Oslo  
Tlf.: 22 61 42 08  
e-post: adm@holmliatannlegene.no  
hjemmeside: www.holmliatannlegene.no  
Vi har tilgang for rullestolbrukere, 2 timer gratis parkering

### SpesDent

Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31

#### Henrik Skjerven

Spesialist i oral protetik  
Implantatprotetik

#### Knut Øverberg

Spesialist i oral protetik  
Implantatprotetik  
Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 21 03 09 60  
post@spesdent.no  
www.spesdent.no

### Tannlege Siv Kristin Helgheim

#### Tannlege Parwana Naimy

Tann- og kjeveklinikk  
Nedre Rommen 5C, 0988 Oslo  
siv@rommentannhelse.no  
www.tannogkjeveklinikk.no  
Tlf: 22 21 42 22

### Tannlege, PhD (dr.odont) Elisabeth

#### Aurstad Riksen

Bygdøy Alle 58 B, 0265 OSLO  
Tlf. 22 44 86 13  
tannrik@online.no  
www.tannlege-ar.no  
Åpningstider: Man–fre 8–16

## ROGALAND

### Colosseum Tannlege Stavanger

#### Kjetil Kaland

Spesialkompetanse implantat  
Haakon VII's gate 7,  
4005 Stavanger,  
Tlf: 51 50 11 50  
sotra@colosseum.no  
www.colosseum.no

### Forus Tann- & Kjeveklinikk

#### Tannlege Linh Bui

#### Tannlege Øivind Nerheim Torkelsen

Luramyrvеien 12, 4313 SANDNES  
Tlf: 51 96 99 99  
post@forustann.no  
www.forustann.no

### Tannlegene Hetland AS

#### Tannlege Trond Ole Hetland

#### Tannlege Pedro Franca

Implantatbehandling  
Hinnasvingene 50, Postboks 6097  
4088 Stavanger  
Tlf. 51 88 15 80  
Faks 51 58 83 27  
www.tannlegenehetland.no

### Waage Tannlegesenter

#### Tannlege Fredrik Waage

Kjøpmannsbrotet 5  
4352 Kleppe  
Tlf. 51 42 16 94  
Mail: post@waage.no  
Web: www.waage.no  
Åpningstider: 08.00–15.30.

### Tannlege Leif Berven

Pb 430  
4379 Egersund  
Tlf. 51 49 11 30  
Faks 51 49 33 82  
leif\_berven@hotmail.com

### Tannlege Helge Øyri

Implantatprotetik Langgt. 41–43  
Pb. 454  
4304 Sandnes  
Tlf. 51 66 17 30  
helg-rao@online.no  
Sertifisert i implantatbehandling i 2013 av  
EAO

## TROMS OG FINNMARK

### Byporten Tannklinikk

#### Oral kirurg Seong Hwan Jeon

Skippergt 32  
9008 Tromsø  
mail@byportentannklinikk.no



www.byportentannklinikk.no  
Tlf. 77 67 31 00

#### **Tromsø tannkirurgi og narkose senter as**

Sjøgata 39  
9008 Tromsø  
Tlf. 97 53 50 00  
post@abakin.no

#### **TRØNDELAG**

##### **Bakke Tannlegekontor AS Kjell Ulsund, Kai Sandvik**

Nedre Bakklandet 58 c  
7014 Trondheim  
Tlf: 73 56 88 00  
Faks 73 56 88 01  
post@baketannlegekontor.no

##### **SANDEN TANNHELSE**

##### **Tannlege Bjørn Thunold**

Implantatprotetikk og lystgass  
Kongens gate 60  
7012 Trondheim  
Tlf. 73 52 71 73  
Faks 73 50 41 97  
post@sandentannhelse.no  
http://www.sandentannhelse.no

##### **TANNLEGE ALSTAD AS**

v/Tannlege Miriam Elisabeth Alstad  
v/Tannlege Per Johan Alstad  
Jernbanegt. 15  
7600 Levanger  
tlf. 74 08 23 35  
mea@tannlege-alstad.no  
pja@tannlege-alstad.no  
www.tannimplantater.no

##### **Tannlegene Bjørnaas & Brenne Lundh AS**

##### **Tannlege Ida B. Lundh**

Godkjent for implantatprotetikk med trygdestønad  
Sjøgata 2b  
7600 Levanger  
tanneb@online.no  
74 08 43 40 (kontor)  
97 10 07 32 (mobil)  
www.tannlege-levanger.no

##### **Tannlegene Øyasæter og Hageskal AS**

Tannlege Kjell Øyasæter  
Tannlege Kathrine Hageskal  
Godkjent for implantatprotetikk med trygdestønad  
Skograndveien 34  
7200 Kyrksæterøra  
Telefon 72 45 26 50  
E-mail: tanngard@hemne.as

##### **Tannlege Niklas Angelus**

Abel Margrethe Meyersgt. 8  
7800 Namsos  
Tlf. 74 27 22 69  
nik.angelus@gmx.net  
Åpningstider mandag–fredag 8.30–16.00  
Mulighet for å ta imot funksjonshemmede

##### **Tannlege Lars Rudel**

Skolegata 14  
7713 Steinkjer  
Tlf. 74 16 14 17  
lars.rudel@marsmail.de  
Åpningstider 08.15–15.30 (17.30)  
Tilgjengelighet for funksjonshemmede

#### **VESTFOLD OG TELEMAR**

##### **Perio Tannklinikken AS**

##### **Tannlege, periodontist Nico H.**

##### **Toosinejad**

Kilgata 9, 3217 Sandefjord  
Tel 33 46 22 11, 33 46 28 13  
Faks 33 46 22 34  
info@periotannklinikken.nhn.no

##### **Tannklinikken Skeie AS**

Tannlege Anne Therese Omdal  
Tannlege Rune Skeie  
(Oralkirurg Fredrik Lindberg)  
-sedasjon/narkose om ønskelig  
Aagaards plass 1  
3211 Sandefjord  
Tlf: 33 46 61 71  
resepsjon@tannklinikken.no

##### **Tønsberg tannhelse Tannlege MNMF**

##### **Gisle Prøsch**

Grev Wedelsgt. 10  
3111 Tønsberg  
Tlf. 33 37 98 03  
Faks 33 37 98 19  
gisle.proesch@gmail.com  
www.tannhelse.no

#### **VESTLAND**

##### **Colosseum Tannlege Bergen**

##### **Tannlege Odd Helgevold-Engelsen**

Spesialkompetanse implantat protetikk  
Fortunen 1  
5013 Bergen  
Tlf 55 30 04 50  
bergen@colosseum.no  
www.colosseum.no

#### **VIKEN**

##### **Bekkestua Tannmedisin AS**

##### **Tannlege Gyri Dingsør**

Tilrettelagt for rullestolbrukere  
Gamle Ringeriksvei 37

1357 Bekkestua  
Tlf. 67 83 22 10  
Faks 67 83 22 15  
post@bekkestuatannmedisin.no

##### **Colosseum Tannlege Fredrikstad**

##### **Tannlege Pål Sørensen**

Spesialkompetanse Implantatprotetikk  
Nygårdsgata 49/51  
1607 Fredrikstad  
Tlf: 69 31 24 24  
fredrikstad@colosseum.no  
www.colosseum.no

##### **Colosseum Tannlege Fredrikstad Private**

##### **Tannlege Finn André Hammer**

Spesialkompetanse Implantatprotetikk  
Farmansgate 2,  
1607 Fredrikstad  
Tlf: 69 36 88 00  
fredrikstadprivate@colosseum.no  
www.colosseum.no

##### **Ringerike Tannlegesenter AS**

##### **Tannlege Bjørn Even Gulsvik**

Kartverksveien 9  
3511 Hønefoss  
Tlf. 32 12 10 07  
post@ringeriketannlegesenter.no

##### **Tannlege Trond Anderssen**

Drammen Spesialistsenter  
Øvre Torggate 10  
3017 Drammen  
Tlf. 32 83 60 00  
Faks 32 83 55 90  
post@drammen-tannlegesenter.as  
www.drammen-tannlegesenter.no

##### **Tannlege MNMF Hans Kristian Dahl**

Son Torg, Storgt. 25  
1555 Son  
64 95 80 00/64 95 85 85  
tahk.da@online.no

##### **Tannlege Bent Dramdal**

Myntgt. 5, 3616 Kongsberg  
Tlf. 32 73 10 06, faks 32 72 42 28  
Klokkebakkentannlegene@gmail.com

##### **Tannlege Terje Døvik**

Samarbeider med  
Dr.odont, oralkirurg Gudmundur Björnsson  
Oralkirurg Kjetil Misje  
Drammen Oralkirurgi  
Torgeir Vraas plass 6, 3044 Drammen  
Tlf. 32 27 67 50  
terje.doviken@drammenoralkirurgi.no  
www.drammenok.no

### **Tannlege Petter Giving**

Tannlegene Giving A/S  
Skjetten senteret  
2013 Skjetten  
Tlf. 64 83 10 10

### **Tannlege Sven Grov**

Jessheim Tannlegesenter  
Stallvegen 4  
2050 Jessheim  
Tlf. 63 94 76 00  
Faks 63 94 76 10  
E-post: svengrov@online.no

## **LYSTGASS**

### **MØRE OG ROMSDAL**

#### **Colosseum Tannlege avd Apollonia**

#### **Tannlege Fredrik Skodje**

Keiser Wilhelmsgt. 25  
P.b. 605, 6001 ÅLESUND  
Tlf: 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

### **TRØNDELAG**

#### **Bakke Tannlegekontor AS**

#### **Kjell Ulsund**

Nedre Bakklandet 58 c  
7014 Trondheim  
Tlf: 73 56 88 00  
Faks 73 56 88 01  
post@bakketannlegekontor.no

#### **TANNLEGE ALSTAD AS**

v/Tannlege Per Johan Alstad  
Jernbanegt. 15, 7600 Levanger  
Tlf. 74 08 23 35  
pja@tannlege-alstad.no  
www.tannimplantater.no

## **NARKOSE/SEDASJON**

### **AGDER**

#### **Colosseum Nordmo**

#### **Ved anestesioverlege Tom H. Hansen og**

#### **Albrecht Brazel**

Industrigata 4, PB 1024 Lundsiden  
4687 Kristiansand  
Tlf. 38 09 54 10  
Faks 38 09 04 04  
nordmo@colosseum.no  
www.colosseum.no

### **INNLANDET**

#### **Aktiv Tannhelse AS**

Lille Strand gt. 3  
2317 Hamar  
Telefon: 62523696  
post@aktivtannhelse.no  
www.aktivtannhelse.no

#### **Lillehammer Tannhelse**

Avd. Lillehammer  
Nymosvingen 2  
2609 Lillehammer  
Telefon 61 26 03 63  
admin@lillehammertannhelse.no

### **MØRE OG ROMSDAL**

#### **Colosseum Tannlege Apollonia**

#### **Ved anestesilege Robert Bergseth**

PB 605  
6001 Ålesund  
Telefon 70 10 46 70  
Telefaks 70 10 46 71  
firmapost@apollonia.no  
www.apollonia.no

### **OSLO**

#### **Fjærvik klinikken**

Tannlegene Ingrid Fjærvik og Vera Breivik  
Narkose/sedasjon/lystgass  
Sommerogata 13-15, 0255 Oslo  
Tlf. 21 63 16 00  
www.fjaervikklinikken.no  
Epost: post@fjaervikklinikken.no  
Tilgjengelig for bevegelseshemmede  
Kveldsåpent

#### **SpesDent**

Vi tilbyr behandling i sedasjon/narkose.  
Spesialistklinikken i Hegdehaugsveien 31  
0352 Oslo  
Tlf. 22 95 51 00  
Faks 21 03 09 60  
www.spesdent.no  
post@spesdent.no

### **TROMS OG FINNMARK**

#### **Tromsø tannkirurgi og narkose senter as**

Sjøgata 39  
9008 Tromsø  
Tlf. 97 53 50 00  
post@abakin.no

### **TRØNDELAG**

#### **SANDEN TANNHELE AS,**

#### **Tannlege MNTF Ellen Grøntvedt**

#### **Tannlege MNTF Bjørn Thunold**

#### **Tannlege og spesialist i oral kirurgi**

#### **Thomas Klimowicz**

Kongens gate 60, 7012 Trondheim  
Åpningstider alle dager 0800–1530.  
Kveldstid mulig etter avtale.  
Telefon/faks: 73 52 71 73/73 52 71 72  
post@sandentannhelse.no  
Hjemmeside: www.sandentannhelse.no

### **VESTFOLD OG TELEMARK**

#### **Tannklinikken Skeie AS**

Kons, protetik, syst.perio.,  
endo, kirurgi, implantat  
i sedasjon eller narkose  
Overlege Johan Peder Smedvig,  
spes. i anestesiolegi  
Aagaards plass 1  
3211 Sandefjord  
Tlf: 33 46 61 71  
resepsjon@tannklinikken.no

### **VIKEN**

#### **Colosseum Fredrikstad Private**

#### **Tannlege Kai B. Hannestad**

Spesialist i oral protetik  
Farmansgate 2, 1607 Fredrikstad  
Tlf: 69 36 88 00  
fredrikstadtannhelsesenter@colosseum.no  
www.colosseum.no

#### **Drammen Tannlegesenter/**

#### **Drammen Spesialistsenter**

i samarbeid med anestesilege Terje  
Hanche-Olsen  
Øvre Torggt 10  
3017 Drammen  
Tlf. 32 83 60 00  
www.drammen-tannlegesenter.no

## **ANDRE KOLLEGIALE HENVISNINGER**

NTF påtar seg ikke ansvar for at tannleger som annonserer under «andre kollegiale henvisninger» har nødvendige formelle kvalifikasjoner.

Under denne overskriften kan man annonsere at man tar i mot henvisninger innenfor oral implantologi, narkose, odontofobi osv.

For mer informasjon, henv.

Eirik Andreassen, tlf. 22 54 74 30,  
eirik.andreassen@tannlegeforeningen.no

## **OSLO**

### **Avdeling for patologi, Rikshospitalet**

Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo

Tar imot og besvarer biopsier fra tannleger og oral kirurgi

Spesialkompetanse i oralpatologi

Tannlege, dr. odont. Tore Solheim

Telefon: 22 84 03 78/41 44 73 36

solheim@odont.uio.no

Tannlege, Phd Tine Søland

Telefon: 22 84 03 76

tinehe@odont.uio.no

### **Festningen tannklinikk**

#### **Lege og tannlege Steven Anandan**

Festningen tannklinikk

Nedre Vollgt 1

0158 Oslo

Tlf: 22 91 02 90

firmapost@raadhusstann.no

www.festningen-tannklinikk.no



## **Holder ganske trygt for deg?**

Holder det at det du leser er **nesten** sant?

Samfunnet preges av en overflod av informasjon, gjennom etablerte og nye kanaler. Fagpressens 216 medlemmer er alle spesialister på sine områder. Titler med kvalitetsstempelen Fagpressen forplikter seg til å bringe deg uavhengig og pålitelig innhold – underlagt Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Dette gir kvalitetsjournalistikk, som bidrar til en konstruktiv samfunnsdebatt. Våre medier har 1,9 millioner\* månedlige lesere på nett og nær 3,9 millioner\*\* abonnenter og mottakere av papirutgaver.

**Det er avgjørende for oss at det du leser er til å stole på.**

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på [fagpressen.no/palitelig](http://fagpressen.no/palitelig)

 **Fagpressen**

\* ComScore/Kantar \*\*Fagpressens opplagskontroll

# tidende

## Frister og utgivelsesplan 2021

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



## Utvikle fremtidens tannhelsetjenester.

Vi søker tannleger og spesialister til våre klinikker i Norge.

Livskvalitet



Bærekraftig utvikling

Mangfold

Orbdent er en nytenkende markedsutfordrer som eies og drives av tannleger.

Med våre verdier - livskvalitet, bærekraftig utvikling og mangfold - investerer vi i utviklingen av fremtidens tannhelsetjenester for en friskere og mer bærekraftig verden.

Vi søker deg som deler våre verdier og brenner for ditt yrke. Du gir dine pasienter eksepsjonell service, enestående kvalitet og individuell oppfølging.

Les mer og søk på [orbdent.no](http://orbdent.no).



Kontaktperson:  
Sara Nordevall  
Daglig leder/Tannlege  
Tlf. 47 95 46 97  
[sara@orbdent.com](mailto:sara@orbdent.com)

STILLING LEDIG

**TANNLEGEVAKT OSLO S OG  
HOLMLIA TANNLEGESENTER**

Søker tannlege i heltid/deltid stilling som kan jobbe selvstendig.  
Moderne klinikk med gode muligheter.  
Tiltredelse fra jan. 2021 eller etter avtale.  
Søknad sendes på mail.  
tannlegers@gmail.com eller kontakt Singh 41 23 89 50

**SUNNMØRE: FOSNAVÅG**

Vi søker tannlege til ei 100 % stilling ved Herøy Tannlegesenter i Fosnavåg. Tre tannlegar jobbar frå før ved klinikken. 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 søkeren. Ved spørsmål og interesse rundt stillinga send e-post til synne.ryan@gmail.com eller post@heroytann.no. Tlf. 45 44 03 07.

# Tannlege med erfaring søkes

Vi Kan Helse er en privat klinikk med tannlegepraksis og legepraksis sentralt i Lørenskog kommune. Tannlegepraksisen består i dag av en tannlege. Vi ønsker å utvide med en tannlege til.

Lørenskog kommune er en av de raskest voksende kommunene i Viken fylke og vi ser stor potensial for den rette kandidaten.

Vi søker etter en autorisert tannlege med minimum to års arbeidserfaring, som er interessert i å arbeide deltid eventuelt heltid. Tannklinikken har god pasientpågang og vi kan tilby gode betingelser. Du bør være en fremoverlent person med ønsker om å bygge egen pasientportefølje

Spørsmål kan rettes til daglig leder Fanny Irene Viken på tlf. 93292226, eller styrets leder Rakhee Malhotra på tlf. 99472951. Skriftlig søknad med CV kan sendes til [admin@metrolegesenter.no](mailto:admin@metrolegesenter.no) Se [www.vikanhelse.no/tannlege-lorenskog/](http://www.vikanhelse.no/tannlege-lorenskog/) for informasjon om klinikken.

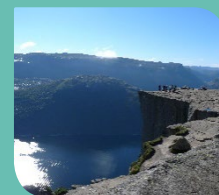


TANNHELSE  
ROGALAND

**Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?**

**Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!**

Ledige stillinger er annonsert på [www.tannhelse Rogaland.no](http://www.tannhelse Rogaland.no).



## TANNLEGE SØKES – INNLANDET

Vi søker en tannlege på fulltid eller deltid til vår klinikk på Tretten, 20min nord for Lillehammer. Klinikken har stor og veletablert pasientbase, er fullt utstyrt, egen tannhelsesekretær, og har ambulerende oralkirurg.

Dette er en spennende mulighet for deg som ønsker en variert arbeidshverdag omgitt av nydelig natur, med fantastiske turmuligheter sommer som vinter.

Nøkkelegenskaper vi vektlegger er kvalitetsbevisst, positiv, faglig interessert og engasjert. Det er gode betingelser for den riktige kandidaten. Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig, og ha norsk autorisasjon. Søknad + CV sendes til [cathrine@tannlegesenter.as](mailto:cathrine@tannlegesenter.as)



### ENEBAKK TANNLEGEKONTOR

søker etter kvalitetsbevisst tannlege som jobber selvstendig, er interessert i deleierskap om noen år og som kan få mulighet for overtakelse av tannlegekontoret om 10 år.

Stillingen er for øyeblikket redusert til 50 % pga. de strenge smitteverntiltakene.

Tiltredelse f.o.m. 01.02.2021.

For henvendelse send mail til

[enebakk.tannlegekontor@outlook.com](mailto:enebakk.tannlegekontor@outlook.com) eller ring tlf. 41334105.

### TANNLEGE I HELTID/ DELTIDSSTILLING

søkes til vår moderne tannklinikk. Vi er en veldrevet privateid tannklinikk i Follo med 3 behandlingsrom, nyoppussete lokaler med moderne tannlegeutstyr. For den rette søkeren kan vi tilby godt pasientgrunnlag og muligheten å begynne omgående. Erfaring i tannkirurgi, endodonti og operasjon er ønskelig. Velkommen som søker.

Ved interesse send mail til [Stillingtannlege@gmail.com](mailto:Stillingtannlege@gmail.com)

### DRAMMEN / VIKEN

I Drammen sentrum søker vi tannlege i vikariatstilling. Norsk autorisasjon. Du må beherske norsk muntlig og skriftlig. Vi ser også etter en polsk kandidat som er tannlege. Ved spørsmål, søknad, CV og referanse kan det sendes til [kellym2000@gmail.com](mailto:kellym2000@gmail.com)

### TANNLEGEKONTOR TIL LEIE I TRONDHEIM SENTRUM

Fullt utstyrt praksis samlokalisert med tannteknisk laboratorium. Vi søker en tannlege som ønsker å jobbe i tett samspill med tanntekniker. Ring Idar 92 03 50 35

## Tannlege Odda – fulltidsstilling

- Veletablert praksis i nydelige Odda
- Stor pasientbase og variert hverdag
- Fullt utstyrt klinikk, 3 behandlingsrom, tannhelsesekretær
- Noe jobberfaring er ønskelig, veileder tilgjengelig
- Gode betingelser for riktig kandidat
- Startdato vår / sommer 2021



Send CV og søknad til [karsten@tannlegesenter.as](mailto:karsten@tannlegesenter.as)

## TANNLEGE – ROGALAND

Vi har mye å gjøre og søker derfor etter en ny tannlege som kan forsterke vårt fantastiske team på Kvernaland Tannlegesenter. Klinikken ligger ca. 20 minutter utenfor Stavanger, og har en meget veletablert og lojal pasientbase. Vi har moderne utstyr, 3 behandlingsrom, OPG, 2 tannhelsesekretærer, og ambulerende oralkirurg.

Vi ser etter tannleger som brenner for faget sitt, er serviceinnstilt, og positive. Det er gode betingelser for den riktige kandidaten. 60-100% stilling. Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig, samt ha norsk autorisasjon. Søknad + CV sendes til [cathrine@tannlegesenter.as](mailto:cathrine@tannlegesenter.as)




## Vi søker tannleger!

Bli med i Norges største tannlegefelleskap

Colosseum Tannlege vokser og søker nå flere tannleger sentralt i Oslo, Tønsberg, Skien, Stavanger og Trondheim. Som tannlege hos oss får du tilgang til høyteknologisk utstyr på moderne klinikker, tverrfaglig kompetanse og helt unike etterutdanningsmuligheter gjennom Colosseum Academy.



**Interessert?** Ta kontakt med Line Lantz, regionsleder Østlandet, for en uforpliktende prat: [Line.lantz@colosseum.no](mailto:Line.lantz@colosseum.no) / 982 24 717

 Colosseum Tannlege  
Sunn munn. Hele livet.

### 100 % TANNLEGESTILLING I FØRDE, VESTLAND

Veletablert klinikk med 100 % tannhelsesekretær og god pasienttilgang søker tannlege med tiltredelse 2. august 2021. Moderne utstyrt. Deler nye lokaler med flere tannleger, tannpleiere, sekretærer og tanntekniker midt i Førde sentrum. Vi ser etter ein person som er engasjert, omgjengeleg og har eit godt handlag med pasientar. I tillegg må søker ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftleg. Send søknad og cv til: [t.evjensvold@gmail.com](mailto:t.evjensvold@gmail.com)

### SJØSIDA TANNKLINIKK I ULSTEINVIK

Vi søker tannlege i 50–100 % stilling etter ønske. Vi er i dag to tannleger og tre sekretærer. Vi har fire behandlingsrom, OPG og bruker Trios scanner. Søkere må ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftlig. For søknad eller spørsmål send e-post til [post@sjosidatannklinikk.no](mailto:post@sjosidatannklinikk.no)

### LAMBERTSETER TANNHELSE (OSLO)

Vi er en nyetablert og topp moderne klinikk i vekst. Klinikken består i dag av to tannleger, en tannpleier og tre tannhelsesekretærer. Vi søker etter en dyktig, selvstendig og arbeidsvillig tannlege som bidrar til et godt miljø. To–tre dager i uken (herunder en kveld) med mulighet for mer. Minimum to års erfaring, gjerne med spesialisering innen endodonti eller oralkirurgi. Må ha norsk autorisasjon. For søknad eller spørsmål, send e-post til [annelisehuus@hotmail.com](mailto:annelisehuus@hotmail.com)

### STAVANGER

Assistenttannlege søkes til travel og veldrevet praksis sentralt i Stavanger. Ett års vikariat med mulighet for forlengelse. På sikt muligheter for å kjøpe seg inn. Søkere må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi søker en som er blid og positiv og passer godt inn i vårt kjekke team. Søknad sendes til [karianne.rimbereid@gmail.com](mailto:karianne.rimbereid@gmail.com)



### INNLANDET: TANNLEGESTILLING LENA

Tannstellet, Lena Tannhelsesenter AS, søker tannlege til 100 % stilling til vår tannklinikk på Lena i Østre Toten (ca. 15 minutter fra Gjøvik). Vi søker etter en dyktig, selvstendig og arbeidsvillig tannlege som også er med på å bidra til et godt miljø. Du har i tillegg godt håndlag med pasienter og er serviceinnstilt. Du som søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk muntlig og skriftlig. Erfaring og kjennskap til OPUS er en fordel. Vi har en solid kundemasse, moderne klinikk med fullt utstyr og kan tilby gode betingelser. Oppstart så snart som mulig. Søknad med CV og referanser sendes til e-post [gjestrumkjellaug@gmail.com](mailto:gjestrumkjellaug@gmail.com). Vår klinikk: [www.tannstellet.no](http://www.tannstellet.no)

### NANNESTAD

Vi søker en dyktig, selvstendig og arbeidsvillig tannlege for 60 % stilling med sannsynlig oppstart i mars. Vi er en veldreven og topp moderne utstyrt tannlegepraksis i Nannestad. Vi søker også en spesialist i oralkirurgi/oralmedisin som kan jobbe 2-4 dager i mnd. Spørsmål, søknad, CV og referanser sendes til [post@nannestad-tannlegesenter.no](mailto:post@nannestad-tannlegesenter.no)

### LEDIG STILLING ASSISTENTTANLEGE SANDVIKA TANNKLINIKK

Svangerskapsvikariat ledig fra primo mai 2020 – april 2021. 4 dager/ uke, veldrevet og travel allmennpraksis med 5 tannleger sentralt i Sandvika sentrum, svært god pasienttilgang og mye recall, allsidig praksis med godt fagmiljø og arbeidsmiljø. For mer info om tannklinikken se: [www.tannklinikken.com](http://www.tannklinikken.com). Ønsker en tannlege med god arbeidskapasitet og godt humør! Ta kontakt snarlig: [kristin@tannklinikken.com](mailto:kristin@tannklinikken.com)

**DVI TANNKLINIKK** søker etter en dyktig og engasjert tannlege til vår klinikk sentralt i Fredrikstad sentrum. I dag er vi en allmenn tannlege, en spesialist i oral kirurgi, en spesialist i oral protetikk, to sekretærer og en tanntekniker på huset. Søknaden sendes til [dvitannklinik@gmail.com](mailto:dvitannklinik@gmail.com). CV Behandles konfidensielt.

### TANNLEGE SØKES TIL DRAMMEN

Hvite Smil tannlegesenter søker tannlege til travel praksis i Drammen. I utgangspunktet 2 dager i uken med mulighet for mer. Vi ønsker at du behersker alle typer tannbehandling, gjerne også implantatprotetikk med refusjon. Gode betingelser. E-post til [mail@hvitesmil.no](mailto:mail@hvitesmil.no)

## Nærbo Tannlegesenter på Jæren, søker tannlege!

Da en av våre tannleger skal begynne på spesialisering innen periodonti til høsten, trenger vi en ny tannlege med oss på laget.

Vi kan tilby utfordrende og spennende arbeid sammen med tre andre tannleger, en tannpleier og syv sekretærer. Klinikken er velutstyrt med bla. Trios Move, CBCT og X-guide. Lokalene er lyse og trivelige, og ligger i 2 minutters gange fra togstasjonen.

Nettside: [www.narbotann.no](http://www.narbotann.no)

Søknad sendes til: [post@narbotann.no](mailto:post@narbotann.no)



## Ny jobb i en by i vekst? Med spennende naturmuligheter, rikt kulturliv, og ca. 2000 nye innbyggere per år?

### Ledig 80%-stilling for assistenttannlege i Sandnes

Gode inntektsmuligheter og variert arbeid. Store og lyse lokaler midt i Sandnes sentrum med moderne innredning. Velutstyrt klinikk med mye humor i gangene og en gjeng ansatte som ikke er helt voksne ennå...

Sandnes er en by i vekst og vi har et godt rykte, så vi får en del nye ofre. Vi har mange pasienter med tannbehandlingsfrykt som kommer til oss, så du bør like å jobbe med denne gruppen pasienter.

Må snakke norsk flytende.

#### Mulighet for spesialistpraksis

Det er også plass i lokalene for en spesialist som ønsker å etablere seg i Sandnes. Sandnes har på tross av sin størrelse få spesialister.

Se oss på vår webside:  
[www.visdommen.no](http://www.visdommen.no)

Søknad eller spørsmål kan sendes til  
Ralf B. Husebø: [tannlege@ralf.no](mailto:tannlege@ralf.no).

**Søknadsfrist: 8. mars**



#### Sandnes

Byen er i vekst og er nå større enn Drammen og Tromsø. Det er en flott by med mange fritidstilbud og fantastisk natur. I 2008 var byen europeisk kulturhovedstad sammen med Stavanger, og i 2011 ble byen tildelt prisen som årets kulturkommune i Norge.

Sandnes ligger sentralt plassert som knutepunkt på Nord-Jæren. God kommunikasjon i alle retninger med bil, båt, tog eller fly. Stavanger lufthavn, Sola ligger bare ca. 15 minutters kjøring fra Sandnes Sentrum. Lett å få barnehageplass.

### Ullevål Hageby Tannklinikk

Ullevål Hageby Tannklinikk søker endodontist til vårt team, 2-4 dager pr mnd. Pr i dag består vårt team av fire tannleger hvorav to spesialister, tannpleier og 3 tannhelsesekretærer. Ullevål Hageby Tannklinikk er en praksis i vekst med et godt pasientgrunnlag. Lokalene er nyoppusset, moderne og med velutstyrte behandlingsrom. Mikroskop, ultralyd, maskinell endo, kirurgisk utstyr, OPG etc.

Søknad sendes [post@tennerihagen.no](mailto:post@tennerihagen.no)  
Ved spørsmål vedr stillingen, ta kontakt på 41 33 03 05

#### VIKEN: NESODDEN

Søker etter en assistenttannlege som lytter til pasienten, er kvalitetsbevisst, engasjert, selvstendig og arbeidsvillig. Ønskes til 3-4 dager i uken. Noe erfaring er ønskelig.

Teamet vårt består av 2 allmennpraktiserende tannleger, endospesialist, tannpleier og sekretær.

Moderne klinikk med 3 behandlingsrom, OPG.

Du må beherske norsk muntlig og skriftlig.

Start omgående eller etter avtale.

Søknad, CV med 2 referanser og eventuelle spørsmål sendes til [posttannlege@gmail.com](mailto:posttannlege@gmail.com)

#### KJØP & SALG

##### RØRVIK

Tannlegepraksis til salgs i Rørvik (Trøndelag).  
Klinikk med 2 behandlingsrom og arbeid til 2 tannleger.  
e-post: [leszek.pokrywka@gmail.com](mailto:leszek.pokrywka@gmail.com)

#### DIVERSE

##### PENT BRUKT UTSTYR TIL SALGS:

Bla. Heca Uniclone S unit (4 år), Castellini autoklav m/vannrenser (4 år), Kavo rtg. sensorer size 1 og 2 (2 år), Cattani kompressor. Ta kontakt for fullstendig utstyrsliste og takseringsskjema. Tlf. 91 14 72 10, epost: [skes@online.no](mailto:skes@online.no)

Selger nesten ubrukt lasermaskin Lightwalker 2014 (Nd Yag og Er Yag) med alle tilbehør. Ferdig nedbetalt selges for ganske rimelig pris. Rælingen.  
[tannlege.amer@gmail.com](mailto:tannlege.amer@gmail.com)

# Velkommen til oss!

Oralkirurgisk klinikk er en spesialistklinikk med mer enn 25 års erfaring. Våre spesialister tar i mot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning innen vårt fagområde.

Velkommen med din henvisning!

[Les mer om oss på oralkirurgisk.no](http://oralkirurgisk.no)

**Oral kirurgi & medisin • Implantat • Kjeve & ansiktsradiologi**  
**Intravenøs sedasjon & medisinsk overvåking • Oral protetik**

## Våre spesialister:

### Kirurgi

- Dagfinn Nilsen
- Erik Bie
- Johanna Berstad

### Anestesi

- Dr. Odd Wathne

### Protetik

- Sonni Mette Wåler

### Kjeve & ansiktsradiologi

- Anders Valnes



**Oralkirurgisk Klinikk**  
Sørkedalsveien 10 A  
0369 Oslo

 23 19 61 90  
[post@oralkirurgisk.no](mailto:post@oralkirurgisk.no)



**ORALKIRURGISK**  
KLINIKK



# PREMIERE! DAC



## DAC Universal S

- Prossessen er validert
- 6 instrumenter på 21 minutter
- Ny berøringsskjerm
- Det eneste som trengs er vann, olje og så klart varme
- Samme antall instrumenter og samme prosesseringstid
- Instrumentene er nedkjølt etter endt prosess som forkorter tiden totalt sett

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