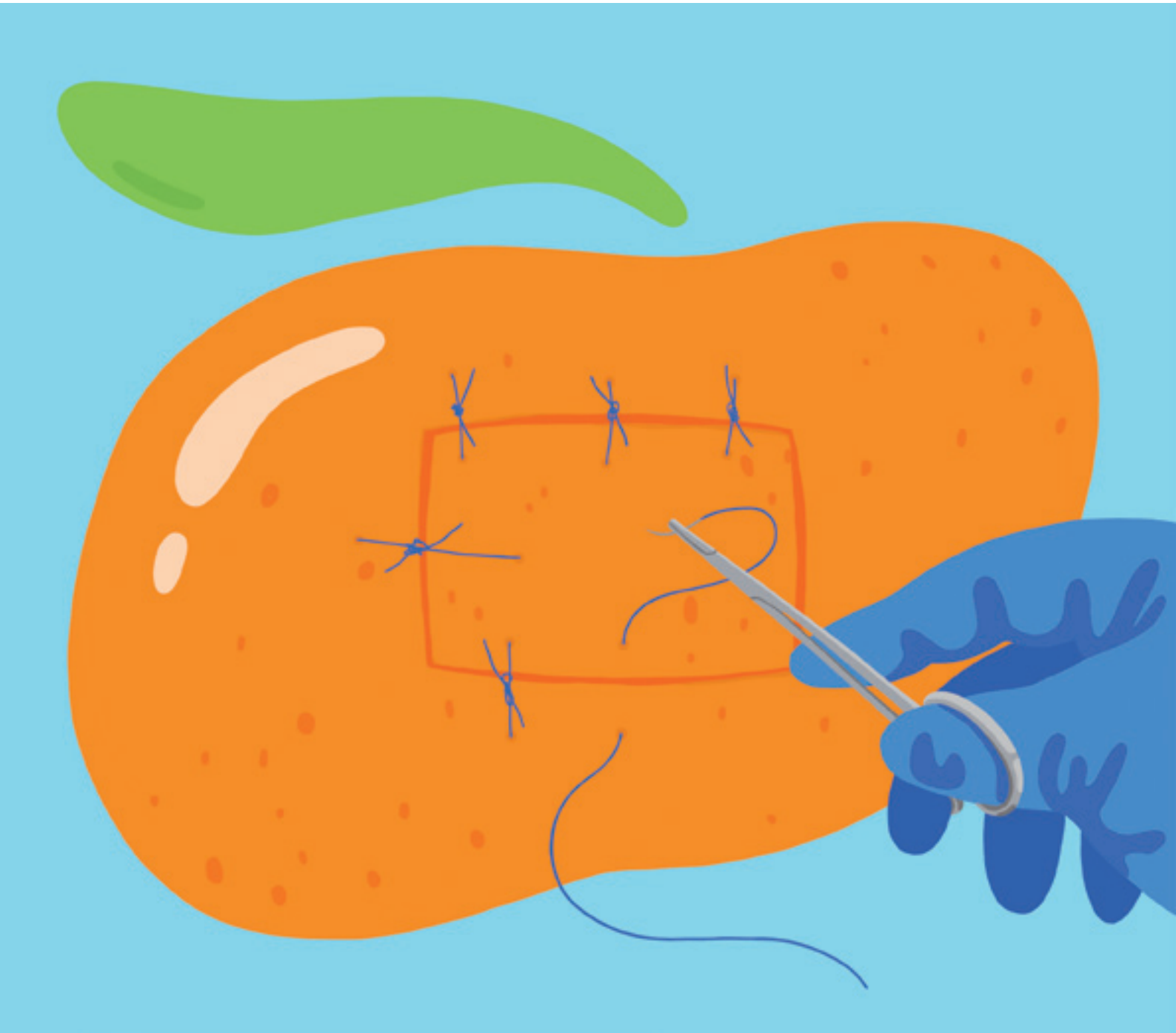
tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
132. ÅRGANG · #11 · 2022



NY OG FORBEDRET!

ScanOrder

- Nå med full lagerstyring

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

Ønsker du tilgang til Lagerstyring i din ScanOrder?

Ta kontakt med oss , vi hjelper deg i gang!

Spar tid med Scann og bestill
- rask, enkel og effektiv varebestilling

NYHET! Full Lagerstyring
- gir deg fullstendig kontroll og oversikt over din beholdning, bestillinger og restordre.

NYHET! Enkel, tidsbesparende varetelling
- varetellingsfunksjon som gir deg komplette lister rett i mailboksen, klar for din regnskapsfører.

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

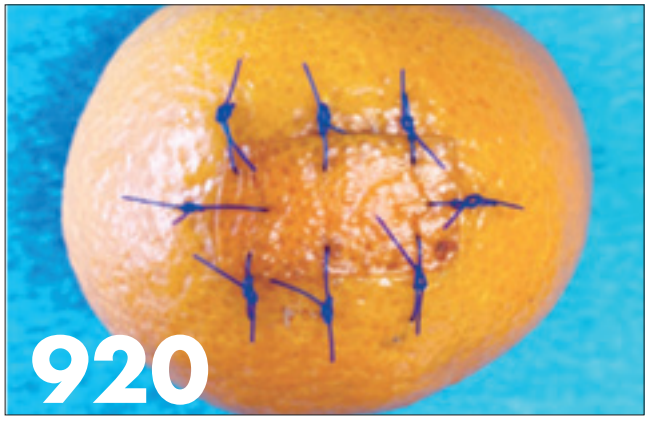
LIC SCADENTA

Er du interessert i ScanOrder?

Ta kontakt med oss, vi hjelper deg i gang!

www.licscadenta.no / 67 80 58 80 / forbruk@licscadenta.no

913–1008



914 Siste nytt først

917 Leder

Alt henger sammen med alt

919 Presidenten har ordet

Refleksjoner

920 Vitenskapelige artikler

920 Torbjørn Ø. Pedersen: Bruk av frukt og egg for enkel ferdighetstrening i oral kirurgi
928 Ingrid Kristin Moe, Therese Thornton Sjursen, Regina Skavhellen Aarvik, Torill Helene Tveito og Maren Lillehaug Agdal: Brukarmedverknad i tannhelsetenesta – ei kvalitativ studie om erfaringar blant pasientar med behov for tilrettelagt tannbehandling i TOO

938 Kasuistikk

938 Stig Løvold og Sivakami Rethnam Haug: Cemento-ossøs dysplasi – en diagnostisk utfordring

944 Aktuelt fag

944 Silje Havrevold Henni, Marte-Mari Uhlen-Strand, Vibeke Ansteinsson, Rasa Skudutyte-Ryysstad, Ewa Hovden: Oral helse og oral helserelatert livskvalitet blant eldre som mottar hjemmesykepleie

945 Doktorgrader

945 Randi Lynds Ihlis: CBCT og retinerte hjørnetenner
946 Anneli Skjold: Helkeramiske tannkroner – hvordan og hvorfor knekker de?

951 Bivirkningsskjema

954 Aktuelt

954 FDIs World Dental Parliament 2022: Fem nye policydokumenter
956 Det handler mye om opplevelsen av å være verdsatt
960 FDIs visjon 2030: Nå skal den implementeres
962 FDI – World oral health forum – Sustainability in Dentistry: Bærekraft for tannleger
966 FDI – symposium: Oral helse i en aldrende befolkning
970 Tannhelsetjenesten styrkes i innsatsen mot vold
974 TOO-ordningen er ikke godt nok kjent
977 Blå muligheter i det grønne skiftet

980 Kommentar og debatt

980 Når alle er syke, hvem trenger da egentlig behandling? (Carl Christian Blich)

984 Fra NTF

984 NTFs næringspolitiske forum 2022: Engasjerte tillitsvalgte om et viktig tema
986 Studietur til London
990 NTFs Symposium mars 2023
992 Arbeidsliv: Endringer i helsepersonelloven: Reaksjonen «advarsel» er erstattet med «faglig pålegg»
993 Vestlandsmøtet
994 Arbeidsliv: Tannlegens delegering av oppgaver, lokalanestesi
996 Spør advokaten
999 Snakk om etikk: Konflikter mellom tannleger ved overdragelse av klinikk
1000 Kurs- og aktivitetskalender

1002 Notabene

1002 Tilbakeblikk

1004 Kunngjøring

1004 Kunngjøring om ekstraordinært opptak til spesialistutdanning i pedodonti med studiestart høsten 2023

1006 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Mulig å produsere antibiotika i Norge

Foto: Helsedirektoratet

Det er mulig å etablere produksjon av antibiotika i Norge, viser en mulighetsstudie som Helsedirektoratet har gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

– Studien er interessant, og jeg vil understreke at dette ikke kan gjøres over natten, sier direktør Bjørn Guldvog (bildet) i Helsedirektoratet.

En ekspertgruppe med representanter fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk, spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, Sykehusinnkjøp, Sintef og The Life Science Cluster sett på ulike måter å starte opp antibiotikaproduksjon i Norge.

Bakgrunnen for studien er beredskap og forsyningssikkerhet og at det de senere år har vært økende mangel på enkelte antibiotikavarianter og andre viktige legemidler. Under pandemien ble Norge minnet om behovet for å sikre tilgang på legemidler.

– Uten egen produksjon av enkelte legemidler blir vi fort sårbare. Det merker vi særlig når det oppstår situasjoner i land som er sentrale i produksjonen av legemidler, sier Guldvog.

En fullskala produksjon av ett eller flere antibiotika fra råvarer til ferdige legemidler med markedsføringstillatelse krever et stort produksjonsanlegg med kostnader som i prosjektet er beregnet til milliardbeløp.

– I denne mulighetsstudien skisseres en alternativ tilnærming med trinnvis etablering, der antibiotika, og andre viktige legemidler, uten markedsføringstillatelse vil kunne produseres og være tilgjengelige til beredskapsformål, sier Guldvog.

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol mener mulighetsstudien er et viktig kunnskapsgrunnlag.

– Det å sikre den norske befolkningen tilgang til antibiotika er av avgjørende betydning, både av beredskapshensyn og mulig mangel internasjonalt. I Hurdalsplattformen fremkommer det at regjeringen vil utrede et statlig farmasiselskap. Denne mulighetsstudien er et viktig kunnskapsgrunnlag inn i det arbeidet, sier Ingvild Kjerkol og legger til:

– Jeg håper at dette skal være et kunnskapsgrunnlag for å sikre god antibiotikabehandling av norske pasienter i fremtiden, og ikke minst også bidra i bekjempelsen av antibiotikaresistens.

En gradvis opptrapping og utvidelse av produksjonen, inkludert søknad om egne markedsføringstillatelser kan vurderes i takt med økt erfaring, kompetanse og vurdering av mulig omsetning av produksjonen.

– En slik tilnærming vil redusere den økonomiske risikoen, og kan tilpasses utvikling av kompetanse og erfaring og vil etter prosjektgruppens vurdering være det beste alternativet ved eventuell oppstart av norsk antibiotikaproduksjon, sier Bjørn Guldvog.

Før produksjon kan etableres, er det behov for prosess- og produktutvikling for utvalgte antibiotika.

Prosjektgruppen har gjennomgått ulike former for statlig eierskap og statlig støtte som kan være aktuelle ved etablering av antibiotikaproduksjon i Norge.

Innledning av formell dialog med EFTAs overvåkningsorgan for endelige avklaringer når det gjelder handlingsrommet for statsstøtte anbefales.

Mulighetsstudien belyser også andre tiltak for å styrke legemiddelberedskapen og forsyningssikkerheten; etableringen av et nasjonalt organ for å styre og koordinere beredskap, samt flere markedsstimulerende tiltak.

Lise Lyngsnes Randeberg er valgt til leder av Akademikerne

Foto: Akademikerne.

Lise Lyngsnes Randeberg er valgt til leder av Akademikerne på hovedorganisasjonens rådsmøte 19. oktober.

– Jeg er glad for tilliten og synes det er et privilegium å få lede Akademikerne. Bredden og mangfoldet i medlemmenes kompetanse er det mest verdifulle vi har og et fantastisk utgangspunkt for å finne gode løsninger for samfunnet fremover, sier den nyvalgte lederen.

Akademikernes 13 medlemsforeninger organiserer over 253 000 høyere utdannede med mastergrad eller mer og markerer i år 25-årsjubileum.

– Norge er helt avhengig av folk med høy kompetanse for å levere gode velferdstjenester, møte klimaendringer og skape nye arbeidsplasser i årene fremover. Jeg brenner for at alle skal ha like muligheter til å ta en utdannelse uavhengig av sosial bakgrunn, sier Randeberg.

Lise Lyngsnes Randeberg har vært konstituert leder av Akademikerne siden desember 2021. Hun har også vært president i medlemsorganisasjonen Tekna i åtte år, og nestleder i Akademikerne fra 2016.

Randeberg er professor i biomedisinsk optikk og fotonikk ved NTNU. Hun har også vært med på å starte to gründerbedrifter. Det var en enstemmig valgkomité som innstilte Randeberg til ledervervet.

Dette er de øvrige styremedlemmene i Akademikerne for perioden 2022 – 2024: Nestleder Morten Ingebrigtsen Wedege (Naturviterne); Jan Inge Eidem (Samfunnsøkonomene); Morten Boland Jørgensen (Econa); Helle C. Nyhuus (Lektorlaget); Anne Karin Rime, Legeforeningen, og Håkon Kongsrud Skard (Psykologforeningen).

Enorm vekst i eksport av antibiotika fra India

Foto: Yay Images

India produserer 20 prosent av alle de mest alminnelige legemidlene i verden, men er avhengig av ingredienser fra Kina for å lage medisinene.

– Vi vet at mye antibiotika i dag produseres og eksporteres fra India og Kina, men det er gjort lite forskning på hvor mye det faktisk er snakk om, sier Lise Bjerke, stipendiat ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.

Bjerke har studert hvordan antibiotika beveger seg mellom ulike land og markeder i verden. Hun har også undersøkt hvor stor andel av antibiotika-importen til enkeltland som kommer fra India.

– Ofte er forsyningskjedene skjult, og det kan være vanskelig å se hvor medisinene og deres ingredienser egentlig kommer fra. For eksempel der ingrediensene produseres i Kina eller India, og de ferdige medisinene produseres et annet sted, forteller Bjerke.

Tilgang til medisiner er viktig for å forebygge antibiotikaresistens

– Koronapandemien har vist hvor viktig det er å ha tilgang til medisiner ved behov, og at globale og lokale restriksjoner kan skape forstyrrelser i global produksjon og handel med medisiner, sier Bjerke.

Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at to milliarder mennesker på verdensbasis ikke har tilgang til grunnleggende medisiner.

Bjerke har derfor jobbet med å spore og se på eksporten av antibiotika geografisk. Hun har brukt internasjonale handelsdata og litteratur for å studere Indias rolle i legemiddelindustrien, og for å kartlegge og beskrive endringer i indisk eksport av antibiotika over tid.

– Å ha tilgang til rett type antibiotika, til rett tid er livsviktig for å kunne bekjempe sykdommer, og for å forebygge antibiotikaresistens globalt. Antibiotika brukes til å behandle infeksjoner. Om det er mangelfull tilgang til ulike typer antibiotika, kan det for eksempel hende at mer bredspektret antibiotika tas i bruk uten at det egentlig trengs, noe som igjen kan føre til økt antibiotikaresistens, forteller hun.

India har verdens tredje største farmasøytiske industri målt i volum, og er i dag en av verdens største produsenter og eksportører av antibiotika. Dette gjelder spesielt eldre typer antibiotika, som penicillin.

De siste tiårene har forskere sett en enorm vekst i eksport av antibiotika fra India, fra 268 millioner dollar i 1996–1997 til 2.4 milliarder dollar i 2018-2019.

– Størsteparten av medisinene fra India eksporteres til det globale nord, med USA som den største importøren, målt i verdi, sier Bjerke.

– Flere land i Afrika og Asia importerer også antibiotika og ingredienser for å lage antibiotika fra India, og er i høy grad avhengig av å importere dette herfra for å få tilgang, forteller hun.

India er avhengig av ingredienser fra Kina for å lage antibiotika

India er avhengig av å importere ingredienser som brukes i fremstilling av antibiotika fra Kina. Denne importen har økt kraftig de siste 20 årene.

– Kina er verdens ledende produsent av farmasøytiske ingredienser, som brukes for å fremstille antibiotika. Under koronapandemien førte nedstengning av fabrikker som produserte ingredienser til legemidler i Kina til mangler i India også, forteller Bjerke.

At India i dag er verdens største produsent av antibiotika åpner for muligheter, men også bekymringer når det gjelder tilgang til disse livsviktige medisinene i andre land.

– India kan hjelpe til å dekke behovet for medisiner globalt, men den nå veletablerte, indiske industrien gjør det vanskelig å lykkes med lokal farmasøytisk industri i andre land. I tillegg er det ofte ikke økonomisk lønnsomt å produsere og eksportere de eldre antibiotika-typene, fordi de har lav markedsverdi, sier Bjerke.

maxfac DENTAL – vi gjør implantat-Norge billigere!

OSSTEM TRYGT ENKELT RIMELIG
En av verdens største implantatprodusenter – produserer 4,7 mill implantater pr år

A-Oss fra kr 495
• Bovint ben
• 100% hydroksyapatitt (HA)
• Utmerket volumstabilitet

Q-Oss+ fra kr 450
• Alloplastisk (syntetisk) materiale (ikke fra dyr)
• 20% HA og 80% ß-TCP

OssMeM fra kr 890
• Kollagenmembran
• Ca 4 mnd resorpsjonstid

Fixtur kr 1.995
• SLA-overflate
• 1,4% failure-rate
• Fullverdig implantatprotetikk

TAKK FOR ET FLOTT LANDSMØTE!

SÅ DU NOE DU LIKTE PÅ STANDEN VÅR?

RING **38 27 88 88** FOR Å KOMME I KONTAKT MED OSS.

VI GLEDER OSS TIL Å HØRE FRA DEG.

Husk å melde deg på nyhetsbrevet før jul for å være med i trekningen av en iPad.

dental sør
OPPLEV 1. KLASSE

dentalnet.no | post@dentalnet.no

FORSIDEILLUSTRAJON
@heiaklubben / Helene Brox

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 Johannesen, Sigbjørn Løes, Nina J. Wang, Marit Øilo
Redaksjonskomité:
Malin Jonsson, Anne Rønneberg, Anders Godberg, Kristin S. Klock, Odd Bjørn Lutnæs

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
Christiania torv 5, 0158 Oslo
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: 7000, 11 nummer per år
Parallellpublisering og trykk: Aksell
Grafisk design: Aksell

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

PRESSENS FAGLIGE UTVALG

TRYKT I NORGE NO - 1470

Fagpressen OPPLAGSKONTROLLERT

MILJØMERKET TRYKKERI 07 MEDIA – 2041 0379

Alt henger sammen med alt

Foto: Kristin Aafløy Opdan

Akkurat nå går NTFs landsmøte av stabelen, på Lillestrøm, utenfor Oslo. Tidende har delt ut pris til beste kasuspresentasjon publisert i tidsskriftet gjennom de siste to årene. Det var mange gode kandidater, og juryen fant det vanskelig å peke ut den beste.

Stofftilgangen til Tidende er god. Det ser vi også i denne utgaven. Vi tiltrekker oss hele tiden forfattere som ønsker å få sine artikler fagfellevurdert og publisert her.

Forfattere, og særlig de som har etterspurt dette, vil også sette pris på at Tidende nylig er indeksert i Crossref, som medfører at fagstoffet og annet redaksjonelt stoff som publiseres i Tidende gjøres mer synlig gjennom en DOI-identitet. Når vi publiserer med DOI, gis også en trygghet for at stoffet forblir tilgjengelig i sin opprinnelige form, for at det forblir assosiert med forfatterne, og for korrekt sitering ved enhver fremtidig bruk.

Ved åpningen av NTFs landsmøte var både Verdens helseorganisasjon (WHO) og Council of European Dentists (CED) representert med hilsener til NTF, og beskrivelser av tann- eller munnhelsesituasjonen i henholdsvis hele verden og spesifikt i Europa – likeledes situasjonen for tannleger og andre munnhelsearbeidere.

Vi gikk altså fra hele verden via Europa til nasjonalt nivå, og munnet ut i først en faglig, så en politisk diskusjon – med utgangspunkt i det regjeringsoppnevnte utvalget og den pågående utredningen om fremtidens tannhelsetjeneste i Norge.

Alt henger sammen med alt.

Tidende kommer tilbake med dekning av NTFs landsmøte i desemberutgaven.

I denne utgaven har vi, som lovet, flere reportasjer fra FDIs World Dental Parliament. Vi fikk snakke med dem vi ville og vi fikk stort sett med oss det vi trengte, til tross for at Tidendes redaksjonelle medarbeidere denne gangen ikke slapp inn under forhandlingene. Dette er ikke nye udemokratiske takter, tror vi. Vi ser det heller som en kuriositet oppstått som følge av at World Dental Congress ikke ble arrangert i år – og antagelig av den grunn hadde ingen annen presse meldt sin interesse for å dekke arrangementet.

Det kan ikke være slik at FDIs parlament har tenkt å være mindre åpent enn for eksempel det norske Stortinget, der hovedregelen er formulert slik:

«Stortinget har lang tradisjon for å være et åpent hus hvor mediene har utstrakt adgang til å rapportere fra og om den politiske virksomheten. Det er grunnleggende for et demokrati at offentligheten kan følge den politiske virksomheten i nasjonalforsamlingen. Derfor skal mediene ha gode arbeidsmuligheter, og den nødvendige tilgang til det politiske og parlamentariske arbeidet som foregår på Stortinget.»

Sånn bør det være, over hele verden.

Og vi vet at det ikke er slik. Da den internasjonale journalistorganisasjonen Reportere uten grenser (RFS) la frem sin årlige pressefrihetsindeks tidligere i år viste det seg at situasjonen er spesielt ille i 28 land. Indeksen måler medienes uavhengighet, sikkerhet for journalister og graden av ytringsfrihet i 180 land. Kun åtte av disse er i en posisjon som beskrives som god. 102 land har en situasjon som beskrives som enten vanskelig eller problematisk. I 40 land er pressefriheten kategorisert som tilfredsstillende.

Indeksen er dyster lesning. I demokratiske land vokser splittelsene som følge av at flere medier opererer med en agenda, og at spredningen av desinformasjon forsterkes gjennom sosiale medier, påpeker RFS.

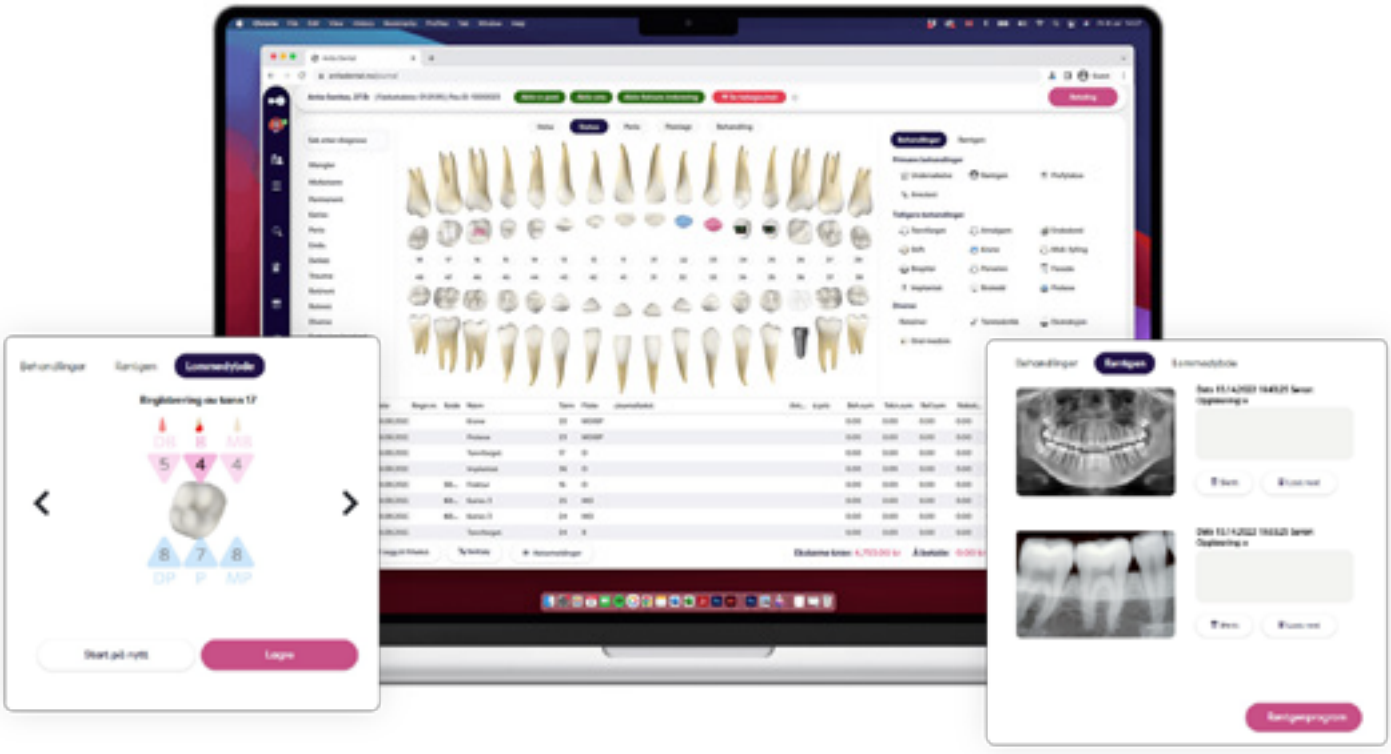
Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

Anita Systems

Journalsystemet for tannklinikker som vil vokse

Bli en del av fremtiden, bryt deg løs fra serverbaserte systemer og fly opp til skyene med Anita Dental.

Prøv gratis i 14 dager



Refleksjoner

Jeg sitter nå i møtesonen på NTFs landsmøte på Lillestrøm og ser utover folkemengden. Jeg observerer diskusjoner og prat mellom utstillere og deltakere om produkter og utstyr. Jeg hører at deltakerne utfordrer utstillerne på bærekraft og miljø. Hvordan pakkes og forsendes dette? Hvordan er det lurt å systematisere bestillinger? Må det brukes så mye emballasje og plast? Hvor langt må utstyret fraktes? Det gleder meg at tannleger, tannpleiere, tannhelsesekretærer, tannteknikere og leverandører er seg sitt ansvar bevisst og begynner å stille krav på dette viktige området.

Deltakerne summer også mye om fag, om etterutdanning, om politikk, om yrket og om både fortid og fremtid, her jeg sitter. Jeg er glad for det gode engasjementet, for vennskapet, for kullsamholdet og gleden jeg ser. Vi er heldige med både yrket og samholdet vi har. Det må vi verne om og bygge videre på.

I år har jeg faktisk hatt vanskeligheter med å komme meg inn i salen på flere av innslagene i fagprogrammet. En stor takk til alle dyktige forelesere som stiller opp og sprer kunnskap med god formidlingsevne og vitenskapelig basis. En stor takk fortjener også fag- og etterutdanningsutvalget i NTF. Dette er tillitsvalgte tannleger som bruker mye av sin tid til å planlegge, iverksette og ivareta fagprogrammet slik at forelesere og tilhørere får det de trenger av nødvendig faglig påfyll. Og de er godt hjulpet av engasjerte og kompetente medarbeidere fra sekretariatet i NTF

Møtesonen har vært et høydepunkt for meg i år. Her har hovedstyret og sekretariatet snakket med mange medlemmer, vi har lyttet til gode og viktige foredrag og vi har delt ut priser til verdige vinnere. Gratulerer så mye til dere alle. Det er vanskelig å trekke frem spesifikke foredrag, for jeg har satt stor pris på dem alle. NTF Student hadde et tankevekkende innlegg om hvordan det er å være student og snart på vei ut i yrkeslivet. Det er stor forskjell på å være tannlegestudent, medisinstudent, psykologistudent og veterinærstudent, sammenlignet med andre studenter. Våre studenter, med sin integrerte master, er fulltidsstudenter. «Vår» statsråd i Kunnskapsdepartementet, Ola Borten Moe, kan ikke ha nok kunnskap om dette når han uttaler at han har forventninger til at studenter også har en deltidsjobb. Men våre studenter er faktisk allerede i full jobb med studiene. Det de trenger, er mer stipend for å kunne studere godt og bli gode tannleger. Dette kan vi i NTF ikke la gå upåaktet hen, og her må vi jobbe sammen med både NTF Student og de andre foreningene i Akademikerne.

Foto: Kristin Aksnes.

Mange av dere har mange og tydelige meninger om både organiseringen av, innholdet i og kravene omkring NTFs etterutdanning. Det er bra!

En annen spennende ting jeg gjerne vil trekke frem, er lavterskeltilbudet «Tannlege på hjul». Jeg fikk anledning til å se inn i den lille lastebilen som er innredet som et tannlegekontor, og det var et imponerende syn. Politisk sett burde det å gi lavterskeltilbud til papirløse immigranter og mennesker med rusutfordringer være et myndighetsansvar. Men her har politikerne dessverre sviktet. Samtidig er jeg svært imponert og takknemlig over engasjementet til tannleger som utvikler slike konsept.

Foredragene og mye av diskusjonen rundt meg her i møtesonen har også handlet om vårt syn på de menneskene vi mottar i våre klinikker. Er de kunder eller er de pasienter? Det er stor forskjell på dette. Det handler mye mer om våre strategier enn det handler om penger. Det er lov og det er nødvendig å tjene penger på helsebehandlinger i privat sektor. Uten inntekter vil ikke helprivate praksiser kunne overleve til å yte nye tjenester for befolkningen. Det er når strategien endres og målgruppen omdefineres til kunder at det går galt. Tannleger er helsepersonell og skal i sitt virke først og fremst fremme bedre munnhelsen til befolkningen. Vi må ikke miste dette perspektivet av syne. Det krever en tydelig og faglig forankring og en refleksjon over hva autorisasjonen vår som tannlege innebærer. Dette er den enkelte tannleges ansvar. Det finnes ingen andre å legge «skylden» på.

Grunnlaget for autorisasjonen må også pleies. Vi kan ikke leve på gammel lærdom gjennom en hel, lang yrkeskarriere. Det er viktig å tilegne seg ny kunnskap, friske opp gammel kunnskap, og holde seg oppdatert – rett og slett fornye kompetansen kontinuerlig. For utviklingen i faget vårt, og i tilgrensende fag som vi også må kjenne til, går raskt. Dette er grunnen til at NTF er svært opptatt av både utdanning og etterutdanning. Livslang læring, først og fremst til det beste for pasientene.

Jeg vet at mange av dere har mange og tydelige meninger om både organiseringen av, innholdet i og kravene omkring NTFs etterutdanning. Det er bra! Både tilbud og krav skal ha som mål å oppfylle de ønsker og forventninger NTFs medlemmer har, og samtidig gi best mulig grunnlag for faglig kvalitet og pasientsikkerhet i tannhelsetjenesten. Derfor er meningsbrytninger på dette området både ønskelig og nødvendig. Så bruk din rett til å fremme debatt i lokal- og spesialistforeninger og la din stemme høres om hvordan fremtidens etterutdanning bør se ut.

Takk for at dere er med og opprettholder den høye faglige kvaliteten på tannleger som er MNTF.

Bruk av frukt og egg for enkel ferdighetstrening i oral kirurgi

Torbjørn Ø. Pedersen

HOVEDBUDSKAP

- **Enkle simuleringsmetoder kan benyttes for å utvikle grunnleggende kirurgiske ferdigheter.**
- **«Fruktkirurgi» var en undervisningsaktivitet som studentene oppga faglig utbytte av.**
- **Ulike praktiske øvelser kan være nyttige supplement til klinisk undervisning i oral kirurgi.**

FORFATTERE

Torbjørn Ø. Pedersen. Førsteamanuensis, ph.d., Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen og overtannlege ved Kjevekirurgisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus.

Korresponderende forfatter: Torbjørn Ø. Pedersen, Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19, 5009 Bergen; E-post: Torbjorn.Pedersen@uib.no

Akseptert for publisering 04.10.2022

Artikkelen er fagfellevurdert

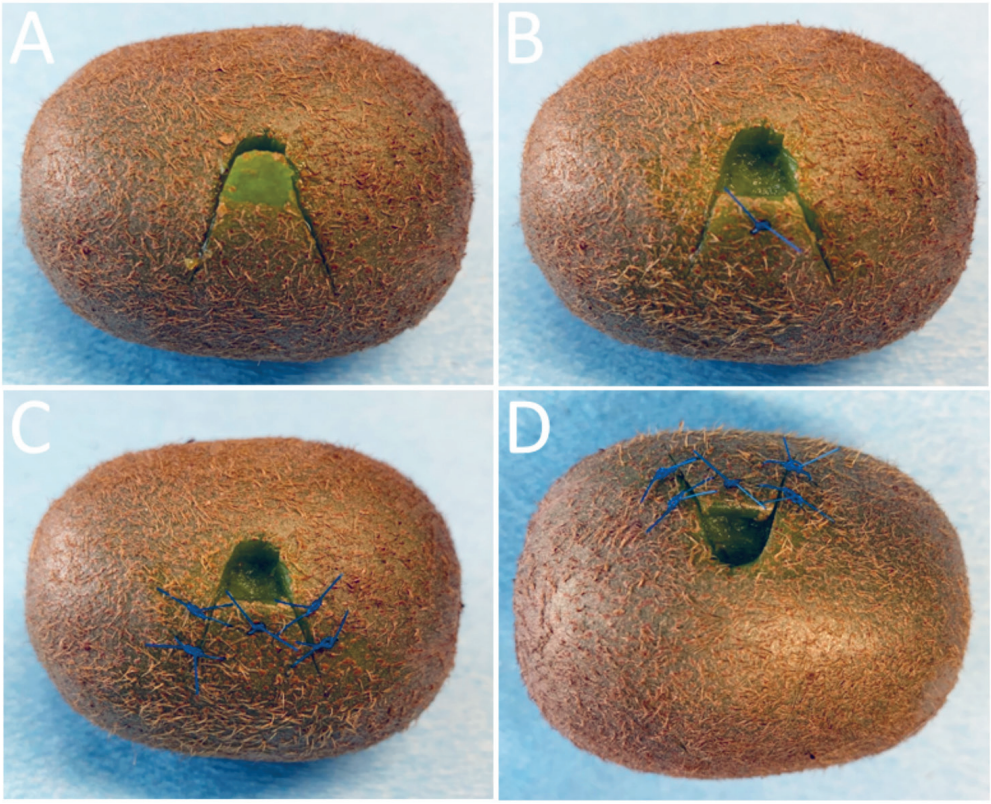
Pedersen TØ. Bruk av frukt og egg for enkel ferdighetstrening i oral kirurgi. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 920-5.

Norsk MeSH: Oralkirurgiske inngrep; Undervisning; Simuleringstrening

Målet med dette prosjektet var å kartlegge studenters oppfatning av et praktisk simuleringskurs som supplerende læringsaktivitet i oral kirurgi. Før utformingen av det praktiske kurset ble det gjennomført semi-strukturerte kollegaintervju for å kartlegge utfordringer knyttet til klinisk undervisning. Med bakgrunn i dette ble det laget et simuleringskurs hvor tannlegestudenter på fjerde studieår med begrenset kirurgisk erfaring deltok. Det var laget tre ulike praktiske øvelser med stigende vanskelighetsgrad rettet inn mot kirurgisk behandling med tannimplantat. Studentene oppgav både praktisk og teoretisk utbytte av kurset, og samtlige anbefalte innføring av «fruktkirurgi» som en supplerende læringsaktivitet i oral kirurgi.

Tilstrekkelig tid brukt til øvelse er innenfor kirurgi, som ved utvikling av alle andre motoriske ferdigheter, en forutsetning for å kunne utføre oppgavene raskt, effektivt og presist (1). Simulering og praktisk trening er viktig for å utvikle både kjerneferdigheter og prosedyreferdigheter som trengs før man kan utføre kirurgisk behandling på pasienter (2). Praktisk simuleringstrening er vist å redusere intraoperative komplikasjoner, best dokumentert innenfor laparaskopisk kirurgi (1), hvor det også kan være en fordel med erfaring fra gaming når man skal utvikle kirurgiske ferdigheter (3).

Det er mange ulike modeller for prosedyretrening fra relativt enkle benk-baserte modeller, kadaverkirurgi og dyremodeller til mer teknologiske avanserte metoder som virtual reality (VR) eller robotsimulering (4). Det er fordeler og ulemper med samtlige me-



Figur 1. «Roll-flap». A: Tenkt papille-besparende incisjon der slimhinne overliggende implantat er de-epitelialisert med diamantbor før lappen er elevert. B: Slimhinnelapp er brettet og retinert med en enkel horisontal madrass-sutur. C: Lukking med enkle suturer. D: Det er oppnådd bedre bløtvevstykkelse på det som vil bli bukkalsiden av en tenkt implantatkrone.

toder, og prisen for ulike virtuelle simuleringsverkøy er gjerne knyttet opp til hvor realistisk modellen er (1). Enklere modeller med bruk av lett tilgjengelige komponenter som frukt eller andre rimelige matvarer kan være et lavterskeltilbud for trening av grunnleggende ferdigheter (5, 6). Nytteverdien av enkle simuleringsmetoder ble aktualisert under covid-pandemien med begrenset tilgang til utdanningssteder og læringsressurser, men disse kan også være et supplement til annen ferdighetstrening i en normalsituasjon.

Vi har i vårt kliniske kurs i kjeve- og slimhinnelidelser simulering av ulike prosedyrer på grisehoder som en forberedende undervisningsaktivitet før man inngår i aktiv pasientbehandling. Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge studentenes oppfatning av «fruktkirurgi» som en alternativ simuleringsmetode og supplerende læringsaktivitet til grisehodekurset og den kliniske undervisningen i oral kirurgi.

Materiale og metode

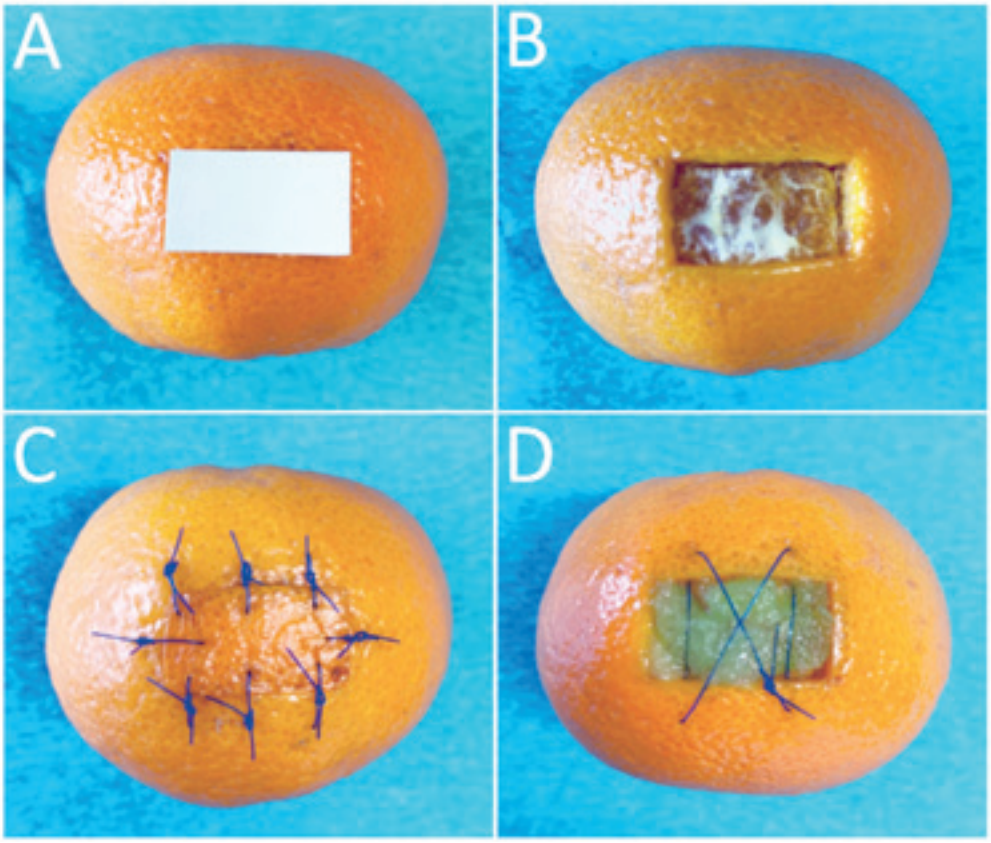
Begrepet «fruktkirurgi» er her anvendt som samlebetegnelse på bruk av matvarer som undervisningsmateriale.

Kollegaintervju

Det ble gjennomført semi-strukturerte intervju med tre spesialistkandidater med undervisningsansvar i den praktiske kliniske delen av faget for å kartlegge utfordringer knyttet til kurset. Tema som ble dekket i intervju var innhold og gjennomføring av introduksjonsuke i oral kirurgi, kliniske seminar før og etter klinikkøkter, poliklinikk og operasjonsprogram, studentoppfølging - tilbakemelding og progresjon, alternative undervisningsaktiviteter eller andre forslag til forbedringer av den kliniske undervisningen.

Praktisk kurs

Med bakgrunn i kollegaintervju ble det planlagt et praktisk kurs for å trene grunnleggende kirurgiske ferdigheter. Det var ønskelig at enkelt og rimelig kursmateriale ble brukt, slik at studentene kunne gjøre lignende undervisningsaktiviteter på egenhånd uten behov for avansert utstyr. Det praktiske kurset ble gjennomført for en studentgruppe på 10 tannlegestudenter på fjerde studieår med noe klinisk erfaring innenfor det aktuelle emnet, men med begrenset praktisk kirurgisk trening. Et evalueringsskjema ble utarbeidet i Microsoft Forms (Redmond, WA, USA) og deltagerne fylte ut dette på slutten av kurset. Det var obligatorisk å delta på kurset og obligatorisk å fylle ut evalueringsskjema i etterkant. Det ble gjennomført tre praktiske øvelser rettet inn mot kirurgisk behandling med tannimplantat og øvelsene ble lagt opp med stigende vanskelighetsgrad. Det ble satt av 30 minutter til teoretisk og praktisk gjennom-



Figur 2. Gingivaltransplantat. A: Deler av suturpakken er brukt som mal for størrelsen på transplantatet. B: Donorsted etter høsting av transplantat med full tykkelse. C: Transplantat suturert på mottagersetet. D: Donorsted dekket med xenograft fra kiwi retinert med kryss-sutur.

gang i starten av kurset, 30 minutter til gjennomføring av hver øvelse og 15 minutter til evaluering.

Øvelse 1. «Roll-flap» på kiwi

Hensikten med denne øvelsen var å simulere en bløtvevsplastikk som kan være aktuell der man ønsker å øke tykkelsen på det bukkale bløtvevet, for eksempel ved implantatinnsetting eller distanseoperasjon i estetisk sone og/eller for pasienter med høye smilelinjer eller tynn gingival fenotype (7). Ved denne teknikken kan man de-epitelialisere slimhinnen overliggende marginale del av implantatet og brette denne delen av lappen før man lukker med enkle suturer (figur 1). Man kan også uføre en palatinal «roll-flap» uten vertikale hjelpesnitt (8), men ettersom denne praktiske øvelsen var for blant annet å trene suturferdigheter ble en slik teknikk ikke valgt her.

Øvelse 2. Fritt «gingival»-transplantat på mandarin

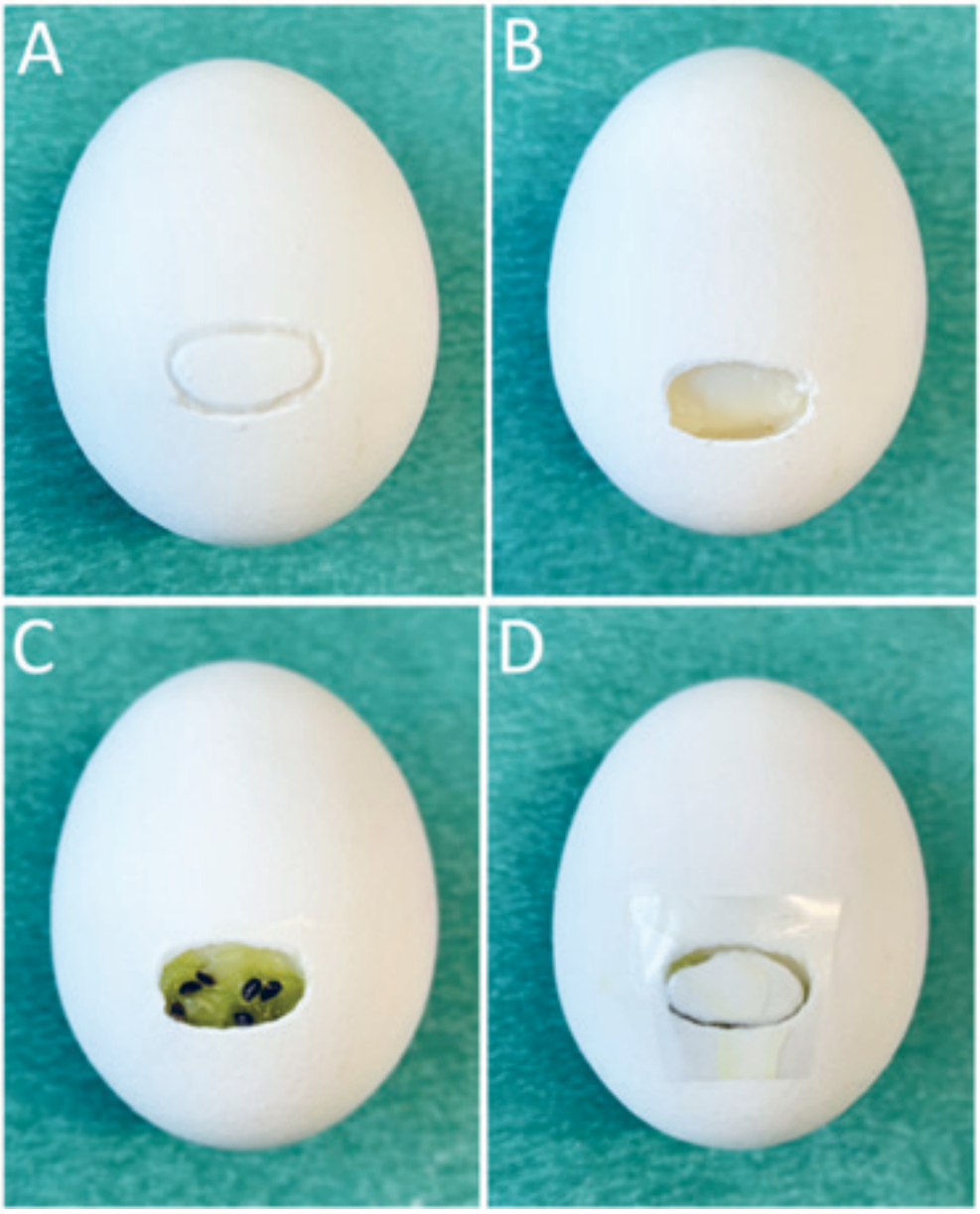
Keratinisert slimhinne er viktig for å opprettholde stabile periodontale forhold både rundt tenner og tannimplantat, og ved frie gingivaltransplantat vil ganen være det mest aktuelle donorstedet (9). I denne øvelsen høstes overflaten av en mandarin og flyttes til å dekke defekten et annet sted på samme mandarin (figur 2).

Øvelse 3. Sinusløft på egg

Beinoppbygning i sinus maxillaris er en veletablert teknikk ved implantatinnsetting i posteriore deler av overkjeven. Den kliniske prosedyren for åpen sinusløft med lateralt vindu er pent illustrert av Wallace et al (10). I denne praktiske øvelsen prepareres vindu gjennom eggeskall som simulerer fremre vegg av sinus maxillaris. Deretter løftes membranen fra innsiden av eggeskallet tilsvarende sinusmembranen for å lage et hulrom under membranen der det kan legges inn bein og/eller beinerstatningsmateriale (figur 3). Det ble her valgt å koke eggene i 1 min i forkant for å redusere vanskelighetsgraden, men øvelsen kan også gjennomføres på rå egg eller etter å ha fjernet eggenes innhold.

Resultat

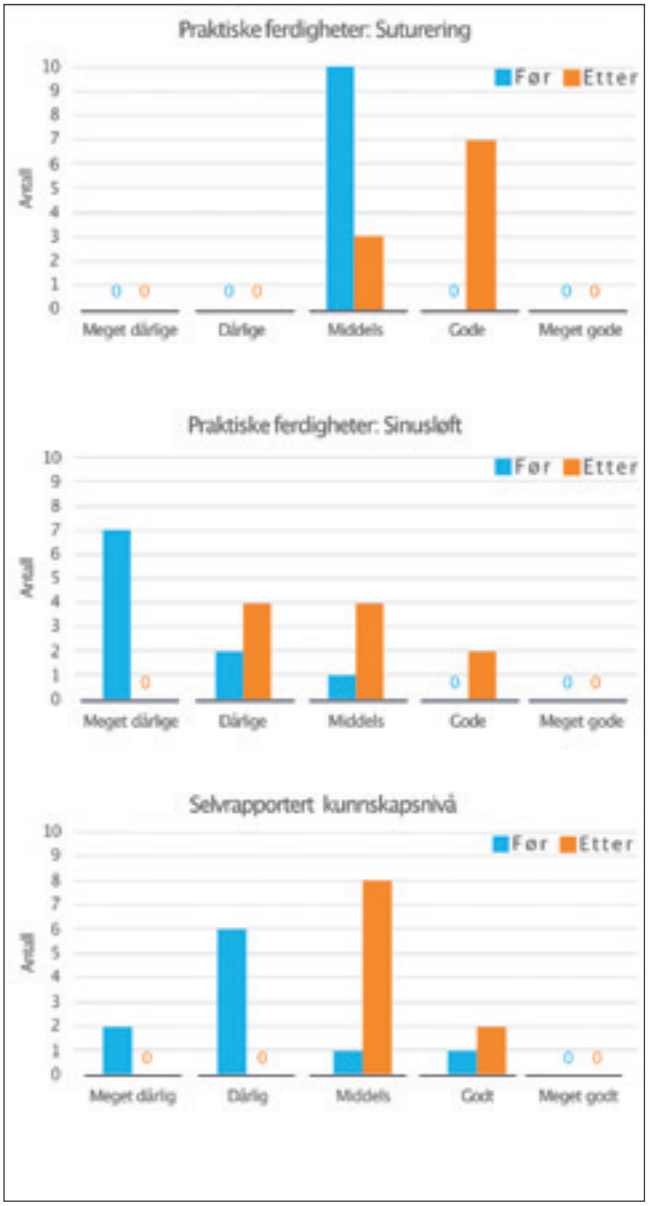
Evalueringsskjema for det praktiske kurset ble laget med fokus på egenevaluering av egne ferdigheter og kunnskaper innenfor det aktuelle emnet før og etter gjennomført kurs, samt læringsutbytte (figur 4). Samtlige studenter vurderte sine egne sutureringsferdigheter som middels før kurs, og noe bedre i etterkant. Flertallet av studentene vurderte sine praktiske ferdigheter i sinusløft som meget dårlige før kurs, og noe bedre i etterkant. I forhold til teoretisk kunnskap om de aktuelle teknikkene var det også en positiv utvik-



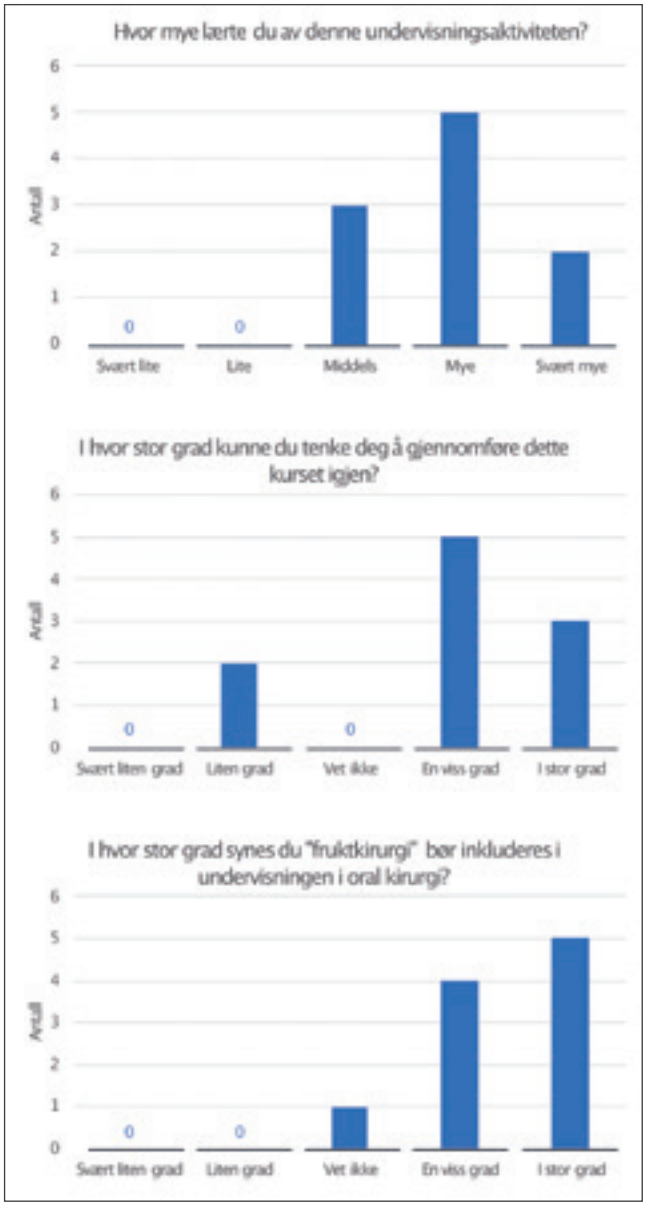
Figur 3. Sinusløft. A: Simulert beinvindu i egg preparert med bor. B: Vindu løftet av og membran løftet for å skape plass til beinaugmentasjon. C: Xenograft fra kiwi ble valgt også på denne pasienten. D: Vindu lagt på plass og dekket med ikke-resorberbar membran i plast.

ling i evaluering av eget kunnskapsnivå etter gjennomført kurs. De fleste studentene oppgav dårlig eller meget dårlig kunnskapsnivå før kurset. I valget mellom grisehodekurs, «fruktkirurgikurs» og suturering på duk/svamp, rangerte flertallet av studentene grisehodekurs som den læringsaktiviteten med høyest faglig utbytte. Samtlige studenter rangerte «fruktkirurgi» som nr 2 etter faglig utbytte, og sinusløft på egg som den praktiske øvelsen med dårligst faglig utbytte. Studentene oppgav høyere faglig utbytte jo enklere øvelsen var. Flertallet kunne tenke seg å gjennomføre kurset igjen, og samtlige mente at kurset burde inkluderes som en læringsaktivitet i oral kirurgi i stor grad eller en viss grad (figur 5).

Det ble stilt to åpne spørsmål som det var valgfritt å besvare. Spørsmål 1 var «Har du forslag til hvordan dette kurset kan forbedres i fremtiden?». Her ble det foreslått mer tid til suturering, grundigere gjennomgang av ulike sutureringsteknikker samt indikasjonsområder for ulike suturtyper. Det ble også foreslått mer avsatt tid til praktisk trening. Spørsmål 2 var «Har du forslag til andre læringsaktiviteter som bør inkluderes i undervisningen i oral kirurgi?». Her ble det foreslått tilrettelegging med øvingsstasjoner for praktisk trening som kan være tilgjengelig utenom ordinær arbeidstid. Det ble også foreslått mer tid avsatt til grisehodekurs.



Figur 4. Egenevaluering av ferdigheter og kunnskap før og etter gjennomført kurs (n=10).



Figur 5. Faglig utbytte av undervisningsaktiviteten (n=10).

Diskusjon

Det er godt belyst at overgangen fra teoretisk og preklinisk undervisning til klinisk praksis kan være svært stressende for tannlegestudenter (11, 12). I den teoretiske undervisningen er hovedfokus på studentenes læring, mens i den kliniske undervisningen endres fokus til pasientbehandling (13). Studentene skal da håndtere til dels kompliserte behandlinger med begrenset praktisk erfaring. Man skal også mestre en behandlersituasjon av ulike pasientkategorier, inkludert engstelige pasienter, i tillegg til produksjons- og prestasjonskrav. Opplevelser av mestring og kontroll er derfor viktig for å skape en trygg behandlingssituasjon for både pasient og behandler. Stikkskader er som et eksempel mest hyppig forekommende for studenter tidlig i studieforløpet (14), hvor man kan tenke seg at stress og manglende erfaring er medvirkende årsaker.

Det ble i kollegaintervju samt i samtale med studentgruppen etterlyst supplerende undervisningsaktiviteter for å trene praktiske ferdigheter, samt for å utnytte klinikktiden effektivt i perioder uten pasientbehandling. Med bakgrunn i dette ble dette praktiske kurset laget, rettet inn mot praktiske ferdigheter innenfor implantatkirurgi. Tre ulike praktiske øvelser for å trene ferdigheter innenfor både

bløt- og hardvevskirurgi ble gjennomført med stigende vanskelighetsgrad. For å evaluere læringsutbytte av kurset ble det lagt opp til egenevaluering fra studentenes side, både i forhold til teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter.

Objektiv evaluering av praktiske ferdigheter kan være utfordrende, men det er flere etablerte evalueringsmetoder for å både vurdere tekniske ferdigheter og klinisk kompetanse (15, 16), hvilket også er utprøvd innenfor oral og maxillofacial kirurgi (17). En slik kursevaluering vil imidlertid være mer ressurskrevende med evaluering fra ulike faglærere og behov for intern kalibrering. Det ville også vært gunstig med flere kursgjennomganger for å vurdere utvikling av praktiske ferdigheter over tid. Innenfor rammene av dette prosjektet ble det derfor valgt å ikke gjennomføre evalueringen på denne måten, men kanskje bør dette vurderes ved fremtidige praktiske kurs. Studentenes evaluering av sitt eget ferdighetsnivå og teoretisk kunnskap før og etter kurset viste en positiv utvikling, og flertallet oppgav godt læringsutbytte. Samtlige mente at kurset burde inngå som en læringsaktivitet i faget. At kursholder er en lærer man kjenner og har en relasjon til fra før vil nok påvirke disse svarene, og at dette kurset kun ble gjennomført for deler av kullet som en ekstra læringsaktivitet vil også kunne gi kunstig positive svar. Evalueringen sett under ett var imidlertid oppmuntrende for å videreutvikle kurset.

Konklusjon

Kollegaintervju avdekket behov for blant annet mer praktisk trening. «Fruktkirurgi» var en undervisningsaktivitet som studentene selv syntes de hadde læringsutbytte av, og som de ønsket inkludert i undervisningen i oral kirurgi.

REFERANSER

1. Reznick RK, MacRae H. Teaching surgical skills--changes in the wind. N Engl J Med. 2006;355(25):2664-9.
2. Windsor JA. Role of simulation in surgical education and training. ANZ J Surg. 2009;79(3):127-32.
3. Ou Y, McGlone ER, Camm CF, Khan OA. Does playing video games improve laparoscopic skills? Int J Surg. 2013;11(5):365-9.
4. Badash I, Burtt K, Solorzano CA, Carey JN. Innovations in surgery simulation: a review of past, current and future techniques. Ann Transl Med. 2016;4(23):453.
5. Chen TM, Mellette JR. Surgical pearl: Tomato--an alternative model for shave biopsy training. J Am Acad Dermatol. 2006;54(3):517-8.
6. Whallett EJ, McGregor JC. An alternative model for teaching basic principles and surgical skills in plastic surgery. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011;64(2):272-4.
7. Bassetti RG, Stahli A, Bassetti MA, Sculean A. Soft tissue augmentation procedures at second-stage surgery: a systematic review. Clin Oral Investig. 2016;20(7):1369-87.
8. Man Y, Wang Y, Qu Y, Wang P, Gong P. A palatal roll envelope technique for peri-implant mucosa reconstruction: a prospective case series study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2013;42(5):660-5.
9. Oh SL, Masri RM, Williams DA, Ji C, Romberg E. Free gingival grafts for implants exhibiting lack of keratinized mucosa: a prospective controlled randomized clinical study. J Clin Periodontol. 2017;44(2):195-203.
10. Wallace SS, Tarnow DP, Froum SJ, Cho SC, Zadeh HH, Stoupel J, et al. Maxillary sinus elevation by lateral window approach: evolution of technology and technique. J Evid Based Dent Pract. 2012;12(3 Suppl):161-71.
11. Alzahem AM, van der Molen HT, Alaujan AH, Schmidt HG, Zamakhshary MH. Stress amongst dental students: a systematic review. Eur J Dent Educ. 2011;15(1):8-18.
12. Elani HW, Allison PJ, Kumar RA, Mancini L, Lambrou A, Bedos C. A systematic review of stress in dental students. J Dent Educ. 2014;78(2):226-42.
13. Botelho M, Gao X, Bhuyan SY. An analysis of clinical transition stresses experienced by dental students: A qualitative methods approach. Eur J Dent Educ. 2018;22(3):e564-e72.
14. Gaballah K, Warbuton D, Sihmbly K, Renton T. Needle stick injuries among dental students: risk factors and recommendations for prevention. Libyan J Med. 2012;7.
15. Martin JA, Regehr G, Reznick R, MacRae H, Murnaghan J, Hutchison C, et al. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. Br J Surg. 1997;84(2):273-8.
16. Newble D. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. Med Educ. 2004;38(2):199-203.
17. Caminiti MF, Driesman V, DeMontbrun S. The Oral and Maxillofacial Objective Structured Assessment of Technical Skills (OMOSATS) examination: a pilot study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2021;50(2):277-84.

ENGLISH SUMMARY

Pedersen TØ.

Using fruit and eggs for training basic skills in oral surgery

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 920-5.

The aim of this project was to evaluate student perception of a practical course as a supplementary learning activity in oral surgery. Based on semi-structured interviews with three colleagues a practical simulation course was designed for fourth-year dental students with limited surgical experience. Three exercises with increasing degree of difficulty were performed, all related to dental implant surgery. The students reported a practical and theoretical learning outcome from the course and recommended it to be included as a supplementary learning activity in oral surgery.

Julekort fra Leger Uten Grenser

Leger Uten Grenser selger i år julegavekort hvor inntektene øremerkes vaksinearbeid verden over for å gi livreddende vaksiner til de som trenger det aller mest. Man kan velge mellom å kjøpe et fint, fysisk kort og pakke det inn som en gave, eller kjøpe et «print-selv»-kort hvis man er litt sent ute.

Julekortene bestilles på: legerutengrenser.no/julegave

TRIOS 3 Wired
Now with up to
30% discount
Award winning TRIOS 3 provides accurate, scan-and-send impressions. With 3D scans in realistic colors and three included engagement apps, TRIOS 3 gives you so many new ways to engage with your patients.
Learn more at
3Shape.com/TRIOS3
3shape

HOVUDBODSKAP

- Studien kan tyda på at både tannhelsetenesta og brukarane har mykje å vinna på auka fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta.
- For å førebyggja tannbehandlingsangst meinte deltakarane at god kommunikasjon og forklaring i forkant og undervegs i behandlingsprosessen er viktig.
- Deltakarane ynskte å oppleva kontroll, og å bli sett og høyrt i behandlingssituasjonen.
- Deltakarane opplevde det vanskeleg å sei ifrå til behandlaren når dei opplevde noko ugreitt i tannbehandlingssituasjonen.
- Fleire av deltakarane meinte at dersom det hadde blitt lagt betre til rette for brukarmedverknad tidlegare, kunne det hindra eller redusert behovet deira for hjelp frå TOO.

FORFATTARAR

Ingrid Kristin Moe, tannpleiar med master i helsefremjande arbeid, Vestland fylkeskommune
Therese Thornton Sjursen, ph.d. og psykologspesialist, Avdeling for rusmedisin, Helse Bergen
Regina Skavhellen Aarvik, ph.d.-stipendiat og tannlege, Universitetet i Oslo/Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland
Torill Helene Tveito, ph.d. og tannlege, Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag, Universitetet i Sørøst-Norge
Maren Lillehaug Agdal, ph.d. og pedodontist, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland

Korresponderende forfatter: Ingrid Kristin Moe, Hesthaugen tannklinikk, Åsamyrane 88 a, 5116 Ulset. E-post: Ingrid.Kristin.Moe@vlfk.no

Akseptert for publisering 13.09.2022

Artikkelen er fagfellevurdert

Moe IK, Sjursen TT, Aarvik RS, Tveito TH, Agdal ML. Brukarmedverknad i tannhelsetenesta – ei kvalitativ studie om erfaringar blant pasientar med behov for tilrettelagt tannbehandling i TOO. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 928-35.

Norsk MeSH: Tannhelsetjenester; Kommunikasjon; Tortur; Overgrep; Odontofobi

Brukar-medverknad i tannhelsetenesta

– ei kvalitativ studie om erfaringar blant pasientar med behov for tilrettelagt tannbehandling i TOO

Ingrid Kristin Moe, Therese Thornton Sjursen, Regina Skavhellen Aarvik, Torill Helene Tveito og Maren Lillehaug Agdal

Bakgrunn: Brukarmedverknad er i vinden i mange norske helsetenester, men forfattarane kjenner ikkje til norske publiserte studiar om brukarmedverknad i tannhelsetenesta. Studien har til mål å undersøka korleis brukarar av TOO har opplevd mogelegheita for brukarmedverknad i møte med tannhelsetenestene. TOO er eit tilrettelagt behandlingstilbod for pasientar som har vore utsett for tortur, overgrep, og/eller har odontofobi.

Metode: Kvalitativ metode med ni individuelle intervju. Deltakarane er brukarar av TOO, som av ulike årsaker har særleg behov for tilrettelagt tannbehandling. Tematisk tekstanalyse vart nytta til analyse av datamaterialet.

Resultat: Deltakarane har varierande forståing av konseptet brukarmedverknad. Dei har hatt positive erfaringar med brukarmedverknad på individnivå i TOO, men har lite erfaringar med brukarmedverknad i tannhelsetenesta tidlegare. Dei har ingen erfaringar med brukarmedverknad på systemnivå. Dei meiner at betre informasjon og kommunikasjon kan gjera tannhelsetenestene betre. For å legga betre til rette for brukarmedverknad i tannbehandling peikar deltakarane mellom anna på å bruka god tid, og at pasientane blir sett og lytta til.

Konklusjon: Deltakarane meiner at meir bruk av brukarmedverknad i tannhelsetenesta kan vera med å forebygga vegring for tannbehandling ved at fleire får gode opplevingar i møte med tannhelsetenesta. Det bør difor vera meir fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta.

Eit godt og effektivt helsevesen med mål om betre helse i befolkninga er stadig i fokus og i utvikling. For best mogeleg individuell nytte må

tenesta vera tilpassa brukaren. Helsetenestene har plikt til å involvera brukarane og brukarane har rett til å medverka i saker og avgjersler som omhandlar og påverkar dei. Dette er ein lovfesta rett i Noreg, nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1). Prosessen som set brukaren i stand til å ta større kontroll over avgjersler og handlingar som påverkar til betre helse er ein helsefremjande prosess og er definert i omgrepet empowerment (2). Brukarmedverknad med mål om at brukarane bidreg til utvikling av helsetenestene er ei form for empowerment. Når brukarane får påverka behandlinga, kan dette bidra til å styrka både sjølvbilete og motivasjonen til brukarane, samtidig som tenestene kan bli betre (3). Brukarmedverknad kan skje både på individnivå der brukaren påverkar sitt eige behandlingsløp, eller på systemnivå der brukaren bidreg til utforming av helsetenestene (4).

Verdien av medverknad og empowerment er ikkje ny kunnskap. Verdas helseorganisasjon lanserte allereie i 1986 Ottawacharteret, der empowerment blir framheva som både strategi og metode for å fremja god helse (5). Ottawacharteret påpeikar helsetenestene sitt ansvar for å utvikla og reorientera seg. I Noreg har fleire helsetenester innført system for brukarmedverknad både på individ- og systemnivå, til dømes innan rus og psykiatri (6). Fram til no har det derimot ikkje vore mykje fokus på brukarmedverknad innanfor tannhelse.

I Noreg er målet at alle skal vera sikra lik tilgang på helsetenester av god kvalitet (1). Føresetnadar for dette er mellom anna at brukarane får medverka ved behandlingsval, og at dei får naudsynt informasjon for å forstå eigen helsetilstand. Å ta omsyn til pasientane sin evne til å oppsøka, forstå og bruka helseinformasjon, er difor viktig (7).

Personar som har vore utsett for tortur, overgrep eller har odontofobi (TOO) er ei spesielt sårbar gruppe i tannhelsetenesta (8, 9). Tilrettelagt behandlingstilbod som inneber angstbehandling og tannbehandling med mål om varig god oral helse er oppretta for denne pasientgruppa slik at dei med særskilde behov også skal få hjelp til tannbehandling (8, 9). TOO-pasientane representerer ei pasientgruppe som ofte har negative kjensler knytt til tannbehandling, og er difor ikkje representative for alle brukarar av tannhelsetenestene. Meir kunnskap om korleis dei opplever mogelegheita for brukarmedverknad er likevel interessant fordi eit innblikk i deira opplevingar kan visa oss kva brukarmedverknad betyr for dei, og slik gjera det lettare å utvikla tenestene og betre legga til rette for sårbare pasientar. Med bakgrunn i dette var målet med studien å utforska korleis brukarane av TOO-tilbodet har opplevd mogelegheita for brukarmedverknad i tannhelsetenesta, og korleis brukarane meiner at tannhelsetenesta betre kan legga til rette for brukarmedverknad.

FAKTA OM TOO

TOO er eit tilrettelagt behandlingstilbod for pasientar som har vore utsett for tortur, overgrep, og/eller har odontofobi. TOO er finansiert av Helsedirektoratet og drifta av den offentlege tannhelsetenesta i alle fylka i landet. Pasientane kan sjølv ta kontakt med TOO, eller bli tilvist av tannhelsepersonell eller anna helsepersonell. Behandlingstilbodet er todelt der pasientane i første omgang får angstbehandling hos tverrfagleg TOO team før dei deretter blir tilvist til TOO-tannbehandlingsteam for tannbehandling.

https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud--too

Metode

Studien vart gjennomført med eit utforskande kvalitativt design, og datamaterialet vart samla inn gjennom ni individuelle intervju sommaren 2021.

Deltakarar og rekruttering

Deltakarane vart rekruttert under rutinesamtalar med koordinerande tannhelsesekretærar ved TOO. Dei som meldte interesse for forskingsprosjektet vart kontakta av IKM og fekk meir informasjon. Deretter vart skriftleg informasjon og samtykkjeskjema tilsendt dei som ville delta. Av dei 17 personane som meldte interesse for forskingsprosjektet var det 2 som ikkje møtte opp til avtalt intervju og 6 takka nei, eller valde å ikkje respondera.

Ni personar stilte til intervju. To deltakarar var i oppstartfasen for angstbehandling, resten var ferdige med angstbehandlinga og hadde starta tannbehandling når intervjua fann stad. Deltakarane hadde bakgrunn frå odontofobi og/eller overgrep. Ingen hadde kjend bakgrunn frå tortur. Begge kjønn var representert, og alle deltakarane var over 20 år.

Gjennomføring av intervju

Eitt intervju vart gjennomført digitalt via Teams grunna lang reiseveg for deltakaren, resten vart gjennomført med fysisk oppmøte i lokala til Tannhelsetenesta sitt kompetansesenter. Intervjua vart gjennomført med middels struktureringsgrad (10) med utgangspunkt i intervjuguide utforma i forkant. Intervjua vart leia av IKM. Ein assisterande moderator (forskingsassistent) var med og passa på at tida ikkje oversteig tidsplanen (90 minuttar) og at alle tema i intervjuguiden vart dekka. Intervjua varte i snitt i 50 minutt, kortaste intervju var på 35 minutt og lengste på 1 time og 14 minutt.

Intervjuguide

Tema og spørsmål i intervjuguiden vart utarbeida saman med to forskarar (TTS og MLA) som begge har erfaring frå kvalitativ for-

sking og behandling av TOO-pasientar. Intervjuguiden bygde på eksisterande kunnskapshol i litteraturen, og hadde fire hovudtema med tilhøyrande underspørsmål for å få utfyllande svar frå deltakarane. Dei fire hovudtema var:

- Kva erfaringar har pasientane med brukarmedverknad frå tannbehandling før TOO?
- Korleis kan den offentlege tannhelsetenesta legga til rette for auka brukarmedverknad på individ- og systemnivå?
- Kva erfaringar har pasientane med brukarmedverknad frå TOO-behandlinga?
- Korleis kan TOO leggja til rette for meir brukarmedverknad på individ- og systemnivå?

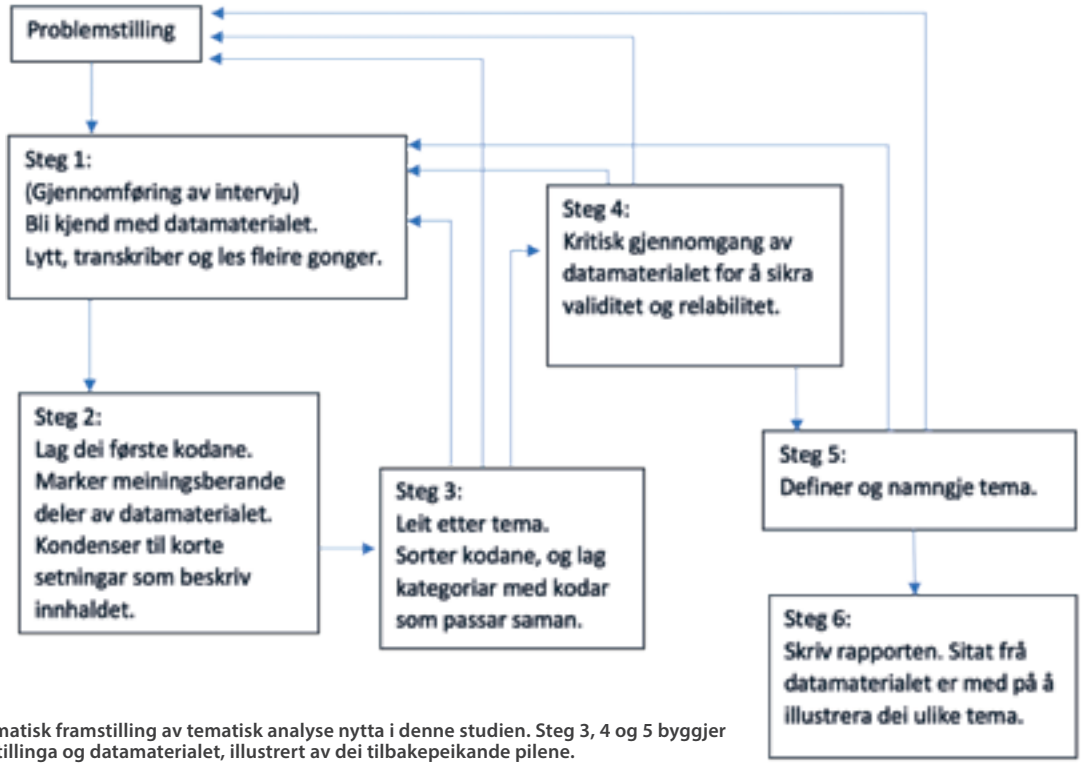
Lydopptak og transkribering

Lydopptakar vart nytta under intervjua med informert samtykkje. Etterpå vart intervjua transkriberte og lydfilene overført til kryptert datalagring. I transkriberingsprosessen vart deltakarar, personopplysingar, stadnamn og omtalte behandlarar anonymiserte.

Tematisk analyse

Braun og Clarke sin metode for tematisk analyse legg opp til å identifisera, analysera og synleggjera både samanfallande og divergerande mønster/tema i kvalitativt datamateriale (11). I tråd med Braun og Clarke sin metode vart desse seks stega nytta i analyseprosessen av dei transkriberte intervjua (figur 1):

1. Å bli kjend med datamaterialet: IKM lytta til lydfilene fleire gonger før og under transkribering for å bli godt kjend med datamaterialet. Transkriberinga vart gjort så ordrett som råd, samtidig som munnleg språk vart endra til skriftspråk for å gjera det lettare å lesa. Datamaterialet blei lese, og dei fyrste tankane om kva som var viktig tok form. MLA og TTS las gjennom det transkriberte datamaterialet kvar for seg.
2. Å generere innleiande kodar: IKM gjekk gjennom datamaterialet. Meiningsberande aspekt frå kvart intervju vart identifisert og merka med beskrivande kodar. Kodar med liknande meining vart organisert i same kategori. Nokon av utsegna vart nytta i fleire ulike kodar. Gjennomgang av transkripsjonar og kodar vart utført for å sjå om kvar kode gjenga meininga frå teksten i transkripsjonane. IKM og MLA gjekk saman gjennom transkripsjonar og kodar for å diskutere om kvar kode gjenga meininga frå teksten i transkripsjonane.
3. Organisering av kodar i overordna tema: IKM og MLA drøfta og organiserte kodane i overordna tema som viste mønster i datamaterialet. Nokon av kodane var ikkje relevante i forhold til problemstillinga, og vart difor ikkje med i vidare analyser. Kodane vart organisert til tema. Kodar og ei første organisering av materialet i fire tema vart delt med TTS, som sette seg inn i materialet og kom med inn-



Figur 1. Skjematisk framstilling av tematisk analyse nytta i denne studien. Steg 3, 4 og 5 byggjer på problemstillinga og datamaterialet, illustrert av dei tilbakepeikande pilene.

spel. Prosessen med å utvikla og avgrensa tema kravde at innhaldet vart vurdert og diskutert fleire gonger for å sikra at meiningsinnhaldet i dei definerte sitata vart forstått og tematisert på rett måte.

4. Kritisk gjennomgang av tema: Intervjumaterialet vart lese på nytt av IKM, MLA og TTS, og det vart utført ein kritisk gjennomgang av tema for å sikra at datamaterialet vart riktig gjengjeve i resultata. Ved kritisk gjennomgang av datamaterialet kom det fram at nokre tema måtte framhevast og andre resultat var mindre relevante. I den kritiske gjennomgangen gjekk prosessen frå fire til fem tema, då eit nytt tema vart lagt til. Deretter vart to av dei opphavelege tema slegne saman og resultatet vart til slutt fire tema.
5. Namn til tema: Prosessen med å definera og gje presise og beskrivande namn til tema vart utført parallelt med punkt 4. Målet var å namngje dei ulike tema med presise namn som på ein god måte spegla essensen i kvart tema. Etter fleire rundar resulterte det i namna som blir presentert under resultat.
6. Skriving av artikkel.

Tekstanalyseprogrammet NVivo20 (alfasoft) vart brukt til å organisera og strukturera kodar og tema gjennom analyseprosessen.

Etikkgodkjenningar

Studien vart vurdert av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk (REK) til å vera helsetenesteforsking, og dermed ikkje framleggspliktig (2021/231264/REK vest). Norsk senter for forskingsdata godkjende studien (# 942232/2021). Studien vart gjennomført i fylje prinsippa i Helsinkideklarasjonen (12). Alle deltakarane fekk utdjupande informasjon om studien både skriftleg og munnleg før dei signerte samtykkjeskjema i forkant av intervjua.

Resultat

Brukarmedverknad – frå framandord til eigne erfaringar

Det kom fram at deltakarane har ulik forståing for konseptet brukarmedverknad. For enkelte deltakarar var brukarmedverknad eit framandord, medan andre hadde klar oppfatning av kva ordet betyr. Frå tida før TOO hadde dei lite erfaring med å medverke i sjølve tannbehandlingssituasjonen, og lite erfaring med at tannhelsetenesta hadde tilrettelagd for brukarmedverknad. Fleire hadde følt at dei ikkje har hatt noko dei skulle ha sagt når dei var på tannklinikken. Ein av deltakarane som var i oppstartfasen av TOO-behandlinga skildra tidlegare erfaring med brukarmedverknad slik:

«For meg har det aldri vore klart at eg som brukar, eller pasient, har noko eg skulle sagt. At eg faktisk går til eit medisinsk helsepersonell. Og liksom… Det er jo dei som sit på erfaring og kunnskap, og du.. (...) forventar liksom at det som blir sagt at vi skal gjere, eller korleis ting skal vera, det må vi berre ta til etterretning, fordi det er det som er sagt frå fagpersonen, då. Så eg har aldri tenkt på mogelegheita for at eg kan sei nei, eller stopp, eller noko sånt. (…) Men for meg har det ikkje blitt opplyst om at eg som brukar har noko å sei, då.» (nr. 2)

Ein deltakar meinte at brukarmedverknad handla om det som skjer under behandlinga. Han fortalde at han trengde å ha kontroll på alt som skjedde i situasjonen, og meinte det var brukarmedverknad dersom det vart lagt til rette for at han hadde kontroll. Ein annan fortalde at å få vera med å planlegga neste tannlegebesøk var brukarmedverknad for han:

«Då kjenner eg at eg som pasient blir ivaretatt. Og at eg betyr noko meir enn berre pengar i kassen. At det faktisk er mi tannhelse som er viktig, og… Og at dei behova eg då vil ha, knytt opp til ei undersøking, eller kva det måtte vera, blir møtt.» (nr. 8)

Fleire av deltakarane starta intervjuet med å visa lite kjennskap til, eller forståing for sjølve omgrepet brukarmedverknad. Utover i samtalane kom det likevel fram refleksjonar som viste at brukarmedverknad var viktig for dei, utan at sjølve ordet vart brukt. Det såg ut til å vera lettast for deltakarane å få grep om brukarmedverknad på individnivå. Deltakarane hadde ikkje erfaring med, og lite forståing av brukarmedverknad på systemnivå. Sjølv om ordet «brukarmedverknad» vart lite brukt, kom det fram at fleire deltakarar hadde opplevd ei slags aha-oppleving når dei møtte behandlarar som la til rette for brukarmedverka i tannbehandlingssituasjonen. Deltakarane uttrykte at motivasjonen for å delta på intervju var å hjelpa andre, og bidra til å hindra at andre kom i same situasjon som dei.

Brukarmedverknad i tannbehandlingssituasjonen

Deltakarane hadde dårlege opplevingar frå barne- og ungdomstid som ikkje var i tråd med brukarmedverknad. Erfaringar med tvang og smertefull tannbehandling bidrog til at dei kjende seg maktesløse og utan kontroll. Dei fortalde at dei ikkje vart lytta til, og at det ikkje var rom for dei å medverka i situasjonen.

«Dei har sagt så greitt når du kjem dit, at.. Ja då, no skal me berre titta, og no skal me berre det. Og så berre begynna dei, og når dei seier 'Ja, viss det gjer vondt så må du berre sei at me skal stoppa,' og så seier du stopp og sånn, og så gjer dei ikkje det.» (nr. 4)

Når det vart lagt til rette for brukarmedverknad opplevde deltakarane det derimot som veldig positivt. I møte med TOO opplevde deltakarane at dei fekk delta i avgjersler som omhandla behandlinga og behandlingstempoet. Bruk av avtalt stoppsignal var noko deltakarane framheva som svært positivt. Når dei brukte, eller visste at dei kunne bruka, stoppsignalet opplevde dei å ha autonomi. Denne typen brukarmedverknad gjorde det lettare å stola på behandlaren, og dei vart tryggare i behandlingssituasjonen.

«Ja, og det som også har hjelpt er at du får tillit til desse tannlegane. (...) Og det er eit stoppteikn, eg skal ta opp venstre hand viss det er

nok. Så kan eg gå igjen. Ja. Og det hjelper. For du får den tryggheita og ser at det ikkje er farleg.» (nr. 9)

Dei opplevde også å bli lytta til, å få medverka i situasjonen, og å få god forklaring på kva som skulle skje. Dette gav deltakarane tryggheit og kontroll i situasjonen, og gjorde at dei greidde å ta i mot tannbehandling.

«Men viss du fortel meg at 'ja, no berre grev eg ut litt her slik at me får reinska ut litt bakteriar og slike ting, og så hyver me oppi eit middel som er steriliserande, og så fyller me i.' Konge! Då har eg kontroll i prosessen.» (nr. 5)

Brukarmedverknad gav positive kjensler, og var noko deltakarane ynskte seg meir av. Dei uttrykte frustrasjon over at dei ikkje hadde fått mogelegheit til å medverka i behandlingssituasjonar tidlegare. Nokon av deltakarane påpeika også at dei aktivt hadde unngått å oppsøka tannlegen, og at dei berre hadde besøkt tannklinikken når frykta for å døy av infeksjon i munnen var sterkare enn frykta for tannlegen.

«Eg har kvidd meg. Det har vore eit mareritt å berre tenkja på tannlege.» (nr. 7)

Fleire av deltakarane meinte at dersom det hadde blitt lagt betre til rette for brukarmedverknad tidlegare, kunne det hindra eller redusert behovet deira for hjelp frå TOO.

Brukarmedverknad for ei betre tannhelseteneste

På spørsmål om brukarmedverknad på systemnivå kom det fram at deltakarane sakna informasjon om kva rettar dei har som brukarar av tannhelsetenesta, og meinte det var viktig at tannhelsetenesta hadde større fokus på dette i møte med pasientane. Dei ynskte informasjon om korleis dei lettare kunne kommunisera tilbakemeldingar til tannhelsetenesta, og sakna meir synleg informasjon om TOO-tilbodet. Deltakarane viste forståing for at behandlarane hadde travle timebøker og knapp tid, men meinte at å stilla spørsmål om pasientane sine ynskjer og behov, eller gje informasjon om kva rettar dei har og korleis dei kan gje tilbakemeldingar til tannhelsetenesta, ikkje tek mykje tid. Deltakarane påpeikte også at tannhelsesekretærar og resepsjonistar kan vera viktige bidragsytarar til å informera pasientane om kva rettar dei har.

«For det er veldig mange brukarar som ikkje er klar over at dei har den retten. Og der trur eg også at det er litt viktig at tannlegane, eller tannlegekontoret generelt, er open for å sei at no må du hugsa at du har rett til å vera med på å bestemma korleis dette skal gå føre seg.» (nr. 5)

Deltakarane ynskte at det skulle bli lettare å koma med tilbakemeldingar til tannhelsetenesta. Fleire nemnde digitale løysingar, til dømes tilbakemeldingsskjema på internett, spørjeskjema, SMS-oppfylging i etterkant av tannlegebesøket, eller at dei kunne ta kontakt via telefon. Ein av deltakarane påpeikte at tilbakemeldingar frå pasientane kunne nyttast av tannhelsepersonell til å utvikla seg og læra meir. Nokon av deltakarane var komfortable med å gje tilbakemeldingar direkte til behandlaren, men sakna at behandlaren hadde tid til å lytta. Andre opplevde det som vanskeleg å gje direkte tilbakemeldingar ansikt til ansikt, eller trengde tid for å fordøya inntrykka frå tannbehandlinga. Dei var redde for å såra eller gjera behandlaren opprørt. Eit par deltakarar uttrykte at dei hadde meir enn nok med å komma seg bort frå situasjonen, og hadde aldri hatt noko ynskje om kommunikasjon med tannklinikken i ettertid.

«Nei. Eg sa ingenting, eg berre gjekk ut derifrå. Med fullt av bomullsdottar og, ja. Og bedøva, og må ikkje eta på to timar. Det var det me fekk med oss. Takk for i dag!» (nr. 4)

Dei fleste deltakarane fortalde at dei aldri tidlegare hadde gitt tilbakemelding til tannklinikken om noko, gjerne fordi dei ikkje visste korleis dei kunne gjera det. Ein deltakar fortalde derimot at ho hadde skjelt ut ein resepsjonist etter ein tannlegetime. Ho opplevde at tannlegen ikkje hadde tid eller interesse av å kommunisera med ho, og ho kjende seg overkøyrd. I etterkant såg ho at dette var urettferdig behandling av resepsjonisten. Ho trudde at det ikkje hadde skjedd dersom tannlegen hadde brukt tid på å snakka med ho i forkant, lytta til ho undervegs, eller om ho hadde kjent til ein kanal for kontakt i etterkant av tannlegebesøket.

Å skape felles forståing - barrierar og føresetnader for brukarmedverknad

Deltakarane hadde opplevd hinder som gjorde det vanskeleg å medverka i behandlingssituasjonen, og dei skildra på ulike vis opplevinga av å føla seg utrygge, ikkje bli sett, og ikkje bli lytta til.

«Men altså, med brukarmedverknad, då må først behandlaren sjå pasienten for det den er. For det behovet den har, då.» (nr. 2)

Fleire meinte at behandlaren ikkje hadde lagt merke til, eller ikkje anerkjende, at dei hadde hatt det vanskeleg under tannbehandlinga. Nokon hadde opplevd angstreaksjonar, som at heile kroppen rista av frykt, utan at behandlaren stoppa opp eller tok omsyn til det. Mange av deltakarane hadde opplevd tannlegen som autoritær. Ein deltakar påpeikte at dette ikkje nødvendigvis var tannlegen sin intensjon, men at hennar tidlegare erfaringar påverka situasjonen. Ho beskreiv maktbalansen mellom seg og tannlegen slik:

«Ja, men den er jo veldig ujamn! Men sant, det er jo noko eg legg i det, kanskje. Det er jo ikkje sikkert at det er innstillinga til tannlegen som gjer at eg føler det sånn. Eg er jo då i ein veldig nedverdigande situasjon for meg, når eg er der. Men… Så då gjer jo det til at eg føler meg underlegen i utgangspunktet.» (nr. 2)

Når deltakarane kjende seg underlegne i forhold til behandlaren, vart det vanskeleg å sei ifrå når ting kjennes ugreitt. Ein av deltakarane sa at det var skummelt å utfordra autoritetar, og at det difor var vanskeleg å seie noko. Det kom fram at deltakarane kunne kjenna seg

usikre, også i møte med TOO, fordi dei var bekymra for å falla inn i gamle mønster slik dei hadde opplevd tannbehandling før dei vart innlemma i TOO-tilbodet. Til dømes kunne dei vera redde for å få beskjed om å gjera noko dei ikkje var klare for, fordi dei var redde for at dei ikkje skulle klara å seie nei. Ein av deltakarane seier det slik:

«Altså, for ho (tannlegen) var så grådig, ja, autoritær rett og slett. Det var ho som var sjef, det var ho som la opp løpet, og eg hadde ingenting eg skulle sagt.» (nr. 1)

Fleire av deltakarane fortalde også om store behandlingar som vart gjort som dei ikkje har forstått årsaka til, eller omfanget av, før behandlingsstart. Ein av deltakarane hadde opplevd at ho ikkje hadde noko val, og trudde at det var noko ho måtte gjennomføra. Deltakarane uttrykte at dei ikkje hadde fått tilstrekkeleg informasjon, eller ikkje hadde forstått informasjonen dei trengde for å medverka i avgjersler om behandlingsval.

«Men når du er eit barn, og går til tannlegen, og du er redd, og du, ja du gjer som du på ein måte får beskjed om, og du set ikkje spørsmålsteikn ved det.» (nr. 2)

Ein av deltakarane fortalde at ho hadde hatt ein tannlege som ho følte seg trygg på fordi dei hadde klare avtalar om kva som skulle skje på timane. Men når tannlegen ein dag ikkje heldt avtalen, vart den gode relasjonen øydelagd. Dei hadde avtalt time for undersøking, men det enda opp med full bedøving og boring. Ho greidde ikkje å gje beskjed om at det var ugreitt i situasjonen, men grein resten av dagen når ho kom heim og gjekk aldri tilbake dit. Knapp tid var også eit hinder i å delta aktivt i behandlinga. Fleire nemnde at tidsskjemaet på tannklinikken var stramt, og at det berre var tennene som var i fokus, ikkje mennesket bak.

«Det har som sagt vore litt samlebandoppleving. At du skal inn, så skal dei rota rundt, så skal du ut igjen. Det er liksom.. «Har dårleg tid, neste pasient. Kom deg ut!»» (nr. 5)

Dei skildra også positive opplevingar i møte med tannhelsepersonell, både før og etter oppstart i TOO. Dei fortalde om situasjonar der dei opplevde likeverdige relasjonar, dei vart behandla med respekt og klarte å delta aktivt i behandlinga. Når dei kjende seg ivaretatt kunne dei slappa av, kjenna tryggheit, meistring og glede, og oppleva at tiden i tannlegestolen gjekk fort. Dei brukte ord som vidunderleg, deileg og einestående når dei skildra korleis dei opplevde å bli sett og møtt på eigne premissar, og at dette hadde alt å seie for at dei klarte å gjennomføra tannbehandlinga.

«Eg følte meg veldig forstått og imøtekommen der, eg følte meg trygg. Og eg bygde meg faktisk opp ei slik meistring at eg gleda meg til å komma dit.» (nr. 3)

Felles for forholda der dei kjente seg respektert og likeverdig var når behandlaren stilte interesserte spørsmål, lytta, forklarte og tok dei på alvor.

«Eg følte at eg vart tatt på alvor, og eg følte at dei såg på meg som ein vanleg person, holdt eg på å sei.» (nr. 4)

Diskusjon

Studien viste korleis TOO-pasientar har opplevd mogelegheita for brukarmedverknad i møte med tannhelsetenesta og TOO. Studien fann at deltakarane på individnivå hadde opplevd liten grad av brukarmedverknad i møte med tannhelsetenesta før TOO. Under behandling i TOO hadde dei opplevd større grad av brukarmedverknad på individnivå. Ingen av brukarane hadde erfaring med brukarmedverknad på systemnivå, verken i TOO eller elles i tannhelsetenesta. I fleire av intervjua påpeikte deltakarane at dei opplevde at tannhelseteamet har dårleg tid til pasienten utover å utføre sjølve tannbehandlinga, noko dei også viste forståing for. Kor mykje tid tannhelseteamet brukar på kvar pasient blir i første omgang styrt av behandlaren, men føringar frå leiinga på arbeidsplassen kan også påverke korleis tida blir prioritert. Tidsbruk per pasient kan dermed vera ein faktor som kan styrast frå systemnivå.

Deltakarane meinte at tannhelsetenesta må gje betre informasjon om kva rettar og moglegheiter pasientar har til å medverke. For å kunne medverke peikte dei på at det i større grad må vere rom for å bruka god tid, snakka med og lytta til brukarane. At deltakarane i studien stilte til intervju med motivasjon om å hjelpa andre kan tolkast som at det er behov for brukarmedverknad på systemnivå i tannhelsetenesta, og at brukarane av TOO er villige til å bidra.

Fleire av deltakarane fortalde at dei i tida før TOO i det lengste hadde unngått tannbehandling fordi tannbehandlingsangsten var så sterk. Ei undersøking som omhandlar mental helse og brukarmedverknad viste at god brukarmedverknad er vanskelegare å gjennomføra dersom pasientane har sterke symptom eller er svært sjuke (13). Dersom pasientane venta til behandlingsbehovet var akutt, var det vanskelegare å legga til rette for brukarmedverknad, og behandlinga vart oftare behandlarstyrt. Dette kan truleg vera overførbart til pasientar som vegrar seg for tannbehandling, og som over tid har utsett tannbehandlinga til tilstanden er alvorleg og akutt. Fagfolk som utfører akuttbehandling har ofte meir makt enn dei er klar over, fordi grad av avhengigheit påverkar maktforholdet (14). Når pasienten opplever behandlaren som autoritær, og seg sjølv som underlegen, er ikkje partane likeverdige, og det vil vera eit hinder for brukarmedverknad.

Å bli møtt med respekt og likeverd vart opplevd som svært positivt, både i møte med TOO og elles i tannhelsetenestene. Deltakarane fortalde at brukarmedverknad gav positive assosiasjonar til tannklinikken, som igjen fremja god tannhelseåtferd i form av at dei gledde seg til neste tannlegetime. Følelse av kontroll (15) og trygg relasjon til behandlaren (16) reknast som viktige faktorar for pasientar med tannbehandlingsangst for å klara å

gjennomføra tannbehandlinga. God relasjon mellom pasient og behandlar kan også gjera at effekten av førebyggande råd blir auka, at pasienten føl opp behandlingstiltak og tek betre vare på tannhelsa si i eit livstidsperspektiv (17).

Deltakarane etterspurde tydelege kanalar for tilbakemeldingar og kommunikasjon med tannhelsetenesta. Dei ynskte betre informasjon om kva rettar dei har som brukarar av tannhelsetenesta, og at tannhelsepersonellet har betre tid til å informera og snakka med dei. Korleis deltakarane ynskte å bli møtt på tannklinikken handlar om kommunikasjon, og speglar i stor grad Dei fire gode vanane (+1), eit kommunikasjonsverktøy tilpassa odontologisk praksis (18). Dei fire vanane er å skapa relasjon, få tak i pasienten sitt perspektiv, visa empati og bruka tid i slutten av timen for å forstå pasienten si oppleving og tankar om konsultasjonen og vegen videre. Den femte vanen går ut på å heile tida sikra at pasienten opplever kontroll i situasjonen. I samspel mellom behandlar og pasient skal behandlar sikra at pasienten forstår kva som skjer gjennom regelmessige oppsummeringar, og opna for at pasienten kan stilla spørsmål undervegs. Ved å nytta dette kommunikasjonsverktøyet legg ein til rette for at pasienten raskt vil kjenna seg trygg og får rom til å setja ord på kva som er viktig for seg i situasjonen. Når pasienten merkar at det er mogeleg å gje uttrykk for sine behov gjennom god kommunikasjon blir pasienten si oppleving av samarbeid betre (19). Dei fire gode vanane legg til rette for at pasientane kan oppleva kontroll, kjenner seg sett og høyrt, opnar opp for at dei kan stilla spørsmål og koma med tilbakemeldingar slik deltakarane etterspør, og kan bidra til auka brukarmedverknad i tannhelsetenestene.

Deltakarane sitt ynskje om meir informasjon kan tyda på at tannhelsepersonell ikkje alltid er merksame på pasientane sitt nivå av helsekompetanse. I tillegg kan det vera eit teikn på at tannhelsepersonell ikkje er klar over nytteverdien det har å vere open for pasientane sitt behov for kommunikasjon i behandlinga. For å kunne dra nytte av brukarmedverknad treng pasientane tannhelsekompetanse, og tannhelsepersonellet må ha kunnskap om kva tannhelsekompetanse inneber (7). Ein norsk studie viste at skreddarsydd munnleg og skriftleg kommunikasjon, helseinformasjon og opplæring gav pasientane betre oral helse og gjorde dei betre rusta til å ta vare på helsa si (20). Dersom tannhelsepersonell er merksame på helsekompetanse i møte med pasientar, pårørande og andre samarbeidspartnerar, og tilpassar kommunikasjonen deretter, kan pasientane få betre utbytte av informasjonen dei får. Å ta omsyn til brukarane sitt nivå av helsekompetanse er viktig i samband med brukarmedverknad for å sikra at brukarane tek val på rett grunnlag (21).

Deltakarane gav informasjon om vilkår som var viktige for at dei i større grad kunne medverka. Ottawacharteret seier oss at brukarmedverknad er viktig for helse og helsefremjande arbeid (4). Lov om tannhelsetenester viser til at fylkeskommunane skal fremja tannhelsa i befolkninga og gjennom tannhelsetenestene sørga for nødvendig førebygging og behandling (22). Tannhelsetenestene må difor ta innover seg kva brukaren meiner er viktig i samarbeidet. Sjølv om tannhelsepersonell kan ha meiningar om kva som er den beste løysinga ut frå eit tannhelseperspektiv, må det også lyttast til pasienten sin kunnskap om seg sjølv og eige liv (14). Når tannhelsetenestene tek brukarmedverknad på alvor kan partane saman finna gode løysingar for brukarane.

Styrker og svakheiter

Rekrutteringsprosessen var målretta og fann deltakarar som var motivert for å dela erfaringar og bidra til utvikling av tenesta. Trass pandemi og restriksjonar lykkast det å gjennomføra intervju ansikt-til-ansikt. Det vart presisert for deltakarane at verken intervjuar eller moderator hadde tilknyting til TOO. Likevel kan det ha påverka deltakarane at intervjua vart gjennomført i lokale med tilknytning til TOO, og at rekrutteringa skjedde ved hjelp av administrasjonen i TOO kan ha spela inn på kven som melde seg som deltakarar. At forfattaren i utgangspunktet hadde positivt inntrykk av TOO kan ha påverka korleis spørsmål har blitt stilt og korleis datamaterialet er tolka i analyseprosessen. Medvit rundt dette har vore viktig i alle ledd av forskingsprosessen.

Kunnskap frå denne studien kan ikkje generaliserast, og seier berre noko om personane som deltok i intervjua. Fleire deltakarar påpeikte at dei ikkje var «gjennomsnittspasientar» fordi dei i det lengste hadde unngått å oppsøka tannlegen, og at dei difor hadde lite erfaring med tannbehandling før TOO. Likevel gjev studien oss kunnskap om korleis representantar frå pasientgruppa har opplevd mogelegheita for brukarmedverknad i tannhelsetenesta. Denne kunnskapen kan vidare brukast til å auka fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta, samt vera utgangspunkt for vidare forsking innan temaet.

Konklusjon

Deltakarane meinte at det må bli meir fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta. Når deltakrane opplevde brukarmedverknad på individnivå, opplevde dei det som svært positivt. Deltakarane hadde ikkje erfaring med brukarmedverknad på systemnivå, verken i TOO eller elles i tannhelsetenesta. Deltakarane meinte at brukarmedverknad i tannhelsetenesta kan førebygga tannbehandlingsangst ved at fleire kan få gode opplevingar på tannklinikken. Det kan tyda på at det kan vera mykje å henta for både pasientane og tannhelsetenesta på at pasientane si stemme blir lytta til, og at det bør bli meir fokus på brukarmedverknad i tannhelsetenesta i framtida.

Takk

Me er svært takksame for at intervjudeltakarane har delt av tida si og erfaringane sine med oss. Me vil også takka forskingsassistent

Linda Hasselgren for god hjelp under alle intervjua, og til dei koordinerande tannhelsesekretærane som bidrog til rekruttering av deltakarar. Takk til Tannhelsetenesta sitt kompetansesenter Vestland for lån av utstyr og lokale.

REFERANSER

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter. (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 (lese 11.05.22.)
2. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349 (lese 12.04.22).
3. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning. https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning (lese 26.03.22)
4. Andreassen TA. Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (lese 25.04.22.)
6. Helsedirektoratet. Brukermedvirkning i rusbehandling. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/brukermedvirkning-i-rusbehandling (lese 24.04.22.)
7. Stein L, Johnsen JAK. Tannhelseforståelse. In: Willumsen T, Myran L, Lein JPÅ, editors. Odontologisk psykologi. Oslo: Gyldendal; 2018. p. 73-82.
8. Helsedirektoratet. Tilrettelagt tannhelsetilbud – TOO. https://www.helsedirektoratet.no/tema/tannhelse/tilrettelagt-tannhelsetilbud--too (lese 10.04.22.)
9. Helsedirektoratet. Tilrettelagte tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. Rapport IS-1855. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
10. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2015.
11. Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. Qual Res Psychol. 2006; 3: 77-101.
12. World Health Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for Medical Reserach Involving Human Subjects; 9.juli 2018. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/ (lese 28.04.22)
13. Solbjør M, Rise MB, Westerlund H, Steinsbekk A. Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. International Journal of Social Psychiatry. 2013; 59: 107-113.
14. Stang I. Makt og bemyndigelse. Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Oslo: Gyldendal Akademisk; 1998.
15. Bernson JM, Elfström ML, Hakeberg M. Dental coping strategies, general anxiety, and depression among adult patients with dental anxiety but with different dental-attendance patterns. Eur J Oral Sci. 2013; 121: 270–276.
16. Bjørkvik J. Tannlegen og pasienten: En oppfølgingsstudie av pasienter som har gjennomført behandling av tannbehandlingsangst. Nor Tannlegeforen Tid. 2016; 126: 350–354.
17. Myran L. Relasjonsbygging og egenomsorg. In: Willumsen T, Myran L, Lein JPÅ, editors. Odontologisk psykologi. Oslo: Gyldendal; 2018. p. 37-52 .
18. Torper J, Ansteinsson V, Lundeby T. Moving the four habits model into dentistry. Development of a dental consultation model: Do dentists need an additional habit? Eur J Dent Educ. 2019; 23: 220-229.
19. Zolnierek KBH, DiMatteo, MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009; 47: 826–834.
20. Stein L, Bergdahl M, Pettersen KS, Bergdahl J. Effects of the Conceptual Model of Health Literacy as a Risk: A Randomised Controlled Trial in a Clinical Dental Context. Int J Environ Res Public Health. 2018; 5: 1630.
21. Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. Patient Educ Couns. 2013; 90: 4-11.
22. Lov om tannhelsetjenesten. (tannhelsetjenesteloven). LOV-1983-06-03-54. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54 (lese 07.07.22.)

ENGLISH SUMMARY

Moe IK, Sjursen TT, Aarvik RS, Tveito TH, Agdal ML.

Experience with user involvement among persons with experience of torture, abuse and/or dental phobia. A qualitative study

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 928-35.

Background: User involvement is increasingly practiced in Norwegian health services, but research on user involvement is sparse in the dental care sector. Persons with experience of torture, abuse and/or dental phobia may need special care during dental examination and treatment. Their opinions and reflections of being involved during dental care should be explored to further develop the dental services.

Method: Qualitative method with nine individual interviews. Thematic text analysis was used to analyze the data.

Results: The participants had varied understandings of the concept user involvement. They had positive experiences with user involvement at an individual level during facilitated treatment, but their overall experience with user involvement in the dental care service was sparse. They had no experience with user involvement at a system level. They suggested that better information and communication may improve the dental care services. Being seen and listened to, as well as using more time during consultations, were emphasized as important to ensure user involvement in dental care.

Conclusion: The participants thought that increased user involvement in the dental care services may provide patients with positive dental experiences and prevent averseness to dental treatment. Accordingly, more focus on user involvement in dental health care seems necessary.

Vi har spesialister over hele landet

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

Trenger du hjelp med din pasient?

Vi tar imot henvisninger fra kolleger i hele Norge, og hjelper med både små og store utfordringer, deler av behandlingen eller hele behandlingsløpet.

ORIS DENTAL

Spesialister

Spesialister i endodonti

Nikola Petronijevic / Leutenhaven / Drammen
Nicole Aria / Arken Åsane
Inge Fristad / Arken Åsane
Vilhjalmur Vilhjalmsson / Arken Åsane
Marianne Lægreid / Broegelmannhuset
Elisabeth Haugarvoll Helland / Nesttun
Unni Endal / Lysaker
Iman Saleh / Homansbyen
Dan Grigorescu / Galleri Oslo
Katalin Jani / Ryfylke
Dyveke Haagensen Knudsen / Hinna Park / Madla

Spesialister i kjeveortopedi

Anette Haseid / Grønnegata
Kristin Sandvik / Grønnegata
Amelia Shams / Sirkus Shopping
Astrid Beate Katle / Kjeveortopedene i Arken
Marko Scepanovic / Sandsli Tannregulering / Arken Åsane
Inge Slette / Lillehammer Tannregulering
Parandosh Afnan / Lillehammer Tannregulering / Galleri Oslo / Slemmestad / Bryn
Tanya Franzen / Bryn
Yngvil Zachrisson / Aker Brygge
Stefan Ahlborg / Hokksund Tannregulering
Jan Ove Øen / Stord Leirvik
Annlaug Stensland / Hinna Park / Madla
Kasper Dahl Kristensen / Madla
Martin Stage / Martin Stage

Spesialister i periodonti

Harald Emil Efraimsen / Harstad
Kristian Lind / Arken Åsane / Nesttun
Jan Akre / Homansbyen
Sandra Tunbridge / Drammen
Esha Kayayen / Galleri Oslo / Bryn / Lysaker / Rommen
Malene Øen / Stord Leirvik
Bjørn Abrahamsen / Madla
Eirik Aasland Salvesen / Madla / Hinna Park

Spesialister i oral protetikk

Carl Fredrik Haseid / Grønnegata
Pia Selmer-Hansen / Raufoss
Paul-Arne Hordvik / Arken Åsane
Eva Gustumhaugen / Galleri Oslo
Jørn Aas / Oralkirurgisk Klinikk
Ina C. Knivsberg / Madla
Torbjørn Leif Hansen / Hinna Park

Spesialister i oral kirurgi og oral medisin

Hans Thomas Brox / Grønnegata
Hauk Øyri / Harstad / Aker Brygge / Bryn / Lysaker / Rommen / Tønsberg
Paula Frid / Harstadtannlegene
Thomas Klimowicz / Sanden
Tamas Hasulyo / Sirkus Shopping / Leutenhaven
Paul Åsmund Vågen / Brosundet
Arild Kvalheim / Arken Åsane
Torbjørn Pedersen / Arken Åsane
Mohammad Moafi / Galleri Oslo / Bodø
Shoresh Afnan / Galleri Oslo / Bodø
Zina Kristiansen / Homansbyen
Erik Bie / Oralkirurgisk Klinikk
Dagfinn Nilsen / Oralkirurgisk Klinikk
Johanna Berstad / Oralkirurgisk Klinikk / Raufoss
Shelley Khullar / Drammen
Frank-Jakob Sandbakk / Eikås
Mindaugas Brukas / Madla
Roshi Frafjord / Madla / Hinna Park / Søgne / Stoa

Spesialist i multidisiplinær odontologi

Mona Eide-Gast / Madla

Spesialist i maxillo-facialkirurgi

Attila Nagy / Munkegata

orisdental.no/spesialister

Kan vi hjelpe deg med rett sted for henvisning? Ta kontakt!

Shoresh Afnan
Head of Customer Relations, Oris Academy
shoresh.afnan@orisdental.no
+47 971 44 811

Hauk Øyri
Director, Oris Academy
hauk@orisdental.no
+47 936 31 009

Pia Selmer-Hansen
Advisory Board Member, Oris Academy
pia.selmer@orisdental.no
+47 414 18 692

Eirik Aasland Salvesen
CEO, Oris Dental
eirik@orisdental.no
+47 909 42 298

HOVEDBUDSKAP

- Cemento-ossøs dysplasi (COD) er en benign fibro-ossøs lesjon i kjevebeinet.
- COD oppdages ofte som et tilfeldig funn ved røntgenundersøkelse.
- Det er lett å blande denne lesjonen med kronisk apikal periodontitt.
- Etnisitet, kjønn og alder er faktorer som kan få en til å mistenke COD.
- Det er viktig at tannlegene har kunnskap om de tre utviklingsstadiene.

FORFATTERE

Stig Løvold, spesialistkandidat, Seksjon for kjeve og ansiktsradiologi, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen
Sivakami Rethnam Haug, dr.odont., spesialist i endodonti, førsteamanuensis. Seksjon for endodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.

Korresponderende forfatter: Stig Løvold, Seksjon for kjeve og ansiktsradiologi, IKO, Universitetet i Bergen, Årstadveien 19, 5009 Bergen.
E-post: stig.lovold@uib.no

Akseptert for publisering 23.09.2022

Artikkelen er fagfellevurdert

Løvold S, Haug SR. Kasusrapport: Cemento-ossøs dysplasi – en diagnostisk utfordring. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 938-42.

Norsk MeSH: Kjevebein; Tannrøntgen; Differensialdiagnose; Kasusrapporter

Kasusrapport:

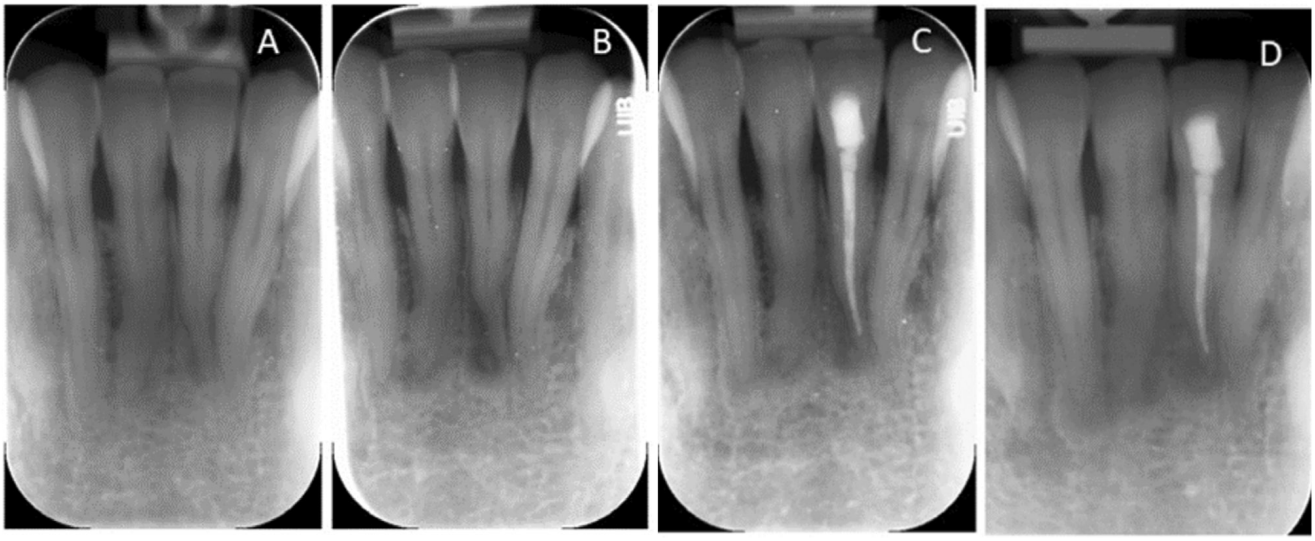
Cemento-ossøs dysplasi – en diagnostisk utfordring

Stig Løvold og Sivakami Rethnam Haug

Cemento-ossøs dysplasi er en benign forandring som utvikler seg i flere stadier i kjevebeinet ofte i relasjon til apikalområdet på vitale tenner. Det kan være utfordrende å skille radiologisk mellom cemento-ossøs dysplasi og kronisk periapikal inflammasjon. Denne kasusrapporten beskriver tre pasienter med cemento-ossøs dysplasi. To med langtidsoppfølging og en nylig oppdaget/diagnostisert.

Cemento-ossøs dysplasi (COD) er en benign lesjon i kjevebein karakterisert av lokale forandringer i beinmetabolismen. Lesjonene oppdages ofte som et tilfeldig funn på periapikale røntgenbilder eller panoramarøntgen. De gir vanligvis ingen kliniske symptomer. Navnet cemento-ossøs dysplasi henspiller på at normalt spongiøst bein blir erstattet av fibrøst bindevev med varierende mengde av umodent bein eller sementlignende hardvev (1,2).

Utviklingen av COD skjer i tre stadier (osteolytisk, blandet og modent) og ble beskrevet allerede i 1937 basert på radiologiske og histologiske funn (3). I stadium I (osteolytisk), avbildes lesjonen radiolucent på røntgenbildene. I dette stadium kan lamina dura fremstå intakt på de involverte tennene. Histologi viser at fibrøst bindevev erstatter det normale beinet. I stadium II (blandet), fremstår lesjonen med både radiolucent og radiopakt innhold, en veldefinert radiolucent randsone og ofte omgitt av sklerotisk bein. Et viktig tegn for blandet stadium er at nytt umodent bein er avsatt i økende mengde fra sentralt i lesjonen og ut mot periferien. Histolo-



Figur 1. Kasus 1: Periapikale røntgenbilder i underkjevefront. (A) Liten periapikal oppklaring på tann 31 og utvidet rothinnespalte på tann 41. (B) Fire år senere, tydelig periapikal oppklaring tann 31 med en liten radiopak struktur sentralt i lesjonen. (C) Sluttrøntgen etter rotfylling tann 31 med tydelige periapikale oppklaringer på tann 41 og 42. (D) Kontroll 4 år etter rotfylling viser diffus radiolucens apikalt på tann 31, 41 og 42.

gi viser en blanding av fibrøst vev og sementlignende eller umodent bein. I stadium III (modent), kan lesjonen være helt radiopak med en svak radiolucent randsone. Lesjonene kan overtegne røttene slik at det er vanskelig å følge rothinnespalten på periapikale røntgenbilder. Histologi viser tett cementlignende eller umodent bein.

COD er delt i tre undergrupper i klassifikasjonen fra Verdens helseorganisasjon (WHO) under svulster i hode hals området (4,5) som alle tre er varianter av samme patologiske prosess: (a) *Periapikal* COD er vanligvis lokalisert nær apeks til tennene i underkjevens front, enten som solitære eller multiple lesjoner; (b) *Fokal* COD er enkeltstående solitære lesjoner ofte i molar området i mandibelen og (c) *Florid* COD er multifokale lesjoner i mandibel og maxilla, forekommer ofte bilateralt med symmetrisk involvering.

Lesjonene kan ekspandere beinet, uttynne de kortikale begrensningene og i enkelte tilfeller gi ubehag. COD har hatt mange benevnelser som periapikal cemento-dysplasi, cementom, fibrocementom, sklerotiserende cementom, periapikal osteofibrom, periapikal fibrøs dysplasi og periapikal fibro-osteom (6).

De følgende tre kasus er eksempler på COD. Alle tre pasientene er informert, har samtykket skriftlig og gitt tillatelse for publisering av røntgenbilder og journalopplysninger.

Kasus 1

Pasienten, en kvinne i slutten av 30-årene av afrikansk opprinnelse, meldte seg på eget initiativ for å få utført tannbehandling på Institutt for klinisk odontologi (IKO), Universitetet i Bergen (UiB). Pasienten ble diagnostisert med kronisk marginal periodontitt og ble derfor henvist for røntgenundersøkelse. Periapikalt røntgenbilde av underkjevens fronttenner viste en liten oppklaring inferiort for tann 31 og utvidet rothinnespalte tann 41 (figur 1A).

Klinisk og røntgenundersøkelse av underkjevens fronttenner viste ingen karies eller fyllinger, men noe marginalt beintap. Tann 31 og 41 var symptomfrie og vitale ved sensibilitetstest. På spørsmål om tidligere traume opplyste pasienten at hun fikk et slag mot underkjevens fronttenner i barndommen. Tentativ diagnose basert på etnisitet, kliniske og radiologisk funn var periapikal COD i stadium I (osteolytisk).

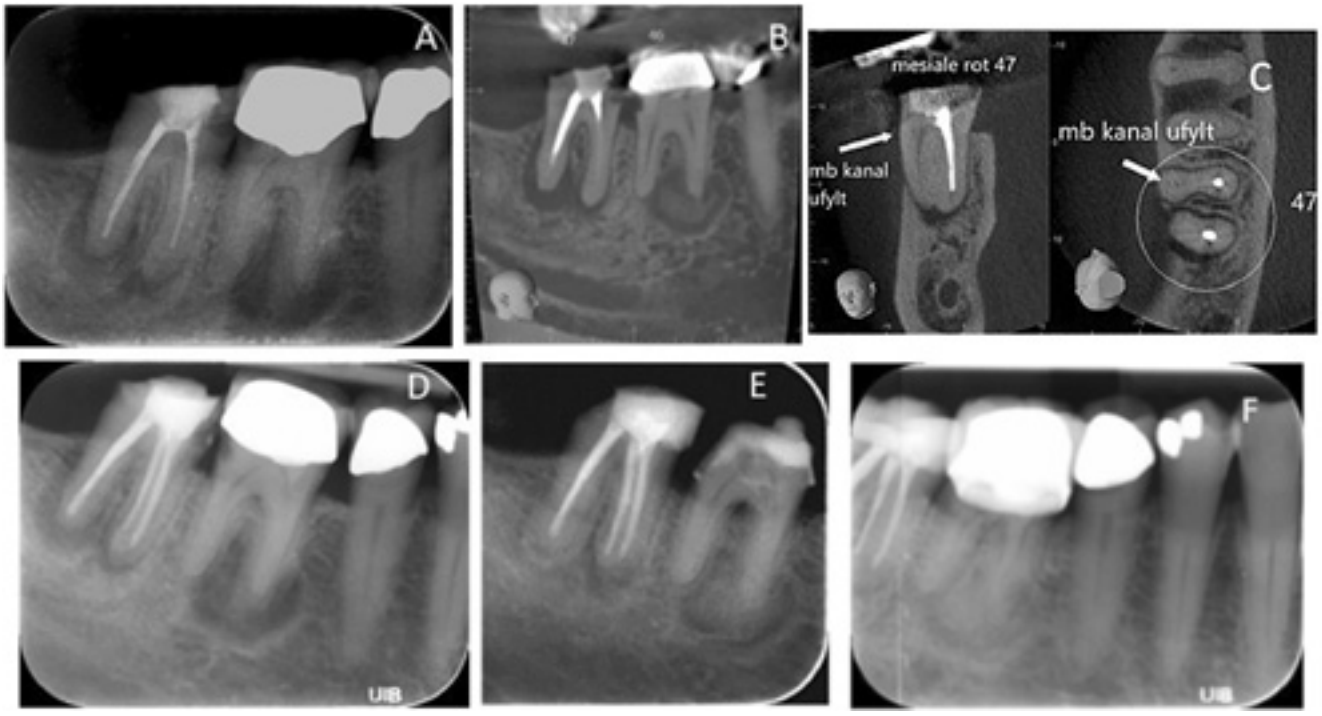
Fire år senere ble den apikale oppklaringen under tann 31 feildiagnostisert som en kronisk apikal periodontitt, med begrunnelse av mulig skade fra et tidligere traume (figur 1B). Det var ingen symptomer fra tenner. Det ble oppdaget at tann 31 var vital under kavumpreparering på grunn av blødning og smerter fra pulpa. Tann 31 ble rotfylt og ingen behandling ble utført på tann 41 (figur 1C).

Ved endodontisk etterkontroll fire år senere var tann 31 symptomfri. Røntgenbilde viste fortsatt periapikal lesjon under tann 31, 41og 42, blandet stadium II (figur 1D).

Kasus 2

Mann i begynnelsen av 60-årene av norsk opprinnelse. Pasienten ble henvist til spesialist i endodonti for rotfylling av tann 46 og vurdering av tann 47.

Tann 46 var symptomfri. Periapikalt røntgenbilde viste karies under kronekanten distalt og oppklaring i kjevebenet med litt atypisk utseende under mesiale rot 46 (figur 2A). Lamina dura fremstod intakt på mesiale rot. Sensibilitetstest ga uklart svar, men borretest gjennom kronen indikerte vital pulpa. På bakgrunn av dette mistenkte spesialisten fokal COD. Tann 47 var tidligere rotfylt og



Figur 2. Kasus 2: Periapikale bilder (A,D,E,F) og CBCT snittbilder (B,C) av tann 46 og 47. (A) Preoperativt bilde. Tann 46 viser tydelig periapikal lesjon mesiale rot, radiolusent stadium I. (B) Sagitalt snittbilde fra CBCT opptak på samme tidspunkt som (A) viser tydelig hardvevsdannelse sentralt i lesjonen under mesiale rot av tann 46. På tann 47 er det radiolucente lesjoner apikalt begge røtter. (C) Tann 47, piler peker på mesiale rot med ubehandlet mesio-bukkal (mb) kanal. (D) Sluttbilde etter endodontisk revisjonsbehandling av tann 47. Tann 46 viser utvikling mot blandet stadium II. (E) 3 år senere, tann 46 viser mer radiopakt innhold under mesiale rot, blandet stadium. Kontroll av tann 47 viser tilheling av periapikal lesjon. (F) Fire år etter første besøk, tann 46 viser modent stadium III og ny fremstilt krone.

symptomfri, men viste oppklaringer ved begge røtter. (figur 2A). Pasienten ble henvist for Cone Beam Computed Tomography (CBCT) for vurdering av tann 47 og tann 46.

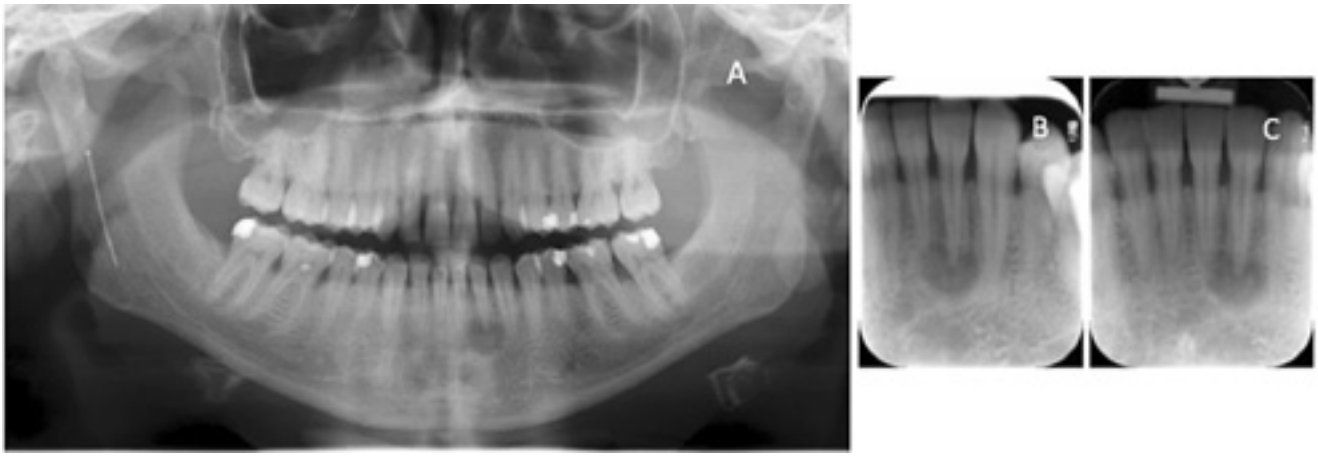
Tann 46 viste en stor lesjon under mesiale rot (11x10x8 mm) med størst utstrekning anterior-posteriort (figur 2B). Forandringen hadde både radiolucent og radiopakt innhold, en karakteristisk veldefinert radiolucent randsone og omgivende sklerotisk bein. Lesjonen hadde uttynnet den bukkale kortikale beinlamellen. Radiologisk funn støttet diagnosen fokal COD i blandet stadium II (figur 2B). Tann 47 manglet rotfyllingen i mesio-bukkale kanal og det var tydelig oppklaringer rundt begge røtter på CBCT (figurer 2B og C). Det ble utført endodontisk revisjonsbehandling på tann 47 (figur 2D).

Den apikale lesjonen under mesiale rot tann 46 viste intakt lamina dura, periapikal lesjon med omgivende sklerostisk bein (figur 2D). Ved endodontisk etterkontroll tre år senere var begge tenner klinisk symptomfri (figur 2E). Det var en tydelig radiolucent randsone med radiopakt innhold og omgivende sklerotisk bein under mesiale rot tann 46. Røntgenfunn er forenlig med COD i blandet stadium II. Periapikal oppklaring under tann 47 var blitt mindre og registrert som en tilhelingsprosess (figur 2E). Periapikalt røntgenbilde et år senere (fire år etter første besøk) for å kontrollere tann 46 etter at det er laget krone på tannen viser ytterligere hardvevsdannelse i lesjonen under mesiale rot 46, modent stadium III (figur 2F).

Kasus 3

Pasienten, en kvinne i slutten av 30-årene, opprinnelig fra Midtøsten, meldte seg på eget initiativ for å få utført tannbehandling på IKO, UiB høsten 2021. Pasienten var symptomfri. Det var lenge siden forrige tannlegebesøk og ingen tidligere røntgenbilder tilgjengelig. Panoramarøntgen (figur 3A) viste en periapikal lesjon under tann 32. Periapikalt røntgenbilde av underkjevens fronttenner viste en tilnærmet sirkulær oppklaring (ca. 7mm i diameter) inferiort for tann 32 som delvis også overtegner apex på 31 (figur 3B). Oppklaringen var velavgrenset, hovedsakelig radiolucent, men med et svakt radiopakt område sentralt i lesjonen. Det var mulig å følge rothinnespalten på tann 32 og 31.

Klinisk og radiologisk undersøkelse av underkjeve fronttenner viste ingen karies eller fyllinger, men mildt marginalt beintap. Tann 32 og 31 var symptomfri og sensibel ved vitalitetstest. Tentativ diagnose basert på etnisitet, kliniske og radiologisk funn var periapikal COD i stadium II, blandet stadium. Det ble planlagt radiologisk observasjon. Ved 6 måneder etterkontroll, var tannen fortsatt



Figur 3. Kasus 3: Panoramarøntgen (A) og periapikale tannbilder i underkjevefront (B, C). (A, B) Apikal oppklaring tann 32 med delvis radiopakt innhold. Der er mulig å følge rothinnespalten til tann 32 og 31. (C) Kontrollbilde etter 6 måneder viser mer hardvevsdannelse i lumen til oppklaringen tann 32.

symptomfri og periapikalt røntgenbilde viste litt mer hardvevsdannelse sentralt i lumen, stadium II (figur 3C).

Diskusjon

Funn av en eller flere radiolucente lesjoner i periapikal område blir som oftest tolket som kronisk apikal periodontitt med pulpanekrose som årsak (7). I de tre kasus som er presentert her var to av pasientene henvist for endodontisk vurdering eller behandling, mens den tredje ble diagnostisert i forbindelse med røntgenundersøkelse. I stadium I (osteolytisk) av COD, ligner forandringene på endodontiske periapikale lesjoner. I motsetning til COD har kronisk apikal periodontitt sjelden radiopakt innhold. Ved COD fremstår lamina dura ofte intakt rundt røttene og tennene er vital ved sensibilitetstesting såfremt de ikke er rotfylt av andre årsaker.

COD er en diagnose som man med stor grad av sikkerhet kan sette utfra funn på røntgenbilder, klinisk undersøkelse og etnisitet. COD har høy prevalens blant middelaldrende afrikanske/fargede kvinner i 40-50-års alderen (6), men kan også forekomme blant andre etniske grupper som vist her. Ved fravær av symptomer og usikker vitalitet kan man følge opp radiologisk etter 6 måneder eller et år. Å følge opp pasienten klinisk og radiologisk kan være viktig for å verifisere diagnosen i ettertid (8).

Det ikke anbefalt å ta beinbiopsi for å stadfeste diagnosen. I stadium II og III av COD er det tett amorft bein eller sement i lesjonen som fører til dårlig blodsirkulasjon og tilhelingsforhold, noe som øker faren for beininfeksjoner. En tidligere rotfylt tann med en radiologisk lesjon gjør vurderingen vanskelig. COD forsvinner ikke etter rotfylling. Er man usikker på diagnosen bør man sammenligne med tidligere røntgenundersøkelse og følge utviklingen over tid. Rotspissamputasjon er ikke indisert og kan føre til komplikasjoner av samme grunn som biopsitaking.

To av kasus i denne artikkelen er fulgt opp i flere år og viser forskjellige forandringer. I kasus en ser vi en forandring fra stadium I til II uten store forandringer etter 6 år. I kasus to ser vi en forandring fra stadium I til II og videre til III (modent). I siste kasus ser vi en forholdsvis stor nyoppdaget lesjon i stadium II (blandet stadium).

Det er viktig at tannlegene har kjennskap til denne diagnosen og tar den med i vurderingen av apikale oppklaringer uten klar årsakssammenheng for å unngå unødvendig behandling og mulige komplikasjoner.

REFERANSER

1. Zegarelli EV, Kutscher AH, Napoli N, Iurono F, Hoffman P. The Cementoma. A Study of 230 Patients with 435 Cementomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1964; 17: 219–24.
2. Cavalcanti PHP, Nascimento EHL, Pontual M, Pontual ADA, Marcelos P, Perez D, et al. Cemento-Osseous Dysplasias: Imaging Features Based on Cone Beam Computed Tomography Scans. Braz Dent J. 2018; 29(1): 99–104.
3. Thoma KH. Cementoblastoma. International Journal of Orthodontia and Oral Surgery. 1937; 23: 1127–37.
4. El-Naggar AK. Editor's perspective on the 4th edition of the WHO head and neck tumor classification. J Egypt Natl Cancer. 2017; 29 (2): 65–6.
5. Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications. Virchows Arch. 2018; 472(3): 311–3.
6. Other bone diseases. In: White SC, Pharoah, M.J., editor. Oral radiology - Principles and interpretation. 7th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2014. p. 402–26.
7. Huh JK, Shin SJ. Misdiagnosis of florid cemento-osseous dysplasia leading to unnecessary root canal treatment: a case report. Restor Dent Endod. 2013; 38(3): 160–6.
8. Senia ES, Sarao MS. Periapical cemento-osseous dysplasia: a case report with twelve-year follow-up and review of literature. Int Endod J. 2015; 48(11): 1086–99.

ENGLISH SUMMARY

Løvold S, Haug SR.
Cemento-osseous dysplasia: A diagnostic challenge
Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 938-42.

Cemento-osseous dysplasia is a benign lesion that develops in several stages in the jawbone, often in relation to the periapical region of vital teeth. It can be challenging to distinguish radiographically between cemento-osseous dysplasia and chronic apical periodontitis. This case report presents three patients with cemento-osseous dysplasia. Two with long-term follow-up and one recently diagnosed.

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

Tidende ønsker å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserene og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Tidendes pris for beste oversiktsartikkel deles ut hvert annet år og neste gang i forbindelse med NTFs landsmøte i 2023.

Ved bedømmelse blir det lagt særlig vekt på:
– artikkelens systematikk og kildehåndtering
– innholdets relevans for Tidendes lesere
– disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet
– illustrasjoner

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.

KUN I APOTEK

HJELP PASIENTENE DINE MED Å BEHOLDE ET FRISKT TANNKJØTT

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

48%
reduksjon av blødende tannkjøtt*[1]

4X
bedre plakkfjerning**[1]

For mer informasjon:
www.gskhealthpartner.com/en-no/

Kontakt oss for prøver:
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.
©2022 GSK eller deres lisensgiver. PM-NO-PAD-22-00012

Oral helse og oral helserelatert livskvalitet blant eldre som mottar hjemmesykepleie

Silje Havrevold Henni, Marte-Mari Uhlen-Strand, Vibeke Ansteinsson, Rasa Skudutyte-Rysstad og Ewa Hovden

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ) og Universitetet i Oslo har utført en litteraturoversikt for å vurdere omfanget og oppsummere litteratur (scoping review) innen oral helse og oral livskvalitet hos eldre som er i hjemmesykepleien (1)

Andelen eldre som trenger hjemmesykepleie har økt, og vil øke ytterligere de kommende årene. Forskning tyder på at skrøpelige og pleietrengende eldre har økt risiko for sykdommer i munnhulen på grunn av utfordringer med daglig oral hygiene samt uregelmessig tilgang til tannhelsetjenester (2, 3). I tillegg til somatiske konsekvenser av orale sykdommer, påvirkes også livskvaliteten til eldre av psykososiale aspekter, som redusert evne til å snakke og til sosial interaksjon (4). Til tross for at flere og flere eldre bor hjemme lenger, har hovedfokuset i tidligere forskning på oral helse og livskvalitet vært utført hovedsakelig blant pleietrengende eldre på sykehjem.

Vi gjorde et systematisk litteratursøk i samarbeid med bibliotekar ved Universitetet i Oslo, og søkte bredt for å etterstrebe at all litteratur som omhandlet temaet ble identifisert. Kun studier som omhandlet oral helse og/eller oral helserelatert livskvalitet hos eldre over 65 år som mottar hjemmesykepleie, ble inkludert i litteraturoversikten. Av de 2179 identifiserte studiene ble 18 inkludert. Sytten av studiene omhandlet tilstander i munnhulen; fire av disse rapporterte funn fra en klinisk undersøkelse gjennomført av tannhelsepersonell, syv rapporterte eldres subjektive symptomer, og seks rapporterte både kliniske funn og subjektive symptomer. Kun tre av studiene omhandlet oral helserelatert livskvalitet.

Litteraturoversikten viste at det var relativt få studier på dette temaet og at metodene for å vurdere oral helse blant skrøpelige og pleietrengende eldre var lite standardisert. De kliniske funnene viste at eldre ofte mangler noen av sine naturlige tenner, og at de ofte har avtakbare proteser med behov for reparasjon. I tillegg var ubehandlet karies, munntørrhet, problemer med tygging og svelging vanlige funn blant eldre. Subjektive symptomer var knyttet til tanntap, protesebruk, munntørrhet, samt tygge- og svelgeproblemer. De inkluderte studiene om oral helserelatert livskvalitet hos eldre rapporterte at den var relativt god. Dette til tross for at resultatene fra litteraturgjennomgangen indikerte at gruppen har nedsatt oral helse, betydelige behandlingsbehov og mangel på tilstrekkelig daglig oral hygiene. En mulig forklaring på dette kan være mangel på tilgang til tannbehandling, noe som støttes av studien av Schluter et al. (5) som viste at bare 25,3 % av deltakerne i studien deres hadde fått en oral undersøkelse de siste årene.

Samlet sett viser litteraturgjennomgangen at det er betydelig mangel på forskningsbasert kunnskap om oral helse og oral helserelatert livskvalitet hos personer over 65 år som mottar hjemmesykepleie.

Hele litteraturstudien er publisert i tidsskriftet Gerodontology (1) https://doi.org/10.1111/ger.12649

REFERANSER

1. Henni SH, Skudutyte-Rysstad R, Ansteinsson V, Hellesø R, Hovden EAS. Oral health and oral health-related quality of life among older adults receiving home health care services: A scoping review. Gerodontology. 2022 Aug 9. doi: 10.1111/ger.12649.
2. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(2):81-92. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x.
3. Strömberg E, Hagman-Gustafsson ML, Holmén A, Wårdh I, Gabre P. Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. Community Dent Oral Epidemiol. 2012;40(3):221-9. doi: 10.1111/j.1600-0528.2011.00653.x.
4. Badewy R, Singh H, Quiñonez C, Singhal S. Impact of Poor Oral Health on Community-Dwelling Seniors: A Scoping Review. Health Serv Insights. 2021;14:1178632921989734. doi: 10.1177/1178632921989734.
5. Schluter PJ, Askew DA, McKelvey VA, Jamieson HA, Lee M. Oral Health Among Older Adults With Complex Needs Living in the Community and in Aged Residential Care Facilities within New Zealand. J Am Med Dir Assoc. 2021 Jun;22(6):1177-1183.e1. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.041.

Kontaktperson: Silje Havrevold Henni, Universitetet i Oslo.
E-post: s.h.henni@medisin.uio.no

THE BEAUTY OF EFFICIENCY

VITA ENAMIC® multiColor

Fres. Sett inn. Rett og slett vakker.

- Raskere behandling uten kompromisser av kvalitet
- Ingen etterbrenning eller innfarging er nødvendig
- Svært estetiske restaureringer med integrert naturlig fargenyanse

Enamic multicolor kampanje 3 + 1

Gyldig til 15.12.2022.
Kan ikke kombineres med andre tilbud.

Ønsker du mer informasjon, ta kontakt med:
Plandent AS 22 07 27 27
VITA Kari Saksa 070 002 92 31
post@plandent.no | k.saksa@vita-zahnfabrik.com

VITA – perfect match.

VITA

CBCT og retinerte hjørnetenner

Foto: Lena Lee.

RANDI LYNDS IHLIS

Randi Lynds Ihlis (født 1983) er tannlege fra Karolinska Institutet (KI), Sverige (2013). Hun er spesialistkandidat i dentomaxillofacial radiology fra Falu Lasarett, Falun, og Umeå Universitet, Umeå, Sverige. Doktorgradsarbeidet er utført ved Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi ved Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen (UiB), i samarbeid med Karolinska Institutet i Sverige. Hovedveileder har vært professor Xie-Qi Shi (UiB) med dosent Georgios Tsilingaridis (KI) og dr. Daniel Benchimol (KI) som medveiledere.

Randi Lynds Ihlis disputerte 23.9.2022 for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen «Cone Beam Computed Tomography and Impacted Maxillary Canines».

Retinerte hjørnetenner i overkjeven som er sperret av andre tenner for å vokse ut, er den vanligste grunnen til bruk av Cone Beam Computed Tomography (CBCT) hos barn og unge. Hvis diagnostisering av de retinerte hjørnetenner mangler eller kommer sent, kan det oppstå rotresorpsjon på de permanente nabotennene. Resorpsjonene kan senere føre til behov for kjeveortopedisk behandling, kirurgiske ekstraksjoner og i noen tilfeller implantat eller andre proteseløsninger. Retinerte hjørnetenner oppdages vanligvis hos barn ved klinisk undersøkelse i kombinasjon med intraorale og panoramarøntgenbilder. Når mer informasjon er nødvendig for diagnostikk og planlegging, er CBCT-undersøkelse berettiget. På grunn av råd om strålevern er det enighet om at CBCT ikke bør brukes ved førstehånds undersøkelse, men det er fortsatt ingen konsensus om hvorvidt CBCT påvirker terapiplanlegging blant klinikere.

Den ideelle radiografiske modaliteten og eksponering varierer, avhengig av den klinisk situasjonen. Når ioniserende stråling benyttes for å undersøke pasienter, må man være oppmerksom på balansen mellom fordelene for pasienten og klinikeren og risikoen ved stråling. Denne doktorgradsavhandlingen hadde som mål å vurdere belastningen ved strålingsdose for barn der retinerte hjørnetenner ble undersøkt. Avhandlingen ser også på metoder for å begrense doseeksponering ved å bruke protokoller for å optimaliserte en lav dose og begrense CBCT-undersøkelsene.

Første artikkel i avhandlingen hadde som mål å vurdere effektiv dose ved å sammenligne todimensjonale (2D) undersøkelser (panorama og periapikale røntgenbilder) og tredimensjonale (3D) CBCT. Dosen fra 2D-undersøkelse og CBC fra to enheter (Promax3D og NewTom 5G) ble sammenlignet etter måling av doser på et antropomorft barnefantom. Dosen fra CBCT-undersøkelsen var fra 15 til 140 ganger høyere enn for de konvensjonelle 2D-undersøkelsene, avhengig av CBCT-enhet og type 2D-undersøkelse.

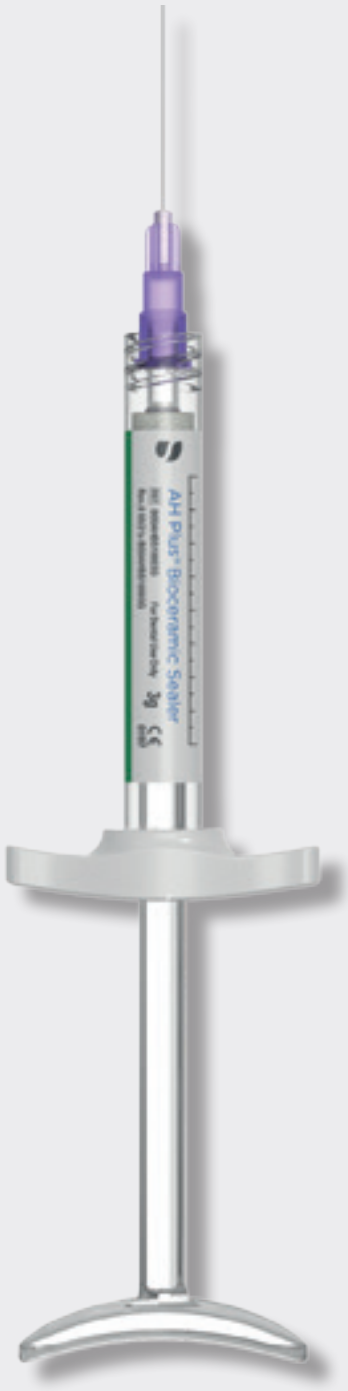
Andre artikkel evaluerte bildekvalitet og synlighet av anatomiske strukturer på lavdose CBCT-skanning og effekten av et støyreduksjonsfilter for vurdering av overkjevens front. Flere CBCT-protokoller (Promax3D), blant annet fire lavdoseprotokoller, ble testet på skallefantomer for å sammenligne bildekvalitet og synlighet av anatomiske strukturer som er relevante for vurdering av retinerte hjørnetenner. Tre av lavdoseprotokollene gav akseptabel diagnostisk bildekvalitet, selv om dosen ble redusert med 61–77 prosent.

I tredje artikkel ble det undersøkt hvordan CBCT påvirker behandlingsplanen til pasienter med retinerte hjørnetenner, samt mulige kliniske og 2D-bilde-markører for planlagt CBCT-bruk. For å avgjøre om CBCT var berettiget for planlegging av behandling, evaluerte og planla en tverrfaglig gruppe 89 kasus med retinerte hjørnetenner. Mer enn halvparten av CBCT-undersøkelsene ble vurdert som uberettiget. Planlagt behandling ble endret i 9,8 prosent av tilfellene. Variablene målt før CBCT som predikerte behovet for ytterligere CBCT, var horisontalt plasserte hjørnetenner, strategi for ekstraksjon på permanente tenner, og bukkalt posisjonerte hjørnetenner.

Denne avhandlingen viser at CBCT medfører høyere effektiv dose for pasienter sammenlignet med konvensjonell 2D-røntgen. Dosene pasienter får ved undersøkelse av retinerte hjørnetenner kan minimeres ved å 1) optimalisere protokoller for lavdose CBCT og 2) begrense bruk av CBCT til tilfeller der ytterligere 3D-informasjon er viktig for videre terapi.

NYHET!

WE KNOW ENDO.



AH Plus® Bioceramic Sealer

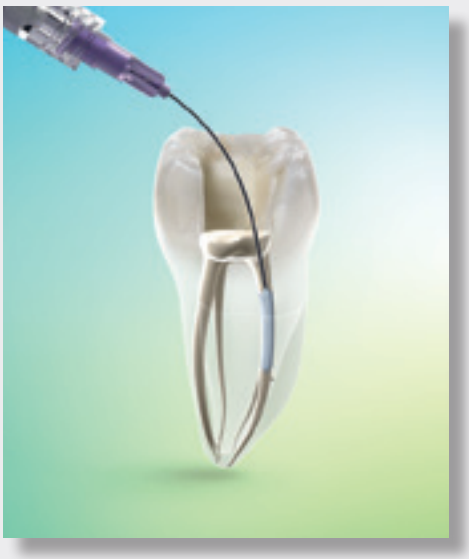
Oppdag fordelene med vår nye biokeramiske sealer

AH Plus Bioceramic Sealer har bioaktive egenskaper som stimulerer gjenoppbygging av vev og fremmer apikal tilheling. Den høye pH-verdien (12) gir også sealeren utmerkede antibakterielle egenskaper.

Du vil også oppdag de optimale håndteringsegenskapene som høy flytbarhet og lav viskositet som hjelper deg å nå og fylle de vanskeligst tilgjengelige områdene i det apikale rotsystemet.

AH Plus Bioceramic Sealer er enkel å fjerne og kan brukes med både kald og varm rotfyllings teknikk.

Sett din nye standard med AH Plus Bioceramic Sealer



THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™

Dentsply Sirona

Helkeramiske tannkroner – hvordan og hvorfor knekker de?

Foto: Privat

ANNELI SKJOLD

Anneli Skjold (f. 1985) er master i odontologi fra Universitetet i Bergen, 2018. Hun begynte i studietiden på forskerlinjeprogrammet ved UiB. Etter endt grunnstudium begynte hun som ph.d.-stipendiat. Hovedveileder var professor Marit Øilo, medveiledere var professor emeritus Nils Roar Gjerdet, førsteamanuensis Harald Gjengedal (døde i 2021) og førsteamanuensis Christian Schriwer. Skjold arbeider i dag ved Sammen tannklinikk og som instruktørtannlege ved Seksjon for oral protetikk ved Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen.

Anneli Skjold disputerte for ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen den 2. september 2022 med avhandlingen «Factors affecting fracture of zirconia dental crowns: Laboratory studies on retrievals and crown-shaped specimens».

Zirkoniabaserte helkeramiske kroner og broer benyttes stadig mer fordi zirkonia har høy styrke, god biokompabitilitet og gode optiske egenskaper. Flere produsenter tilbyr ulike zirkoniatyper som kan fremstilles i tolags og monolittiske løsninger. De tilgjengelige kliniske studiene i litteraturen som har vurdert overlevelse av zirkoniabaserte kroner viser at det kan oppstå svikt av materialet i form av fraktur under klinisk bruk, til tross for zirkoniamaterialets høye styrke. Både biologiske og materialtekniske faktorer kan være en bakenforliggende årsak. Det er få studier som omhandler hvilke faktorer som påvirker frakturrisiko.

En studie i doktorgradsarbeidet undersøkte klinisk frakturerte zirkoniabaserte kroner for å identifisere hvilke faktorer som er av betydning for svikt under klinisk bruk. Dette ble gjort ved å undersøke et utvalg klinisk knekte kroner ved hjelp av fraktografi, kartlegge bruddmønster og – om mulig – identifisere hvor frakturen(e) hadde startet. Resultatene viste at tynne kronekanter var hyppig åsted for frakturstart. Dette dannet grunnlaget for videre oppfølging i laboratoriet.

I to laboratoriestudier ble det målt frakturstyrke og undersøkt effekten av kroneutforming som kunne ha betydning for klinisk brudd. Resultatene fra disse studiene viste at kronekantområdet er spesielt utsatt for kraftkonsentrasjon, slik at eventuelle defekter og tynn utforming av kronekanten vil være områder for frakturstart. Dette viser at en bør være påpasselig med kroneutformingen slik at det oppnås god materialtykkelse og dessuten unngå å lage defekter ved kronekantene. I tillegg må det tas hensyn til aktuelle materialtekniske egenskapene hos zirkoniaproduktene og respektere anvendelsesområdene som er angitt av produsentene.

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no

Ikke bruk hvilken som helst flow.
Bruk riktig flow!

FLYTENDE OG STABILT FYLLINGSMATERIALE

GrandioSO Flowables

Du har valget:

- **Light Flow – lav viskositet**
  Presis applikasjon på grunn av den svært tynne kanylen og dermed svært egnet til områder som er vanskelig å nå og små kaviteter | 76 %*
- **Flow – medium viskositet**
  Utmerkede flyt-egenskaper, universal og presis applikasjon | 81 %*
- **Heavy Flow – høy viskositet**
  Forhøyet stabilitet, f.eks universal applikasjon og ingen uønsket etterflyt masse | 83 %*

Finnes også i kapsler

*Filler innhold av vekt

IDS 2023 **Besøk oss på Köln (Tyskland)**
14. – 18.03.2023

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Tyskland · Tel. +49 4721 719-0 · www.voco.dental

VOCO THE DENTALISTS

Uteblitt magasin?

Kontakt Fagpressens kundesenter man-fre 08:00-16:00.
Telefon: 21 04 77 46. E-post: kundesenter@fagpressen.no

Vi sørger for å ettersende utgaven som er uteblitt for

tidende

som er medlem i

Fagpressen

BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege. Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir satt i forbindelse med tannmaterialer. Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt at skjemaet blir fylt ut og returnert. Det skal fylles ut ett skjema per pasient som har reaksjon(er). Data (inkludert rapportørens navn) blir lagret i en database ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer/NORCE for statistiske analyser. Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell er utsatt for i yrkessammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat

Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

☐ Lege, sykehus ☐ Lege, primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjonen(e)?

☐ Ja ☐ Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
Umiddel-bart	innen 24 timer	innen 1 uke	innen 1 måned	måneder til år	ukjent

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

☐ **Ingen**

Intraoralt:
- ☐ Svie/brennende følelse
- ☐ Smerte/ømhet
- ☐ Smaksforstyrrelser
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Tørrhet
- ☐ Økt spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:
- ☐ Svie/brennede følelse
- ☐ Smerte/ømhet
- ☐ Stiv/nummen
- ☐ Hudreaksjoner
- ☐ Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:
- ☐ Muskler/ledd
- ☐ Mage/tarm
- ☐ Hjerte/sirkulasjon
- ☐ Hud
- ☐ Øyne/syn
- ☐ Øre/hørsel, nese, hals

Øvrige symptomer:
- ☐ Tretthet
- ☐ Svimmelhet
- ☐ Hodepine
- ☐ Hukommelsesforstyrrelser
- ☐ Konsentrasjonsforstyrrelser
- ☐ Angst
- ☐ Uro
- ☐ Depresjon

Annet:

Rapportørens funn

☐ **Ingen**

Intraoralt:
- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvitlige 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
- ☐ Kjeveleddsdysfunksjon
- ☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

Øvrige funn: Angi lokalisasjon:
- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Urtikaria
- ☐ Sår/blemmer
- ☐ Eksem/utslett
- ☐ Erytem/rubor

Annet:

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

☐ Fyllinger (direkte teknikk)
☐ Innlegg, fasader
☐ Faste protetiske erstatninger
☐ Avtagbare protetiske erstatninger
☐ Bittfysiologisk behandling
☐ Midlertidig behandling
☐ Rotbehandling (rotfylling)
☐ Tannkjøttsbehandling
☐ Oral kirurgi
☐ Tannregulering
☐ Forebyggende behandling
Annet:

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

☐ Amalgam
☐ Kompositt
☐ Kompomer
☐ Glassionomer
  ☐ kjemisk ☐ lysherdende
☐ Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
☐ Isolerings-/foringsmaterialer
☐ Fissurforseglingsmaterialer
☐ Beskyttende filmer (f.eks. varnish, femiss, fluorlakk)
☐ Pulpaoverkappingsmaterialer
☐ Endodontiske materialer
☐ Sementeringsmaterialer
  ☐ vannbasert ☐ plastbasert
☐ Metall-keram (MK, PG)
  ☐ metall/legering ☐ keram
☐ Materialer for kroner/broer/innlegg
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert ☐ keramisk
☐ Materialer for avtakbare proteser
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert
☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert
☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
  ☐ metall/legering plastbasert
☐ Materialer for 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.

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

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

Pasient:
☐ Sikker/trolig relasjon
☐ Mulig relasjon
☐ Usikker/ingen oppfatning

Henvisninger

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

☐ **Ja til**
☐ Bivirkningsgruppen
☐ tannlege
☐ odontologisk spesialist
☐ allmennlege
☐ medisinsk spesialist eller på sykehus
☐ alternativ terapeut
Annet:

Bivirkningsregisterets notater

Mottatt: _____

Besvart: _____

Registrert: _____

Klassifisert: _____

Sign: _____

☐ **Yrkesreaksjoner**

Reaksjonen(e) gjelder tannhelsepersonell i yrkessammenheng (dette er et forhold som sorterer under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter).

☐ **Ønsker flere skjema tilsendt**
Antall:

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**
Årstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

E-post: Bivirkningsgruppen@norceresearch.no
web: www.bivirkningsgruppen.no

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.

NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no

Colgate®

NÅ TILGJENGELIG UTEN RESEPT

Vinner kampen mot karies

Effektiv forebygging for pasienter med økt kariesrisiko*

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

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

5 mg/g natriumfluorid

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

* Pasienter ≥ 16 år med forhøyet kariesrisiko.

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

CF Duraphat «Colgate Palmolive A/S»
Kariesprofylaktikum ATC-nr.: A01A A01
TANNPASTA 5 mg/g: 1 g inneh.: Fluor 5 mg (som natriumfluorid) tilsv. 5000 ppm fluor, natriumbenzoat (E 211), sakkarinnatrium, sorbitol, hjelpestoffer. Fargestoff: Briljantblå FCF (E 133). **Indikasjoner:** Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne, særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries). **Dosering:** Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pussing tar ca. 3 minutter. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Høyt fluorinnhold. Tannspesialist bør konsulteres før bruk. Et økt antall potensielle fluorkilder kan gi fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor). Samtidig bruk av fluortabletter, -dråper, -tyggegummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås. Ved beregning av anbefalt mengde fluoridioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpasta tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluoridioner). Inneholder natriumbenzoat som virker mildt irriterende på hud, øyne og slimhinner. **Graviditet/Amming:** Data mangler fra bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter ved svært høye doser. Skal ikke brukes ved graviditet og amming, med mindre en grundig nytte-/risikovurdering er utført. **Bivirkninger:** Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Ukjent: Gastrointestinale: Brennende følelse i munnen. **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Toksisk dose er 5 mg fluor/kg kroppsvekt. Symptomer: Fordøyelsesproblemer som oppkast, diaré og abdominalsmerter. Kan være dødelig i svært sjeldne tilfeller. Mentol: Kan forårsake kramper ved inntak av store mengder, spesielt hos småbarn og barn. Behandling: Ved svelging av en betydelig mengde, skal det omgående utføres tarmskylling eller fremtvinges brekninger. Det må tas kalsium (store mengder melk) og pasienten må holdes under medisinsk observasjon i flere timer. Kronisk intoksikasjon: Fluorose: Tannemaljen vil få et misfarget eller flekkete utseende når en fluordose >1,5 mg/dag absorberes daglig over flere måneder eller år, avhengig av dosen. Ledsages av alvorlige former for økt skjørhet i tannemaljen. Benfluorose blir kun sett ved høy kronisk fluorabsorpsjon (>8 mg/dag). **Pakninger og priser:** reseptpliktig: 51 g kr. 103,20. 3 x 51 g kr. 237,20; reseptfri: pris ikke fastsatt. Basert på SPC godkjent 23.08.2016. (Se www.legemiddelsok.no.)

www.colgateprofessional.no *www.colgatetalks.com*

De norske delegatene til WDP 2022 var NTFs generalsekretær Morten Rolstad (bak til venstre) og president Heming Olsen-Bergem (bak til høyre), mens Harry-Sam Selkowitz og Elisabeth Scarpello deltok som vararepresentanter.

FDIs World Dental Parliament 2022:

Fem nye policydokumenter

400 delegater fra 74 nasjonale medlemsorganisasjoner deltok i diskusjoner og konsensusforhandlinger i World Dental Federations øverste organ i løpet av hele uke 38. Internasjonalt samarbeid tar tid, og fører fremover.

ELLEN BEATE DYVI
KRISTIN AKSNES

Ukrainas representanter overrakte FDIs president, Ihsane Ben Yahya, en symbolsk gave i forbindelse med en mottakelse under WDP.

FDI-kongressen, World Dental Congress 2022, som skulle vært arrangert i Mumbai i India i månedsskiftet september-oktober, ble avlyst.

World Dental Parliament (WDP) som vanligvis arrangeres uken før verdenskongressen ble arrangert som planlagt, ikke i Mumbai men i Genève, der også FDIs hovedkvarter ligger.

Policyerklæringer

FDIs slagord er «*Leading the World to Optimal Oral Health*». En av FDIs sentrale oppgaver, ved siden av å representere verdens tannleger der hvor helsepolitikk utformes, er å formulere *Policy statements* på utvalgte fagområder.

I år ble fem slike erklæringer eller dokumenter foreslått, diskutert, og til slutt vedtatt.

Det sier seg selv at dokumentene har varierende relevans i de ulike land som har medlemsorganisasjoner i FDI.

Meningen er at dokumentene skal gi anbefalinger til de nasjonale tannlegeforeningene og deres medlemmer innenfor temaer som det internasjonale tannlegefellesskapet mener det er viktig å ha oppmerksomhet på.

Policydokumentene beskriver FDIs posisjon og arbeides frem gjennom diskusjoner og konsensus. I år vedtok FDIs generalforsamling fem policyerklæringer om disse temaene:

1. Bioaktive restaureringsmaterialer (Bioactive restorative materials)
2. Noma – utrydde en sykdom som kan forebygges for å redde liv (Noma – eradicating a preventable disease to save lives)
3. Forebygging i idrettsodontologi (Prevention in sports dentistry)
4. Sports-munnbeskyttere (Sports mouthguards)
5. Vaksinasjoner for å beskytte tannlegeteamet (The role of vaccinations in protecting the dental team)

De nylig vedtatte policyerklæringene vil snart være tilgjengelige på FDIs nettsted, og vil også bli publisert i The International Dental Journal opplyser FDIs sekretariat.

NTF benyttet anledningen til å møte Verdens helseorganisasjon (WHO) til samtaler i Genève. Benoit Varenne (bildet) kunne informere om WHOs globale munnhelsestrategi som tar sikte på mer integrasjon med allmennhelsetjenesten og økt satsing på kostnadseffektive befolkningsbaserte intervensjoner, i tråd med den norske regjeringens pågående utredning av tannhelsetjenesten her i landet.

Delegatene til WDP følger med under lanseringen av tema for neste års internasjonale munnhelsedag.

Det handler mye om opplevelsen av å være verdsatt

Stress og utbrenthet er utbredt blant tannhelsepersonell verden over. Mentale helseproblemer og mistrivsel er på dagsorden i den internasjonale tannlegeorganisasjonen, FDI, som snart vil tilby et digitalt verktøysett til NTF og de andre medlemsorganisasjonene.

ELLEN BEATE DYVI
KRISTIN AKSNES

Verktøysettet for mental helse som er utviklet som en del av FDIs *Health and Safety in the Dental Workplace*-prosjekt skal kunne brukes både på individnivå, på arbeidsplassen i tannhelseteamet og på organisasjons- og nasjonalt nivå. Det fikk god mottakelse da det ble presentert på FDIs World Dental Parliament i Genève i september.

Tidende møtte Roz McMullan, Tim Newton og Robert Utsman som utgjør arbeidsgruppen i FDI-prosjektet, dagen før presentasjonen, for å høre hva de tenker og hvordan de er gått frem.

– Det begynte med at FDI ble klar over forskningen som viser at stress og utbrenthet er utbredt blant tannhelsepersonell. Det har ikke vært mye forskning på tannleger, mer på leger, og likevel fant FDI at problemet er godt nok dokumentert til at det er grunn til å se nærmere på det, og søke å gjøre noe med det, forteller Roz McMullan, som legger til at før covid fantes det ingen forskning på tannhelseteamet. Nå er det kommet noe.

– Hvor vanskelig har det vært for dere å skulle ha både tre nivåer og samtidig hele verden i tankene?

– Det er vanskelig, og samtidig er det slående hvor mange likheter det er, sier Tim Newton. Vi har gjennomført fokusgruppesamtaler på ni vidt forskjellige steder i verden. Det viser seg at problemene, om ikke kulturen og tilnærmingen, ofte er de samme enten vi er på landsbygda i India eller i en storby i Japan – og det er både krevende og nødvendig å se på alle de tre nivåene, fordi de henger sammen.

– Hvordan ser problemene ut på individnivå?

– Det er sammensatt, og vi skiller mellom det vi kaller trivsel eller mistrivsel, og det som har med mentale helseproblemer å gjøre, som depresjoner og andre diagnoser. De griper riktignok over i hverandre, og er samtidig to forskjellige ting som trenger å behandles på

FDI tilbyr verktøy for bedre trivsel og mental helse. Arbeidsgruppen som står bak består av (f.v.): Roz McMullan, Robert Utsman og Tim Newton. Helt til høyre: Paula Anabalon-Cordova som er arbeidsgruppens koordinator ved FDIs sekretariat.

ulike måter. Mentale helseproblemer hos den enkelte tannlege, eller rusavhengighet som også er en del av det vi har sett på, krever ofte behandling hos noen som er spesialisert på det spesifikke problemet. Disse tingene må identifiseres og tas hånd om på en god måte. Trivselsproblemene er en annen sak.

– Hva er årsakene til trivselsproblemene?

– Det kan være manglende samsvar mellom individets og klinikkens forståelse av etikk og andre ting, uklare forventninger, dårlig organisering på arbeidsplassen, for mye å gjøre, for lite tid til hver pasient, samarbeidsproblemer av ulik art, kanskje kombinert med prestasjonsangst og perfeksjonisme som kjennetegner mange tannleger. En kollegas stress, dårlige humør eller uhensiktsmessige oppførsel smitter lett over på de andre i teamet – som igjen gir pasientene en dårlig opplevelse av å være der til behandling. Det som skurrer på individnivå får som oftest ringvirkninger.

– Stemmer det at trivselen er lavere blant yngre tannleger, og at kvinner opplever mindre trivsel enn menn?

SENTU
Vi leverer IT, telefoni og internettløsninger tilpasset din klinikk
www.sentu.no | Tlf: 400 00 333

– Ja, det kan stemme med det vi har sett. Min tolkning av dette er at vi muligens har solgt inn drømmen om tannlegeyrket som et profesjonelt høyt respektert og godt betalt yrke – og så stemmer ikke det helt overens med det systemet de nyutdannede møter når de kommer ut i arbeidslivet, sier Newton.

– De vil gjøre fabelaktige ting med folks tenner og få godt betalt, og opplever at virkeligheten er annerledes og mindre glamorøs enn forventet. Andre kan oppleve at det forventes at de skal selge inn behandling til pasientene som de mener er unødvendig og dermed uetisk å foreslå.

– Akkurat det med å selge tjenester tror jeg det er vanskelig å forholde seg til for tannleger som ønsker å gjøre en god jobb for pasientene sine, basert på tanken om nødvendig helsehjelp og å beholde et tillitsfullt forhold, sier McMullan.

– Uansett handler det om at vi alle responderer i henhold til måten vi blir behandlet på. Hvis du opplever anerkjennelse og blir verdsatt for det du gjør er du også villig til å gå den ekstra milen, legger Tim Newton til.

– Problemene kommer som følge av manglende anerkjennelse, som ofte har med systemet å gjøre. Den følelsesmessige kontakten med pasienten blir dårlig, og det blir utrygt for både pasient og behandler. Altfor ofte blir tannleger sett på eller behandlet som noen som bare er interessert i penger. Hvis det er slik du blir behandlet er det også slik du responderer.

– Systemet og hvordan systemet verdsetter og støtter deg er avgjørende for hvordan du har det. Derfor er det også av største viktighet at vi adresserer temaet på et nasjonalt nivå. Hvordan er systemene bygget opp for å drive tannhelsetjeneste i det enkelte land? Hva kan eventuelt gjøres annerledes, strukturelt, for å forbedre forholdene er ting vi vil adressere overfor både helsemyndighetene og universitetene som utdanner tannleger, gjennom de nasjonale tannlegeorganisasjonene som er FDI-medlemmer, sier Robert Utsman.

– Hva fikk dere vite av fokusgruppene?

– Vi fikk vite mye. Det er der ute svarene er, på hva som er problemet, og også hva løsningen er. Det viste seg at alle ønsket å få gjennomført en undersøkelse eller kartlegging av faktiske forhold i sine land. Og alle ønsket seg bedre systemer, på overordnet politisk nivå.

– Ideen har altså vært å produsere noe som kan brukes i alle land, og etter behov. Alt passer ikke for alle. Noen verktøy er for den enkelte tannlege, andre er for teamet på klinikken og noe er til bruk for de nasjonale organisasjonene.

– I tillegg til verktøysettet som vi vil tilby ganske snart, og i løpet av denne høsten, har vi produsert en podkastserie, der to av tre episoder er publisert mens den tredje og siste kommer i slutten av oktober. Første del tar for seg trivsel på klinikken, del to handler om utbrenthet og del tre handler om rusavhengighet. Tannleger deler sine egne historier med lytterne, og podkastene er vel verdt å lytte til.

– Hensikten med det vi har gjort er å hjelpe medlemmene, tannlegene og de andre i teamet, samtidig som vi har pasientene helt fremme i tankene hele veien. Det er pasientene vi er til for. Og vi ønsker samtidig å bidra til at tannlegene trives i en jobb der de kan være entusiastiske og gjøre gode karrierer. Det siste er også til beste for pasientene.

– Alt dreier seg egentlig om å finne et system som verdsetter mennesker som streber etter å nå sine mål. Tannleger er en velutdannet ressurs som samfunnet har investert mye i å utdanne, og som har investert mye selv i utdanningen sin. Vi kan ikke se på at disse allerede i studietiden blir utbrent og desillusjonert.

– Jeg tror det neste FDI kommer til å se på er situasjonen for tannlegestudentene, skyter Paula Anabalon-Cordova inn. Hun er ansatt i FDIs sekretariat i Genève og har koordinert dette prosjektet.

– Ja, det kommer mer. Dette er en begynnelse. Vi har stukket den første tåen i vannet og kommer med noe, verktøysettet og podkastene i første omgang. Og så får vi se. Kanskje trengs det mer forskning. Det trengs i hvert fall utprøving av det vi nå tilbyr, og helt sikkert justeringer og videreutvikling. Dette er en begynnelse, avslutter Roz McMullan.

Dentsply Sirona

Det er enkelt å komme i gang med

SureSmile® Clear Aligner:

- Meld deg på vårt individuelle sertifiseringsprogram
- Tilgang til vår digitale opplæringsplattform for alle på klinikken
- Grunnleggende klinisk utdanning i samarbeid med IAS Academy (internasjonal utdanningsorganisasjon for aligner-behandlinger)
- Løpende support av SureSmile-spesialister

Kontakt oss for å komme i gang:

Vivian Heiaas, +47 976 50 206
Elisabeth Kristiansen, +47 98 63 65 11

Mer informasjon finnes på Dentsplysirona.com/SureSmile

SureSmile®

FDIs visjon 2030:

Nå skal den implementeres

Lansert i januar 2020. Litt forsinket av covid. Nå er det på tide å komme videre. Og det gledelige er at medlemslandene omfavner den.

ELLEN BEATE DYVI
KRISTIN AKSNES

Vi møter professor David Williams fra Storbritannia under FDIs World Dental Parliament i Genève. Williams ledet arbeidet med visjon 2030: *Delivering Optimal Oral Health for All* sammen med Michael Glick, som Tidende snakket med under FDI-kongressen i San Francisco i 2019. (Tidende nr. 10, 2019: https://www.tannlegetidende.no/journal/2019/10/d2e1782/2030-visjonen_vil_inkludere_pasientens_rolle).

– Videre utover høsten 2019 ble det arbeidet intenst med ferdigstillelsen av visjonen, ikke minst gjennom regionale møter for å motta innspill fra nasjonale tannlegeorganisasjoner, politikere, myndigheter, beslutningstakere, industrien, og ikke minst representanter for andre deler av helsesektoren i alle deler av verden – fremfor alt for å sikre at visjonen representerer tannlegestanden over alt, og gjenspeiler behovene til alle FDIs medlemmer, som vil ha en sentral rolle i å levere det visjonen sier, forteller Williams. Arbeidet er bygget opp rundt tre pilarer, hver med et hovedmål. Pilarene støttes av en strategi for utdanning som skal skape en lydhør og robust profesjon, med kunnskap og ferdigheter til å lede systemreformer, heter det.

Store ulikheter

3,5 milliarder mennesker lider av orale sykdommer, og 90 prosent av dem er ubehandlet. Der sykdomsbyrden er størst er tilgangen til behandling som oftest dårligst. Det er ikke skjedd noen forbedring av denne globale byrden de siste 50 årene.

– Det er også store ulikheter i munnhelse, både i og mellom medlemslandene i FDI. Sykdomsbyrden og antall tannleger per innbygger varierer mye fra land til land. Ofte er det sammenheng mellom stor sykdomsbyrde og lav tannlegedekning. Altså er det et misforhold mellom behov og antall tannleger til å møte behovene i befolkningen i mange land. Dette kan selvsagt ikke løses over natten.

– Tiltakene som trengs i ulike regioner vil variere, og det er viktig å respektere kulturene og verdiene i hvert land hvis vi skal lykkes med å oppnå betydelige og bærekraftige forbedringer i munnhelsen, sier Williams, og fortsetter:

– Visjon 2030 ble lansert i januar 2020, samtidig med at generaldirektøren for Verdens helseorganisasjon (WHO) rapporterte til WHOs hovedstyre at det globale omfanget av oral sykdom var uakseptabelt, og at handling for å løse problemet var et viktig imperativ.

Denne uttalelsen brakte munnhelse øverst på WHOs agenda og førte til at en resolusjon ble vedtatt i Verdens helseforsamling kort tid etter. Her ble en global strategi for oral helse og en handlingsplan for å møte utfordringene etterlyst.

Prinsippene som er fastsatt i WHO-resolusjonen og de som er artikulert i FDIs Visjon 2030 er i full overensstemmel-

se. Begge krever at oral helse inkluderes i strategier for universell helsedekning i alle land. Munnhelse må integreres i den generelle helse- og utviklingsagendaen med økt satsing på forebygging.

– Dette er en erkjennelse av at både orale og andre ikke-smittsomme sykdommer som hjertesykdom, hjerneslag, mange kreftformer, diabetes og så videre både har de samme sosiale determinantene og de samme modifiserbare risikofaktorene: alkohol- og tobakksbruk; inntak av ultrabearbeidet mat som inneholder mye sukker, salt og fett; og utilstrekkelig fysisk aktivitet. I tillegg anerkjenner Visjon 2030 behovet for å bygge opp en munnhelsearbeidsstyrke som er rustet til å møte de ulike sammensatte årsakene til oral sykdom.

Veien videre

FDI er nå gått fra diskusjon til implementering. Det er opprettet en implementerings- og overvåkingsgruppe, som for tiden ledes av David Williams. Gruppen har ansvar for å overvåke fremdriften mot oppnåelse av målene som er fastsatt i Visjon 2030. Dette er en stor oppgave som vil innebære tett samarbeid med de nasjonale tannlegeforeningene, sier Williams, og legger til:

– FDI har jobbet tett med WHO i mange år. Sammen med *International Association for Dental Research* er FDI en av to ikke-statlige organisasjoner innen odontologi som har en offisiell relasjon til WHO. Denne relasjonen vil være avgjørende når vi nå går videre med implementeringen.

– En nøkkelrolle for implementerings- og overvåkingsgruppen er altså å støtte enkeltlandene i arbeidet med å få en oversikt over hvor de er akkurat nå. Hva er omfanget av orale sykdommer? Hva vet de om arbeidsstyrken i munnhelsetjenesten? Er den tilstrekkelig eller ikke, i møte med landets behov?

Svarene vil selvsagt variere fra land til land, og vi undervurderer ikke omfanget av utfordringen vi står overfor.

Dette arbeidet er imidlertid viktig. Hvis vi ikke kjenner til utgangspunktet for hvert enkelt medlemsland vil det ikke være mulig å se om tiltakene som iverksettes har noen effekt.

– Det som har vært virkelig oppmuntrende de siste årene er i hvilken grad Visjon 2030 er blitt omfavnet og delt av medlemmene i FDI. Dette ser vi både i diskusjoner i de faste komiteene i FDI og i møter med nasjonale tannlegeforeninger.

Vi trenger både dette engasjementet og felles mål, hvis vi skal levere på ambisjonen til FDIs Visjon 2030.

Det er en utfordrende visjon, og vi har fått en positiv og oppmuntrende start, avslutter David Williams.

Professor David Williams leder gruppen som skal overvåke fremdriften i implementeringen av FDIs visjon 2030.

FDIs visjon 2030: Å levere optimal oral helse for alle, som ble lansert i januar 2020, har disse fire hovedtemaene:

- Å levere tilgjengelige og rimelige munnhelsetjenester
- Integrering av munnhelse i den generelle helseagendaen
- Sikre en arbeidsstyrke innen munnhelse som er tilpasset bærekraftige utviklingsmål
- Utdanne en lydhør og motstandsdyktig profesjon

Paneldebatten illustrerte hvor forskjellig ståsted landene har. Fra venstre: dr. Duygu Ilhan, Tyrkia, dr. Miriam Muriithi, Kenya og dr. Claudia Rodríguez, Colombia.

FDI – World oral health forum – Sustainability in Dentistry:

Bærekraft for tannleger

Hva kan tannhelsetjenesten gjøre for å levere bærekraftig og miljøsmart helse? Hvilke utfordringer har vi og hva kan vi gjøre for å finne bærekraftige alternativer?

KRISTIN AKSNES

En åpen sesjon på møtet i FDI i september hadde tittelen «World Oral Health Forum – Sustainability in dentistry». Sesjonen var en oppfølging av en deklarasjon fra Verdens helseorganisasjon (WHO) om forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, hvor bærekraft og miljøtankegang er et av punktene. Oral helse var ikke nevnt som eget punkt i deklarasjonen, og sesjonen var et ledd i å utarbeide en kommentar til WHO om dette.

Orale sykdommer som karies, tannkjøttsykdommer og kreft i munnhulen, rammer 3,58 milliarder mennesker, og er noen av de vanligste sykdommene globalt. Allikevel er orale sykdommer ikke inkludert i WHOs bærekraftstrategi. Per i dag inngår heller ikke forekomsten av orale sykdommer i internasjonale statistikker. For å gjøre noe med dette, har FDI utarbeidet et sett indikatorer som skal hjelpe de nasjonale helsemyndighetene å overvåke sykdomsforekomsten.

Produsentene må på banen

– Det er et akutt behov for å øke oppmerksomheten rundt bærekraft i tannhelsetjenesten. Det innebærer hele kjeden, fra produsentene til tannlegene. Verden har et enormt miljøproblem hvor plastsøppel spiller en stor rolle, og her må både hver enkelt tannlege, organisasjonene og arbeidsplassene bidra for å begrense omfanget, sa lederen for The FDI sustainability and dentistry task team, professor i klinisk odontologi, Universitetet i Sheffield, Niclas Martin i sin innledning.

Den norske tannlegeforenings representant, Heming Olsen-Bergen, tok ordet og sa at miljøfotavtrykket besto av langt mer enn plast og viste til et dansk pågående forskningsprosjekt. Vararepresentant Harry Sam Selikowitz syntes industrien burde utfordres mer. Han minnet om at bærekraft også må handle om antibiotikaresistens.

– Hva gjør FDI og hvordan kan de nå tannlegene med informasjon? FDI har laget en verktøykasse, FDI sustainability oral health care tool kit, med forslag til hvordan man kan gå fram https://www.fdiworlddental.org/sustainability-dentistry

Firmaene Colgate, Dentsply Sirona, Haleon (tidligere GSK) og Oral B presenterte sine strategier for bærekraft.

Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege
Margareth Kristensen Ottersen
spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi

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

Produsentene ble oppfordret til å lage miljøvennlige alternativer til plast og andre forurensende materialer, og tenke gjenbruk, som for eksempel lage tannpastatuber av gjenbrukbar plast. Flere av produsentene hadde et mål om null avfall fra produksjonen.

De fire produsentene understreket at alle må ta et ansvar, både individuelt og kollektivt, for miljøet og planeten.

Karbonutslipp

– Karbonutslipp i helsevesenet og i dagliglivet bidrar til klimaforandring ved å svekke de beskyttende gasslagene i atmosfæren, noe som igjen bidrar til global oppvarming. Det er fremdeles et mål å holde den globale oppvarmingen under 1,5 grader og til nå har den globale temperaturen har allerede økt med 1,1 grad, så noen negative vendepunkter ser ut til å komme ganske raskt. For eksempel smelting av polene, forandring av havstrømmene og forandring i værsystemene med påfølgende flom og tørke, sa representanten fra WHO i sitt innlegg.

– Men vendepunktene også kan gjøres positive, ved å arbeide med FDI og deres samarbeidspartnere for bærekraft i tannlegetjenesten.

Sirkulær økonomi og forebygging

– Tannleger kan redusere karbonutslipp på mange måter: Gjennom å redusere reising til og fra jobb, og redusere pasientreiser, og gjennom å gå fra en forsøplende lineær økonomi til en sirkulær økonomi. En sirkulær økonomi ser på og vurderer hvordan avfall produseres i alle ledd av virksomheten, og bruker det til å få til en bærekraftig produksjon, fortsatte han.

Å redusere karbonutslipp i tannhelsetjenesten kan oppnås ved å bruke velkjente prinsipper. Det første er forebygging av sykdom, slik at folk ikke trenger å reise til

Representanten dr. Ingrid Rozylo-Kalinowska fra Polen fortalte om bærekraftarbeidet i sin organisasjon. Det samme gjorde medlem av FDIs council, dr. Maria Fernanda Atuesta Mondragon fra Colombia.

Bærekraft erogså viktig i Chile, sa lederen av den Chilenske tannlegeforeningen, dr. Carlos Machant.

tannlegen. Den beste behandlingen for miljøet, er den du ikke trenger å utføre. For det andre, den behandlingen vi gir, må være best mulig. Det må være evidensbasert behandling med de beste tilgjengelige materialene. For det tredje: Å involvere pasienten i å ta miljøvennlige valg, og bevisstgjøring om hvordan valgene som gjøres i behandlingen, og utenfor, påvirker miljøet.

Og til slutt: Tannlegen må aktivt tilby en bærekraftig virksomhet og forstå hvordan utslippene kan begrenses. Hvis mange nok gjør det, vil det skape et vendepunkt, og dermed kan dette bli en bransjestandard som bidrar til å unngå enda et negativt klimavendepunkt.

– Tenk globalt for å handle lokalt. Her må alle bidra, avsluttet han.

Vi trenger friske pasienter – og regnskog

Claudia Rodríguez, leder av The implant society of Colombia, sa i sitt innlegg:

– Hvilke hindringer for resirkulering og bærekraft har vi i Colombia? Vi har en fantastisk regnskog og er nummer fem i verden når det gjelder å produsere oksygen. Men vi har store utfordringer når det gjelder bærekraft.

I Colombia brennes alt søppel, og dette produserer klimagasser. Vi har også et stort problem med mangel på infrastruktur, veier, skoler, informasjon og opplæring i distriktene. Vi har høy forurensing fra cocaproduksjonen i sør, og avskogingen i Amazonasjungelen er urovekkende. De som feller trærne, har ingen kunnskap om hva de bidrar til.

– Når det gjelder colombianske tannleger, må vi forandre hvordan vi tenker. Alle sier: Jeg har satt inn 100 implantater i mine pasienter. Ingen sier: Jeg har 100 friske pasienter i min praksis. Jeg tror den eneste måten vi kan bidra til å bevare kloden på er gjennom å ha friske pasienter. Og hva kan jeg gjøre for det? Vi må ta vare på skogene våre, og befolkningen trenger opplæring og utdannelse, avsluttet Rodriguez.

Søppeldumping fra andre land – et stort problem

– Kenya har en befolkning på 49 millioner ifølge folketellingen i 2019. 75 prosent er under 35 år, noe som gjør det til en ung befolkning. Utviklingsland som Kenya har et stort avfallsproblem både fra tannhelsetjenesten og ellers i samfunnet, og det vokser for hver dag. Og vi har begrensede resirkuleringsresurser og for lite kunnskap om avfallshåndtering, sa Miriam Muriithi, Chief Dental Officer i Kenya

– Vi har i tillegg et problem med dumping av avfall i vår region. Vi har hverken ekspertise eller økonomi til å behandle avfall, i tillegg blir vi dumpingplass for andre. Så hjelp oss med å få stoppet søppeldumpingen!, var hennes oppfordring.

– I Kenya gjør vi alt vi kan for å være miljøvennlige, og har blant annet forbudt bæreposer av plast. For oss er dette en stor ting. Vi har også skrevet under på Minamata-konvensjonen om kvikksølv, og vi arbeider for å fase ned amalgambruk. Vi kan enda ikke fase ut, fordi vi fremdeles har en befolkning som ikke har råd til andre materialer, sa hun.

– Kenyas strategi er forebygging. Vi har akkurat lansert retningslinjer for oral helse, og for oss er forebygging og bevisstgjøring det viktigste. Vi arbeider for en miljøvennlig tannlegevirksomhet, og har utarbeidet planer for bedre avfallshåndtering. For å vinne kampen mot avfall, må vi stå sammen. Vi trenger at hver enkelt bidrar og vi trenger samarbeid med hvert enkelt land, avsluttet Muriithi.

Er plast det verste?

Heming Olsen-Bergem, president i Den norske tannlegeforening (NTF), tok ordet i den åpne delen av sesjonen og sa:

– Når det gjelder tannlegevirksomhet, gjør vi en god del antakelser som ikke er basert på forskning. Vi har lite forskning på området, men vi har noe: Universitetet i København har et forskningsprosjekt gående akkurat nå, som måler karbonutslipp og miljøvennlighet i tannklinikker. De har funnet at plast ikke nødvendigvis er et så stort miljøproblem som man har trodd. Plast har ikke et så stort miljømessig fotavtrykk som for eksempel vasking av glass eller metall i oppvaskmaskin.

Vi trenger også forskning for å se på hvordan varene blir transportert. Vi tannleger må spørre produsentene både hvordan ting blir produsert, men også hvordan de blir transportert, avsluttet han.

Antibiotikaresistens

– Jeg synes ikke vi utfordrer industrien nok. Jeg synes også de bærekraftige målene må handle om antibiotikaresistens, sa Harry Sam Selikowitz, seniorkonsulent i NTF og tidligere medlem i FDIs vitenskapskomité.

– Det er i tillegg en elefant i rommet som vi har snakket om igjen og igjen, og det er kvikksølv, utfasing av amalgam og Minamatakonvensjonen. Jeg synes mange land, blant annet de afrikanske, har inntatt en for defensiv holdning på dette området, avsluttet han.

FDI – symposium:

Oral helse i en aldrende befolkning

Forventet levealder øker og befolkningen eldes, noe som utgjør en global utfordring for helsevesenet. Symposiet «Oral Health for an Aging Population» på FDIs møte i Genève belyste i korte glimt situasjonen i enkelte land.

KRISTIN AKSNES

Hensikten var å øke kunnskapen om aldring og hvordan funksjonsnedsettelse kan forebygges.

Japan

Målet er en frisk eldre befolkning

– Vi har store forskjeller i forventet levealder og forventet *frisk* levealder i de forskjellige regionene, sa professor og direktør ved The Japan Academy for Health Behavioral Science, Kakuhiro Fukai, i sitt åpningsinnlegg.

– Å være frisk hele livet er noe alle mennesker, i alle samfunn, ønsker seg. Faktorene som bidrar til et friskt, langt liv er mange og sammensatte, og for å få dette til kreves det en interdisiplinær, kreativ og global tilnærming.

Forebygging er et nøkkelord her, og det er viktig å spre kunnskap om hvordan vi kan unngå oral funksjonsnedsettelse. En stor del av funksjonsnedsettelsen hos eldre mennesker kan forebygges.

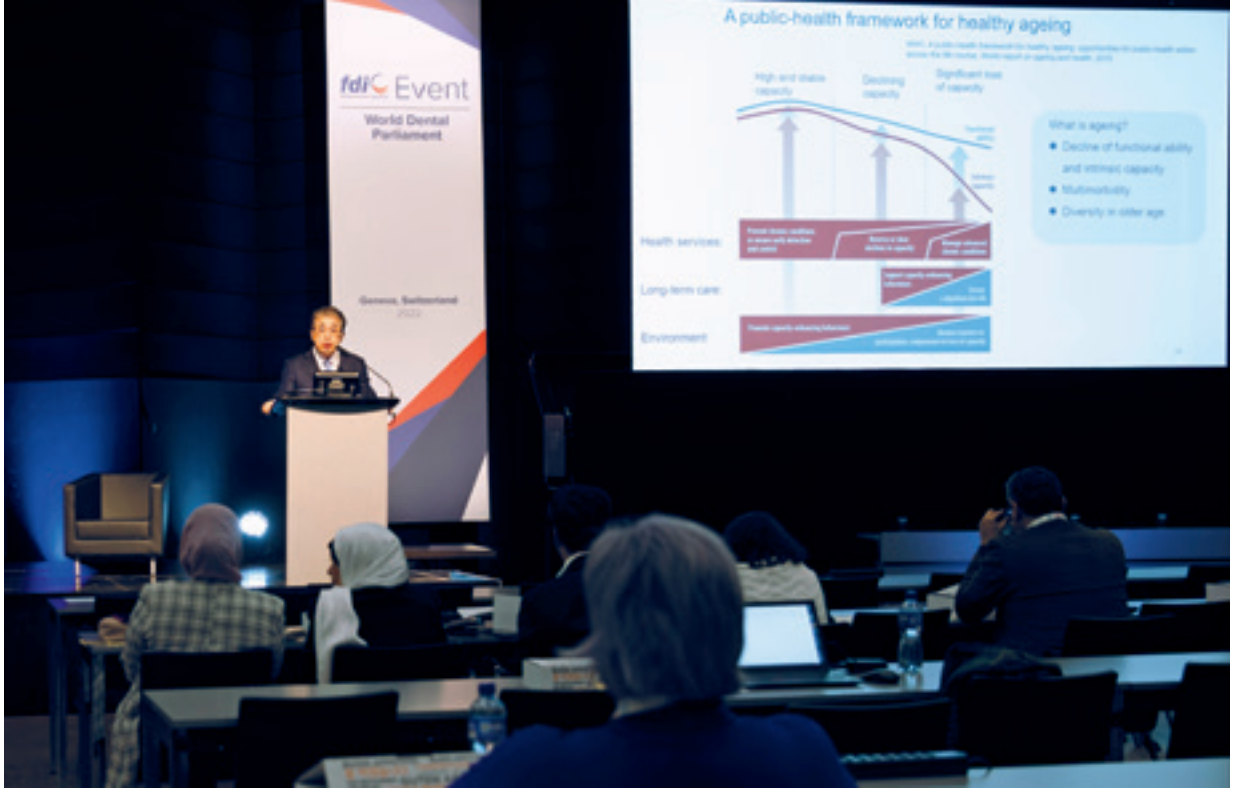
Du har selvsagt sykehjemsproblematikken og de langtidssyke, men munnhelse er viktig og er veldig ofte forsømt. Her kan og må mye gjøres, sa han.

– Oral helse spiller en viktig rolle i en frisk eldre befolkning, på samme måte som forebygging av andre ikke-smittsomme sykdommer.

– Vi må gjøre avstanden mellom forventet levealder og forventet *frisk* levealder mindre, sa Fukai.

8020-kampanjen

Den viktigste strategien for eldre personer i Japan var 8020-kampanjen som begynte i 1989. 8020-kampanjen ble lansert for å oppmuntre japanere til å beholde 20 eller flere egne tenner til de fyller 80 år. Hensikten var å beholde



Dr. Kakuhiro Fukai fra Japan holdt åpningsforedraget om oral helse i en aldrende befolkning.

tyggeevnen og derved tilgangen til god ernæring. Mellom kampanjen startet i 1989 og 2011 økte antall 80-åringer som hadde 20 tenner eller mer fra 10 til 40 prosent. Japan har i dag verdens høyeste gjennomsnittlige levealder sammen med Sveits, og en god oral helse er antakeligvis et bidrag til dett.

Fukai konkluderte med at oral helse spiller en vesentlig rolle i et friskt og aldrende samfunn, ikke minst når det gjelder utbredelsen av ikke-smittsomme sykdommer og å forhindre skrøpelighet i et menneskes livsløp.

USA

– USA har store sosiale og økonomiske forskjeller i samfunnet som helhet, og også i den orale helsen hos eldre mennesker, fortalte professor Elisa Ghezzi fra University of Michigan School of Dentistry.

I USA er så og si all helse privat finansiert og derfor avhengig av at du har råd til å betale. Den private helseforsiktingen opphører når du slutter å arbeide, og det er nok derfor mange også slutter å gå til tannlegen. Det legges heller ikke stor vekt på forebygging eller helseopplysning utenfor den private sektoren.

– Vi trenger en helsestrategi fra myndighetenes side, sa Ghezzi. Myndighetene må gjøre mer for å opplyse både enkeltpersoner og helsepersonell om hvordan oral sykdom, og sykdom generelt, kan forebygges. For å oppnå dette, må alle eldre mennesker få tilgang til helsetjenester, og tannlegetjenester må gjøres til en del av en mer omfattende helseforsikring, avsluttet hun.

Irland

– Vi har et demografisk skifte i Irland, i likhet med mange andre industrialiserte land. Befolkningen blir eldre, færre

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 tanntekniske produktet ligger hos oss
- All kontakt foregår på norsk, med oss i Norge
- 5 års garanti på fast protetikk, 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

barn blir født, og vi har en dramatisk økning i forventet levealder, sa professor Gerry McKenna fra Queen's University i Belfast.

– Folk er ikke lenger tannløse når de passerer 80 år. Manglende tyggeevne er forbundet med redusert næringsinntak, lite næring og redusert helse. Et godt kosthold spiller også en nøkkelrolle i sykdomsforebygging i fremskredne år.

Det store problemet for mange er hvem som skal betale regningen. Kariesforekomsten øker med økende alder, i tillegg kommer munntørrhet på grunn av medisinbruk og en økning i periodontal sykdom.

– Og så har du selvsagt problematikken rundt munnhygiene på pleiehjem. Manglende munnhygiene gjør at prosessen med tanntap kan gå raskt. En rapport om kvaliteten på engelske pleiehjem i 2019 viste at de fleste ikke hadde noen retningslinjer for munnstell hos syke- og pleiehjemspasienter. De ansatte hadde ikke mottatt opplæring i daglig munnhelsestell, og nesten ingen hadde tilgang til akutthjelp. Men nå har engelske myndigheter utarbeidet en håndbok for pleiehjem som vi også gjør vårt beste til å spre kunnskapen om her i Irland, avsluttet han.

Dr. Yukia Sumi fra WHO snakket om betydnngen av god eldrehelse.

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2024.

Prisen på 30 000 kroner tildeles forfatteren(e) av den kasuistikk som vurderes som den beste av de publiserte kasuspresentasjonene i løpet av to årganger av Tidende. Tidende ønsker med dette å oppmuntre til en type fagskriving som er etterspurt blant leserne og som bidrar til å opprettholde norsk fagspråk. Vi er ute etter pasienttilfeller som er sett og dokumentert i praksis og som beskriver kliniske situasjoner som bidrar til erfaringsgrunnlaget i tannhelsetjenesten. Vi er svært interessert i flere bidrag fra den utøvende tannhelsetjenesten i tillegg til kasus fra spesialistutdanningene. Ved bedømmelsen blir det lagt særlig vekt på: Innholdets relevans for Tidendes lesere, disposisjon, fremstillingsform og lesbarhet, diskusjon av prognose og eventuelle alternative løsninger samt illustrasjoner.

FOR EN REN & FRISK MUNN

- ✔ **EXTRA® WHITE** hjelper med å opprett-holde naturlige hvite tenner og gir en ren og frisk følelse i munnen
- ✔ **XYLITOL** stimulerer spyttdannelsen
- ✔ **MIKROGRANULATER** gir en følelse av rene tenner

Extra®

Tannhelsetjenesten styrkes i innsatsen mot vold

Den svenske regjeringen øker innsatsen mot vold i nære relasjoner. En pågående utredning skal si om det er nødvendig å styrke tannhelsetjenestens rolle i arbeidet med å avdekke pasienter som er utsatt for vold.

JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

Det svenske sosialdepartementet utreder nå hvordan tannhelsetjenestens oppgave med å avdekke og dokumentere forekomsten av vold eventuelt kan forbedres. Det dreier seg om menns vold mot kvinner, og også om vold i andre nære relasjoner.

Formålet med utredningen er å: Evaluere tannhelsetjenestens evne til tidlig oppdagelse, behandling og dokumentasjon av skader forårsaket av menns vold mot kvinner og vold i nære relasjoner;

Evaluere om tannhelsetjenesten har tilstrekkelig kunnskap om tjenestens ansvar for personer som er utsatt for vold i nære relasjoner; Evaluere om tannhelsetjenesten i tilstrekkelig grad samarbeider med annen helse- og sosialtjeneste, når det gjelder omsorg og støtte til personer utsatt for vold; Analyse av hvordan støtte og erstatning for tannskader til ofre for vold i nære relasjoner kan forbedres.

Utdanning

Et sted de er langt fremme når det gjelder å vurdere og avdekke om pasienter er utsatt for vold, er ved den offentlige tannhelsetjenesten i Region Uppsala, som har kurset alle ansatte om det å være utsatt for vold.

Opplæringen er gjennomført i samarbeid med Nationellt Centrum för kvinnofrid (NCK), et kunnskaps- og ressurssenter som gjennom et myndighetsoppdrag arbeider for å spre og øke kunnskap om menns vold mot kvinner og utvikle metoder for hvordan en skal ta hånd om voldsofre.

Opplæringen ble gjennomført våren 2021 og 600 ansatte har fått opplæring gjennom NCKs «Nettkurs om vold».

Loven gir i dag tannhelsetjenesten mulighet til å gi støtte og hjelp i en situasjon der en voldsutsatt person er villig til å ta imot informasjon om hvordan personen kan få hjelp.

– Det vi gjør er å hjelpe til der og da på klinikken, for eksempel ved umiddelbart å kontakte Kvinnofridslinjen (en nasjonal hjelpetelefon), sier Kristin Markman, tannpleier og koordinator for munnhelse ved den offentlig tannhelsetjenestes hovedkontor og ansvarlig for opplæringen.

Spørreskjema

I spørreskjemaet som skal besvares før et besøk i den offentlige tannhelsetjenesten, der hensikten er å få et

– Opplæring og diskusjoner med personalet er avgjørende for å skape trygghet blant de ansatte for å håndtere voldsspørsmålet, sier Kristin Markman, koordinator ved den offentlige tannhelsetjenesten i Region Uppsala. Foto: Elisabet Sandberg.

overblikk over pasientens helsetilstand, er det siden mai 2022 inkludert et spørsmål om pasienten har vært utsatt for trusler eller vold i nære relasjoner.

– Det er nå blitt rutine. Vi stiller spørsmålet muntlig og spørsmålet flettes inn i en sammenheng der vi spør om pasienten synes det er ubehagelig å gå til tannlegen og om pasienten har skadet tennene sine, og så kommer spørsmålet om vold har vært involvert. De fleste pasienter ser i dag på spørsmålet som naturlig og for personalet er det viktig å inkludere spørsmålet i manualen for å ha en rutinemessig håndtering, forklarer Kristin Markman.

Antallet personer som svarer bekreftende på spørsmålet om de har vært utsatt for vold, er lavt, cirka én prosent.

– Her er det mørketall. Studier fra NCK viser at 90 prosent av de som er utsatt for vold svarer nei første gang de får spørsmålet. Derfor gjentar vi alltid spørsmålet ved neste besøk, det er alltid med i helseerklæringen. Noen ganger er det viktig å gradvis bygge opp tillit for at pasienten skal åpne seg, sier Kristin Markman.

Temaet er belastet, og utsatte mennesker er ofte i et følelsesmessig dilemma i forhold til om de skal stå frem og si at de blir utsatt for vold og trusler i et nært forhold. Det er en betydelig underrapportering, og vold er ikke alltid lett å avdekke.

– Det som også kan være vanskelig er når det er en ledsager til stede, eller når pasienten ikke snakker språket eller har en funksjonshemming. Derfor bruker vi alltid en selvstendig og uavhengig telefontolk ved behov, og vi har også bildestøtte som vi kan bruke dersom det ikke er mulig å kommunisere muntlig.

Diskusjoner

– Er de ansatte komfortable med å stille spørsmålet om vold?

– De begynner å bli vant til det. Jeg pleier å sammenligne det med spørsmålet om pasienten røyker, som i begynnelsen var sensitivt, og som i dag blir sett på som helt naturlig. Vårt ansvar er å spørre og hjelpe videre, og vi må alltid ha pasientens samtykke til å sende en eventuell bekymringsmelding til kommunens sosialtjeneste, forklarer Kristin Markman.

Alle klinikker innen den offentlige tannhelsetjenesten i Region Uppsala er omfattet av NCKS-utdanning, som er

komplettert med den offentlig tannhelsetjenestens egne opplæring som er mer rettet mot tannhelsetjenestens spesifikke rolle i sammenhengen. Total opplæringstid er tre til fire timer.

– Det som mangler er diskusjonene, og derfor prøver jeg å besøke så mange klinikker jeg kan fordi det er uvurderlig å møtes ansikt til ansikt og svare på spørsmål og få innsyn i tankene til personalet. Kunnskaper på dette området er sentralt for å kunne stille spørsmål om vold.

Grunnkurset følges opp i høst med repetisjoner og eventuell tilleggsopplæring.

– Hva vil du at regjeringens utredning skal komme frem til?

– Vi ser gjerne at den tar opp spørsmålet om voldsofres situasjon og foreslår at denne gruppen får økt økonomisk kompensasjon for tannpleie, sammenlignet med hvordan det er i dag, avslutter Kristin Markman.

Utredningen skal publisere sin rapport 30. november 2023.

Rutiner

Åsa Witkowski, enhetsleder ved det nasjonale hjelpesenteret for kvinner, NCK, ser den svenske regjeringens pågående utredning om økt støtte til tannhelsesektoren som et enda videre mandat for tannhelsetjenesten som en viktig aktør i arbeidet mot forekomsten av vold mot kvinner.

– Utredningen styrker oppfatningen om at tannhelsetjenesten har en viktig rolle i arbeidet for voldsofre, gjennom å avdekke, behandle og dokumentere, sier Åsa Witkowski.

– Hva forventer dere dere av utredningen?

– Det som er viktig er et langsiktig perspektiv og at tannhelsetjenesten i økende grad inkluderes i arbeidet mot vold i nære relasjoner.

– Er tannhelsetjenestens rolle undervurdert i denne sammenhengen?

– Ja, det synes jeg. Den møter pasienter i alle aldre og følger ofte pasienten gjennom livet. I tillegg er tannhelsepersonell blant de få som har mulighet til å oppdage avvikende atferd og mønstre hos en pasient, for eksempel at de plutselig og uten grunn unnlater å møte til behandling.

Ifølge Åsa Witkowski er tannhelsetjenesten godt i gang med å innføre effektive arbeidsrutiner og kunnskap om utsatthet for vold.

– Uppsala er et godt eksempel og mange andre regioner følger etter. Jeg vil understreke at det viktigste er å etablere

– Tannhelsetjenesten utvikler seg til å bli en viktig aktør når det gjelder å avdekke vold i nære relasjoner, sier Åsa Witkowski, enhetsleder ved det nasjonale hjelpesenteret for kvinner, NKC. Foto: NCK

gode arbeidsmetoder og rutiner fremfor å forhaste seg. Arbeid mot vold krever opplæring og klinikkene må gis tid og mulighet til å leve opp til kravene, sier Åsa Witkowski.

Fordeler

Selve møtet med pasienten, i en situasjon der det kan være en bakenforliggende historie om utsatthet, er viktig for å oppdage signaler om at en pasient kan være utsatt for vold.

– Det er avgjørende for om en pasient vil fortelle, og du som personale må være forberedt på å sette av tid til å lytte. Derfor er det viktig å ta opp spørsmålet før selve behandlingen starter, forklarer Åsa Witkowski.

Sammenlignet med andre aktører har tannhelsetjenesten en rekke fordeler når det gjelder muligheten til å avdekke vold i nære relasjoner: besøkene gjentas, gode relasjoner kan bygges og opplæring i voldsutsetting blir mer og mer vanlig i klinikkene.

– Tannhelsetjenesten kan bli enda mer sentral i å avdekke vold. Det er mye uavdekket. Temaet er spesielt tabubelagt blant middelaldrende og eldre, og mørketallet kan være så høyt som 80 prosent, avslutter Åsa Witkowski.

Julekort fra Leger Uten Grenser

Leger Uten Grenser selger i år julegavekort hvor inntektene øremerkes vaksinearbeid verden over for å gi livreddende vaksiner til de som trenger det aller mest. Man kan velge mellom å kjøpe et fint, fysisk kort og pakke det inn som en gave, eller kjøpe et «print-selv»-kort hvis man er litt sent ute.

Julekortene bestilles på: legerutengrenser.no/julegave

Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober:

TOO-ordningen er ikke godt nok kjent

TOO-ordningen kom så smått i gang i 2012. Den henvender seg til tre grupper: torturoverlevere, de som er blitt utsatt for vold og overgrep og dem med sterk tannbehandlingsangst. Dette var tema for et frokostmøte i regi av Tannlegeforeningen.

KRISTIN AKSNES

TOO-ordningen (TOO står for Tortur, overgrep og odontofobi) har etter hvert utviklet seg til et offentlig tilbud i regi av Den offentlige tannhelsetjenesten.

Ann Catrin Høyvik, universitetslektor ved Det odontologiske fakultetet i Oslo med nylig avlagt doktorgrad om orale utfordringer hos torturoverlevere, introduserte frokostmøtet.

– Min hovedkompetanse, torturoverleverne, ser vi veldig få av i TOO-systemet i dag. Vi skrev en rapport i 2021 som anslo at vi hadde ca. 20 torturoverlevere per år, sa Høyvik.

Det kan være opp til 30 000 torturoverlevere i Norge, ifølge Røde Kors. Men hvorfor ser vi så få i TOO-ordningen? Det er bred enighet om at mange er skeptiske til å gjennomgå enda et intervju hos psykolog, og torturoverlevere bruker ofte 20–30 år på å søke hjelp, sa hun.

I tillegg er tilbudet lite kjent. 87 prosent av tannlegene har aldri henvist noen til TOO-ordningen.

– Overgrepspasientene har til nå utgjort ca. 30 prosent av pasientene, men vi ser at det er en økende gruppe innen TOO.

– Odontofobipasientene er kanskje dem det er lettest å hjelpe. Her har vi gode resultater, sa Høyvik.

Lange ventelister

Men det er lange ventelister, noen steder opptil tre til fire år. Tilbudet er i tillegg lite kjent blant dem som jobber med flyktninger og de som har vært utsatt for tortur. Men når du googler tilbud til torturofre, kommer tilbudet om denne

Bruker av TOO-ordningen, Angelica Kjos, i samtale med konferansier Christian Pollock Fjellstad fra NTF (t.v.) og presidenten i Tannlegeforeningen, Heming Olsen Bergem under frokostmøtet.

ordningen hos tannlege først opp. Det er en positiv ting. Det er i det hele tatt få tilbud i helsevesenet til denne gruppen.

Vi vet også lite om langtidsvirkningen av TOO-tilbudet, og vi ønsker mer forskning.

Det er ulik praksis forskjellige steder i landet, det er ulikt hvem som blir inkludert og hvor mye behandling de får. Så det er store variasjoner på landsbasis. Og hva skjer med dem som faller utenfor? De som regnes som for syke?

– Jeg deltar selv i prosjektet Tannleger på hjul, men det er et paradoks at vi er avhengige av frivillige ordninger for å hjelpe de aller mest sårbare, avsluttet Høyvik.

Brukerperspektiv

Angelica Kjos, bruker av TOO-ordningen, aktuell i TV-programmet Petter og overleverne samt aktuell med ny bok, fortalte om sine erfaringer med behandlingen. Det tok henne mange år før hun fikk vite om ordningen og hun var glad for å kunne dele noen av sine erfaringer.

– Jeg vegret meg i mange år for å ta kontakt. Tannlegeutstyret vekket helt andre minner hos meg enn det instrumentene blir brukt til, fortalte hun.

Hun sa også at det er viktig å gi god eksponeringstid, og at det er god tverrfaglighet. Hun tok også opp problemet med fravær. Tortur- og overgrepsutsatte har ofte dårligere immunforsvar og er oftere syke. Derfor er det viktig at behandlingen ikke avbrytes på grunn av dette.

Even A. Røed, stortingsrepresentant Arbeiderpartiet (t.v.) i samtale med psykolog Therese Varvin Fredriksen, Hilde Vogt Toven fra TKØ og Heming Olsen Bergem under frokostmøtet.

Erfaring

– Det er viktig med tverrfaglig kompetanse og vi står i et etisk dilemma. Tannbehandlingssituasjonen ligner mye på en overgrepssituasjon, og kan være en potensielt truende situasjon for noen og enhver. Noen skal inn i hodet ditt med skarpe gjenstander, og du må stole på vedkommende, sa Therese Varvin Fredriksen, psykologspesialist i TOO-teamet i Vestfold fylkeskommune og privatpraktiserende, i den påfølgende paneldebatten.

– Norge har en ganske unik ordning på dette området og det kan vi være stolte av. Men vår veileder i god klinisk praksis fra Helsedirektoratet er fra 2011. Her anbefaler de proteser til manglende tenner, og sånn kan vi ikke ha det i dag. Dette er altfor gammelt. Vi må øke kunnskapen og formidle det til befolkningen. De understøttende systemene må også være gode nok, avsluttet presidenten i NTF, Heming Olsen-Bergem.

– Det er viktig at Angelica står fram, for det er utfordrende å snakke om tortur og overgrep. Vi trenger å forske mer, men vi må også bruke den forskningen vi har, og vi må få fatt i folk før tannhelsen blir for dårlig. Vi må også tenke forebygging og tidlig intervensjon, avsluttet Tiril Willumsen, dekan ved Det odontologiske fakultetet i Oslo.

Frokostmøtet ble streamet og kan ses på Tannlegeforeningens Facebookside, og kan høres i NTFs podcast Odontopoden.

Blå muligheter i det grønne skiftet

Hvordan kan livet i havet bidra til en mer bærekraftig produksjon av medisinske stoffer? Og hvordan kan forskningen bidra til en bærekraftig omstilling i medisinsk og odontologisk virksomhet samtidig som livet i havet beskyttes?

KRISTIN AKSNES

Forsker og spesialist i oral protetikk, Sadia Khan, fortalte om mulighetene i stoffer fra skalldyr.

Dette var temaet for Det odontologiske fakultetet i Oslos arrangement den 28. september på Forskningsdagene, et årlig arrangement i regi av Universitetet i Oslo (UiO).

– Havet har gitt oss en formidabel kystlinje som vil være viktig i det grønne skiftet. Her finnes det alger, skalldyr og andre organismer som har medisinske egenskaper, men også egenskaper som kan bidra til en bærekraftig omstilling av hvordan medisiner fremstilles. Hvordan finner man egentlig fram til gode medisinske stoffer i havet og langs kysten? spurte innlederen og moderatoren, Astrid Skiftesvik Bjørkeng.

Hvordan feste noe på fuktige overflater?

Hanna Tianen forsker på områdene biomaterialer, kjemi og materialvitenskap. Hun presenterte et kjent medisinsk problem: Hvordan få noe til å feste seg på fuktige overflater? Svaret er sammensetningen i proteinstrukturen hos skjell. Skjell fester seg på fuktige overflater, og disse egenskapene utforskes og brukes blant annet i odontologien.

Hvilke stoffer fra havet brukes i medisin og odontologi? For det første alger som etter hvert har fått et stort bruksområde, samtidig som det forskes fortløpende på det medisinske potensialet.

Collagen er et annet stoff som kan utvinnes fra fiskeavfall. Det er mange fordeler med å bruke fisk som kilde til medisinske stoffer. Fiskene er mindre utviklet enn mennesker og dyr, og har utviklet færre sykdommer Stoffer fra fisk og fra havet trenger derfor mindre prosessering før det kan brukes.

Fiskeskinn har også et stort bruksområde utover det medisinske.

Alger og krabbeskall

Sadia Nazir Khan er spesialist i oral protetikk og driver klinisk forskning på behandling av periimplantitt. Hun fortalte at de bruker avtrykksgelé laget av alginater for å overføre avtrykk til tanntekniker. Alginater brukes også mye i kosmetikk.

Khan forsker også på kitosan, et stoff som lages av skalldyr. Kitosan er biokompatibelt og bakteriehemmende stoff med et interessant medisinsk potensiale. Andre mulige bruksområder for kitosan er vannrensing og råstoff i miljøvennlig bioplast.

Antibiotikaresistens og nye stoffer

– 75 prosent av alle legemidler er laget av naturlige stoffer funnet i hav, jord og vann, sa Roger Junges i sitt innlegg.

Forsker ved ved Institutt for oralbiologi i Oslo, Roger Junges, fortalte om bioprospektering: systematiske søk etter nyttige marine bioressurser.

Han forsker blant annet på mikrobiologi, antibiotikaresistens, bakteriekommunikasjon og biofilm ved Institutt for oralbiologi ved Det odontologiske fakultet, UiO.

Ifølge overslag fra WHO vil antibiotikaresistens ta livet av rundt ti millioner mennesker i året om ikke lenge. – Vi trenger utvikling av nye typer penicillin. De fleste legemidlene vi har i dag er organiske, og mange av de aktive stoffene er oppdaget på små og begrensede områder i havet, og bare der, sa han.

Han fortalte om bioprospektering, et systematisk søk etter nyttige marine bioressurser, og prosjektet Tara Ocean. Tara Ocean er navnet på et fransk prosjekt og navnet på en skonnert som siden 2003 har gått kontinuerlig i rute rundt jorda for å samle vannprøver og stoffer fra havet. Fra 2003 til nå har de funnet 150 millioner nye marine gener og mer enn 2 700 ubeskrevne arter av levende organismer. 120 personer, mannskap og forskere, har deltatt i ekspedisjonene, og 130 000 skolebarn har vært med for å få undervisning.

Tara Ocean har egne forskningsprosjekter på mikroplast- og plastforurensing i havene, og presenterer funnene blant annet på sine hjemmesider https://fondationtaraocean.org/en/foundation/

– Vi har mye å lære fra havet. Men vi har dårlig tid, sa Junges. Havtemperaturen øker og stoffer og organismer ødelegges. Vi kan ødelegge det som kan redde oss, og det er ingen plan B, avsluttet han.

Når alle er syke, hvem trenger da egentlig behandling?

Et regjeringsoppnevnt utvalg skal gjennomgå hele tannhelsefeltet og komme med innspill til såvel organisering som finansiering (1).

Dersom det offentlige skal finansiere mer og munnhulen skal inkluderes i kroppen må vi samtidig avklare når sykdom krever helsepersonellets innsats. Hvis ikke vil kostnadene vokse inn i himmelen.

CARL CHRISTIAN BLICH, TANNLEGE OG UNIVERSITETSLEKTOR VED SEKSJON FOR SAMFUNNSODONTOLOGI, DET ODONTOLOGISKE FAKULTET, UIO

Den politiske bakgrunnen er at tannhelse – helt ulogisk – finansielt er adskilt fra annen helse. I den sammenheng er det gode grunner til å se på hva som ligger inne i dagens stønadsordning. Der finner man et «lappeteppe» som ble til mens ordningen gradvis ble utvidet. Det er mulig at forutsetningene som lå til grunn for ordningen må endres. Samtidig er det gode grunner til å stille noen spørsmål ved endringer i sykdomstilnærmingen som profesjonen selv har skapt.

Store medisinske leksikon:
«Sykdom er en fellesbetegnelse på tilstander som kjennetegnes ved forstyrrelser i kroppens normale organiske eller mentale funksjoner og forandrer dem på en skadelig måte».

Spørsmålet blir da:

- Når skal sykdom i munnhulen møtes med behandling/rehabilitering?

Lov om folketrygd gir stønad til tannbehandling for 15 utvalgte tilstandsbeskrivelser. Blant disse er eksempelvis sykdommen periodontitt.

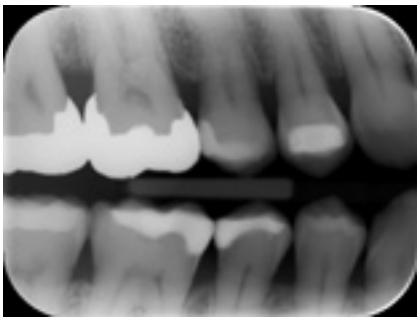
Hovedregelen i regelverket er at stønadsordningen skal gjelde «undersøkelse og behandling av sykdom og skade». I rundskrivet kan man lese formålet med ordningen der det bla. heter: «…… Etter folketrygdloven § 5-6 og § 5-6 a gis det i hovedsak ikke stønad til forebyggende behandling, tannrensing og kariesbehandling eller behandling av kariessykdommens følgetilstander mv. Dette gjelder likevel ikke i de tilfeller kariessykdom er et resultat av bakenforliggende sykdom eller behandlingen av denne.»

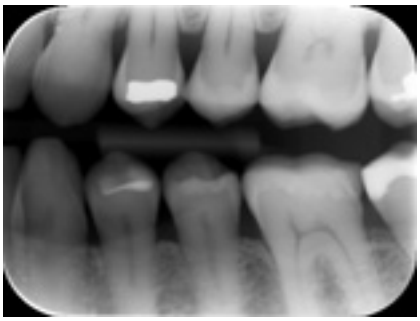
Karies var for noen tiår siden en folkesykdom i Norge. Vi graderer i dag karies med tallkoder i grønt eller rødt. Et grønt 2-tall hos en 12-åring kan meget vel være aktiv karies som, uten oppfølging, endres til et rødt 4-tall når tolvåringen blir eldre. Aktiv karies er sykdom. Men; hvis den samme 12-åringen fortsatt har et grønt 2-tall som 35 åring, - er da «arret» vi ser på røntgen fortsatt sykdom?

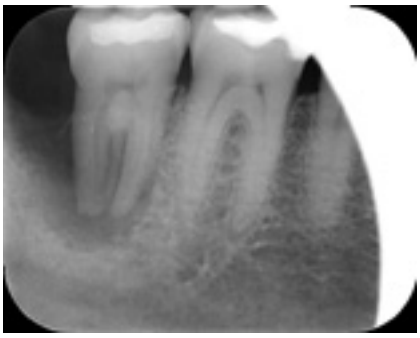
Hva så med sykdommen periodontitt? Fra 2002 kom systematisk behandling av periodontitt inn i stønadsordningen (2). Rehabilitering ved tanntap som følge av samme sykdom, ble gjeldende fra 1. mai 2002. Professor Harald Løe hadde beregnet at moderat til alvorlig periodontitt rammet ca. 100 000 nordmenn. Departementet beregnet en tilvekst på ca. 6 000 individer årlig (2).

Rundskrivet beskriver det i dag slik: «Takst 501- Behandling av marginal periodontitt: Taksten benyttes ved systematisk behandling rettet mot årsaken til marginal periodontitt med sikte på å oppnå infeksjonskontroll».

I en artikkel i Tidende i 2019 beskriver Dagmar Fosså Bunæs det nye klassifiseringssystemet som periodontistmiljøene tok i bruk







fra 2018. Definisjonen på en livslang sykdom starter når minst to tenner som ikke står inntil hverandre har mistet 1-2 mm feste. Videre er det fire stadier og tre grader (3). Som en konsekvens av denne definisjonen skriver Bunæs at «nær alle over 65 år har sykdommen pga. akkumulert festetap gjennom aldring». Spørsmålet blir da på hvilket nivå av sykdommen systematisk behandling skal iverksettes og Helfo-stønad, eller en fremtidig offentlig finansiering, skal bidra til å begrense kostnadene for pasientene. Og ikke minst; ettersom sykdommen er livslang: Når skal det offentlige bidraget settes «på pause»?

Kasus

Kvinne, 58 år, henvist til spesialist i periodonti i 2010. I henvisningen heter det: «Mangeårig pasient i vår praksis. Godt hygienearbeide og en fin kooperasjon. Ved recall US påvises dramatisk utvikling i negativ retning mht. de periodontale lommer. Ønsker din hjelp mht. behandlingen av den marginale periodontitt.».

Bakgrunnen for dette vises på OPG ved stor bendefekt distalt for 47 og noe redusert benfeste posteriort i 1. kvadrant.

Ved rutinekontroll i allmennpraksis i 2013 tar tannpleier BWs. De viser moderat festetap ved tennene 16 og 17. 47 er fortsatt tilstede. I 2019 tas rotbilde av 47. Den er åpenbart å anse som tapt, ni år etter henvisningen. Var den kanskje tapt hele tiden, til tross for generell periodontittbehandling?

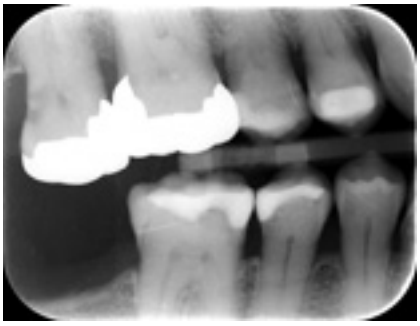
Ved rutinekontroll i 2022 er 17 i ekstrusjon pga. manglende antagonist. Festetapet er imidlertid fortsatt moderat.

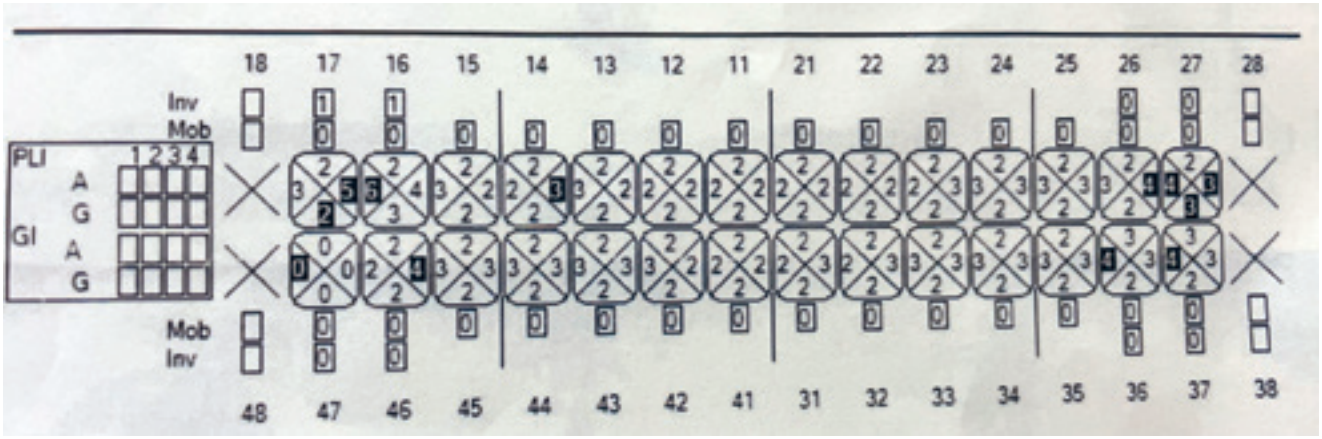
I epikrisen fra spesialisten i 2021, 11 år etter henvisningen, kan følgende leses:

Røntgen: «47 er ekstrahert. For øvrig stabile marginale benforhold siden siste rtg kontroll. Røntgenfunn 17 skygge cervikalt ses på OPG, utseende kan minne om rotresorpsjon. Bør utredes videre hos fast tannlege. Inf pas.

Diagnose: Periodontitt: Lokalisert, stadie III, grad A. ICD-10: K05.3 Kronisk marginal periodontitt.

Behandlingsplan: Fortsatt regelmessig depurasjon/periodontal støttebehandling ca. hver 4.-6. mnd. med fokus på molarregionen.





Pasienten innkalles til ny periokontroll om ca. 4 år, men kan settes opp tidligere ved behov.

Prognose: Usikker på sikt: 17, 27

Kommentar: Periodontalt stabilt og tilfredsstillende. Noe suboptimal plaquekontroll approksimalt og lingualt, og generelt noe gingival inflammasjon her. Forutsatt jevnlig periodontal støttebehandling forventes stabile forhold videre.

Sluttkommentar

Dette er selvsagt kun ett kasus og kanskje er det ikke representativt. Jeg har imidlertid sett flere liknende hva gjelder omfang av sykdommen.

Med unntak av 47 som gikk tapt, mest sannsynlig med lokale grunner til kronisk marginal periodontitt, kan det diskuteres om ordlyden i henvisningen fra 2010 harmonerte med virkeligheten. Den var relativt bombastisk. Pasienten er i dag 70 år. Dersom BWs tatt i 2013 og 2022 hadde vist undertegnedes tenner hadde jeg ikke opplevd meg selv som spesielt syk. Likevel forutsettes det at jeg skulle fått periodontal støttebehandling to til tre ganger årlig.

Regnskapstall fra Helfo viser en økning i utbetalinger knyttet til stønadspunkt 5a fra 234 374 millioner i 2013, til drøyt 565 784 i 2021. Dette er en økning på drøyt 141 %.

I starten (2002) kan det ha vært underforbruk av ordningen fordi såvel behandlerne som pasientene deres ikke var tilstrekkelig kjent med den. Men i 2013 burde ordningen være vel innarbeidet. Reflekterer økningen siden da at periodontitt har «rammet» det norske folk i stor skala? Kan det alternativt være at «akkumulert festetap gjennom aldring», eller ikke aktiv periodontitt, fortsatt behandles med stønad for sikkerhets skyld? («periodontal støttebehandling»). I så fall vil nok regnskapstallene fortsette å øke. Jeg underslår ikke at mange nordmenn har grader av periodontitt. Spørsmålet er om det er rimelig at staten skal være med å dekke kostnadene uten videre, eller om man bør kunne enes om en annen «sykdomsgrense» for stønadsfinansiert behandling. Da må nok både allmenntannleger og spesialister delta i samtalene. Dette handler ikke bare om statens kostnader gjennom Helfo. Det dreier seg også om pasientenes kostnader gjennom «mellomlegg» og opplevelse av å være syke, samt samfunnets/arbeidslivets kostnader gjennom fravær fra arbeid.

I det øvrige helsevesenet fungerer fastlegene i primærhelsetjenesten som «portvoktere» for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Tannhelsetjenesten er annerledes organisert, der mye av behandlingen, også blant allmenntannlegene, er en slags kombinasjon av primær- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg kommer tannpleierne som også har en åpenbar rolle med hensyn til behandlingen av sykdommen periodontitt. Tannhelsetjenesten er i dag uten en «portvokterfunksjon». Dersom det offentlige skal finansiere mer og munnhulen – som tannhelsetjenesten også ønsker – skal inkluderes i kroppen, må vi samtidig ta initiativ til å avklare når sykdom krever helsepersonellets innsats. Hvis ikke vil kostnadene vokse inn i himmelen.

REFERANSER

1. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oppnemning-av-utval-som-skal-gjennomga-tann-helsefeltet/id2924057/
2. Nor Tannlegeforen Tid. 2002; 112: DOI:10.56373/2002-2-10
3. Bunæs DF. Ny klassifikasjon av periodontal og periimplantat sjukdom. Nøkkelendringar. Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 132–7. DOI:10.56373/2019-2-6

VISSTE DU AT LITT GRØNNSAKER, FRUKT ELLER BÆR TIL HVERT MÅLTID FORT BLIR FEM OM DAGEN?
De fleste av oss vet at vi bør spise minst fem om dagen. Grønnsaker, frukt og bær er nødvendig uansett alder. Spiser du litt grønnsaker, frukt eller bær til hvert måltid, blir det enklere å nå målet. Det skal ikke så mye til. Med noen små grep blir det beste du vet litt sunnere.
SMÅ GREP, STOR FORSKJELL
facebook.com/smaagrep
Helsedirektoratet

Fra NTF • tidende

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen

Den norske tannlegeforening

NTFs næringspolitiske forum 2022

Engasjerte tillitsvalgte om et viktig tema

LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER, NTF

15. og 16. september 2022 ble det avholdt Næringspolitisk Forum på Grand Hotel i Oslo sentrum. Det er Sentralt Næringsutvalg (SNU) som er arrangør av forumet, og de inviterte er én styrerepresentant fra privat sektor fra hver av NTFs 21 lokalforeninger. I tillegg møtte NTFs president og deler av hovedstyret, et medlem av SNUs valgkomité, representanter fra NTFs sekretariat og NTFs valgkomité.

Lokalforeningenes representanter besto av en god blanding av praksiseiere og assistenttannleger i større og mindre tannklinikker. Leder for Sentralt Næringsutvalg, Terje Fredriksen, som også ønsket deltakerne velkommen og ga en orientering om hva utvalget har vært engasjert i og har arbeidet med inneværende år

Ny organisering og finansiering av tannhelsetjenesten? var det overordnede temaet for samlingen. Da Næringspolitisk Forum fant sted, hadde utvalget som regjeringen har oppnevnt til å gjennomgå tannhelsefeltet nylig avholdt sitt første møte. Det var naturlig nok knyttet stor spenning til president Heming Olsen-Bergems orientering fra det innledende møtet for det offentlig oppnevnte utvalget.

Gruppediskusjoner.

Utvalget skal foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, inkludert organisering, finansiering, rettigheter etter loven og reguleringer. Regjeringen har uttalt at den ønsker en gradvis utvidelse av den offentlige tannhelsetjenesten med mål om en likestilling med andre helsetjenester.

I løpet av de to dagene fikk deltakerne høre mer og debattere blant annet:

- Tannhelseutvalget – sammensetning og mandat
- Omstrukturering av tannhelsetjenesten – tannhelsetjenesten før, nå og i fremtiden?
- Oppgavefordeling i tannhelsetjenesten – må den være som i dag?

Gruppediskusjoner.

- Regulering av privat sektor – hva kan vi godta?
- Hva blir NTFs rolle?

Tannlege Arnt Einar Andersen holdt et interessant foredrag om endringer i privat tannhelsetjeneste. Politisk rådgiver i NTFs sekretariat, Christian Pollock Fjellstad, fulgte opp med perspektiver å ta med seg i det videre arbeidet på vei til fremtidens tannhelsetjeneste. Spesialrådgiver i NTFs sekretariat, Camilla Hansen Steinum, oppfordret deltakerne til en grundig debatt omkring NTFs ønsker for fremtidens tannhelsetjeneste, og vil i etterkant av møtet sammenfatte de tillitsvalgtes skriftlige og muntlige synpunkter etter gruppediskusjonene.

Møtet ble avsluttet med en plenumsdebatt som viste at det er stort engasjement for problemstillingene som er blitt behandlet på dette møtet blant lokale og sentrale tillitsvalgte i Tannlegeforeningen.

Arnt Einar Andersen snakket om endringer i privat tannhelsetjeneste.

Camilla Hansen Steinum oppfordret deltakerne til en grundig debatt om fremtidens tannhelsetjeneste.

Studietur til London

Tannhelseutvalget har endelig startet sitt arbeid med en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten. NTF har i lengre tid arbeidet med prosjektet «Fremtidens tannhelsetjeneste», og arbeidet fortsetter med full kraft.

CAMILLA HANSEN STEINUM, SPESIALRÅDGIVER, NTF

Vi vil bidra til å lage den beste tannhelsetjenesten for befolkningen og yrkesutøverne. Målet må være at alle skal ha god oral helse og at alle skal ha tilgang til nødvendige tannhelsetjenester. Men hvordan bør tannhelsetjenesten organiseres og finansieres i fremtiden? Hvordan skal vi sikre god samhandling og interaksjon med resten av helsetjenesten, til det beste for pasientene?

Oral helse på agendaen

Oral helse er på agendaen, også ute i verden. World Health Assembly (WHA) godkjente i slutten av mai en historisk WHO-strategi for oral helse. Norge har signert resolusjonen. Det betyr at vi er forpliktet til å arbeide med disse spørsmålene også her i landet.

Resolusjonen anerkjenner byrden orale sykdommer utgjør globalt og slår fast at det finnes store sosiale ulikheter innen munnhelse. Vedtaket bekrefter også at det finnes en sammenheng mellom orale sykdommer og andre ikke-smittsomme sykdommer slik som hjerte-karsykdommer, diabetes, kreft, overvekt m.m.

Med dette vedtaket oppfordrer WHO medlemsstatene til å adressere risikofaktorer, øke kompetansen hos tannhelsepersonell, og inkludere oral helse i arbeidet med universell helsedekning (UHC). Resolusjonen utfordrer også WHO om å utvikle en global strategi og handlingsplan for oral helse.

Studietur London

Det er viktig å hente inspirasjon og kunnskap andre steder. Hovedstyret,

og de som jobber med dette temaet i NTFs sekretariat tok derfor i oktober turen til London.

Første dagen var satt av til møter med British Dental Association (BDA). Der møtte vi Eddie Crouch, Martin Woodrow, Victor Chan og Ulrike Matthesius. De fortalte om sitt system, National Health Service (NHS) dental, som er på randen av kollaps. Pasientene betaler størstedelen av utgiftene selv, staten bare et lite tilskudd, og betalingen som tannlegene mottar for tjenesten er altfor lav, slik at en stor andel av tannlegene i England (ulike systemer i Storbritannia) nå går ut av NHS og over i helprivate praksiser. BDA jobber aktivt med å få endret dagens system, men det er krevende i en veldig uoversiktlig politisk situasjon.

Selv om systemet er svært ulikt det norske systemet var det nyttig å høre deres erfaringer, og vi hadde gode diskusjoner rundt organisering og finansiering av tannhelsetjenesten.

Dagen etter gikk turen videre til et fagseminar med Public Dental Health Department, University College London (PDHD/UCL). Der møtte vi Georgios Tsakos, Anja Heilmann og Paul Batchelor. Der fikk vi ulike foredrag som Public Health aspects of oral diseases, Epidemiological profile and Needs Assessment, Oral health Inequalities: Understanding the role of Social and Commercial Determinants og Oral Health Care systems: Delivery, Financing and Governance.

Eddie Crouch, Chair of British Dental Association, informerer om egenandelsbetalinger ved ulike behandlinger.

Georgios Tsakos, professor i Dental Public Health ved University College London, foreleser om oral helse, samfunnsøkonomi og livskvalitet.

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE
www.sykeavbruddskassen.no
TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening

Det ble en hektisk dag med mye informasjon og diskusjon. Dette er et av de ledende miljøene på disse spørsmålene og det var svært interessant å få kunnskap om hvordan de ser på disse temaene. De er veldig interessert i det arbeidet som nå skal gjøres i Norge av Tannhelseutvalget og vi har avtalt å holde kontakten med dem i det videre arbeidet.

Det finnes ikke et perfekt system

I det videre arbeidet blir det viktig å ha som mål å finne det beste systemet for oss. Det finnes ikke et perfekt system eller en perfekt tannhelsetjeneste. Vi må skape den tannhelsetjenesten som er best for oss – vårt eget unike system. Men på den veien blir det viktig å innhente kunnskap, lære og samarbeide med andre.

Det er også viktig å se helheten. Oral helse er en del av helsebegrepet, og tannhelsetjenesten en viktig del av helsetjenesten. Men helse skapes ikke i helsetjenesten, den skapes i samfunnet vi lever i og påvirkes i all hovedsak av det som foregår utenfor helsetjenesten. Derfor blir det også viktig å ha med seg det helsefremmende og forebyggende aspektet. Hvordan kan vi bidra til at alle får en så god oral helse som mulig og redusere behovet for behandling?

Veien videre

Det er mange viktige spørsmål å diskutere og mange avgjørelser som skal tas. Fremtidens tannhelsetjeneste har vært tema på flere av våre tillitsvalgtsamlinger allerede, og vil også være det fremover. NTF vil følge arbeidet i utvalget tett fremover og vi vil lage en plan for involvering av tillitsvalgte og medlemmer. Vi har også startet arbeidet opp mot neste representantskap som er et drøyt år unna. Der må foreningen vedta nye strategier og politikk.

Les mer om

Tannhelseutvalget:
https://www.tannlegeforeningen.no/arkiv/nyhetsarkiv/nyheter/2022-08-12-tannhelseutvalg-oppnevnt---et-steg-videre.html

WHO:
Les mer om resolusjonen på WHOs nettsted

Arbeidet til PDHD/UCL:
https://www.ucl.ac.uk/impact/case-studies/2022/apr/tackling-oral-health-inequalities-uk-and-globally

WHO global strategy on oral health:
https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/landmark-global-strategy-on-oral-health-adopted-at-world-health-assembly-75

Takk for i år!

NTFs LANDSMØTE

Tusen takk til deltakere og utstillere på årets landsmøte!

23. OKTOBER 2022
MEDECINS SANS FRONTIERES
LEGER UTEN GRENSER
TV-AKSJONEN NRK

I stedet for blomster til prisvinnere, hederstegnmottakere og foredragsholdere har vi valgt å gi en gave til årets TV-aksjon **"Sammen redder vi liv"** v/ Leger Uten Grenser & DNDi (The Drugs for Neglected Diseases initiative).

Les mer om aksjonen på **www.blimed.no**

Bilder og nyheter fra landsmøtet finner du på
www.tannlegeforeningen.no/landsmotet samt i Tidende 12/2022

NTFs symposium
2. – 3. mars 2023

TEMA:
Folketrygdens stønadsordning

– hvordan sikrer vi at pasientene får oppfylt sine rettigheter?

Moderatorer:
Camilla Hansen Steinum
& Torgils Lægreid

NTFs symposium 2023
– tilbake på Holmenkollen!

Hvilke muligheter gir folketrygdens stønadsordning og hvordan sikrer vi at pasientene får oppfylt sine rettigheter?

Igjen har vi gleden av å invitere alle medlemmer tilbake på et flott nyoppusset Holmenkollen Park Hotell. Tema for dette symposiet er alt du trenger å vite om folketrygdens stønadsordning.

- Hvordan sikrer vi at pasientene får oppfylt sine rettigheter?
- Hvilke refleksjoner må vi som behandlere gjøre underveis?
- Hvordan sikrer vi god nok dokumentasjon og tilstrekkelig journalføring?

Programmet tar for seg de sentrale kliniske fagområdene og gjennom kasuistikker vil alle de viktigste stønadspunktene bli belyst. Det vil bli oppsummeringer og diskusjoner, og deltakerne vil kunne stille spørsmål underveis og delta interaktivt gjennom avstemninger. I tillegg til de faglige foredragsholdere blir det et engasjerende åpningsforedrag av Thor Gotaas og representanter fra Helsedirektoratet og Helfo vil belyse sine roller. Dette er et tema som alle yrkesaktive tannleger må kunne godt og som vi vet engasjerer.

Vi må sette en deltakerbegrensning på 500 så ikke nøl med å melde deg på når påmeldingen åpner 1. desember.

For informasjon om fagprogram og forelesere se

www.tannlegeforeningen.no/Symposium2023

Den norske tannlegeforening

NTFs SYMPOSIUM

VELKOMMEN TIL FELLESSEMINAR 2023
SMERTE INNEN ODONTOLOGIEN

Dato: Fredag 27. og lørdag 28. januar 2023
Sted: Grand Hotel Oslo

Målgruppe: Tannlegespesialister

- **Smerteopplevelse hos angstfulle pasienter – hvordan kan den påvirkes?** v/ Maren Agdal (NSP)
- **Gjennom smerter til rette tenner** v/ Vaska Vandevska-Radunovic (NKF)
- **Radiologisk utredning ved orofacial smerte** v/ Stig Løvold & Xie-Qi Shi (NFKAR)
- **Smerter i den orofaciale regionen og mekanismer for utvikling av persisterende smerter fra et klinisk perspektiv** v/ Annika Rosén (NFOKOM)
- **"Lokalbedøvelse virker IKKE på meg" - er det innbilling?** v/ Harald Breivik (OUS)
- **Risiko for nye langvarige ("kroniske") smerter etter oralkirurgi/kjevekirurgi** v/ Harald Breivik (OUS)
- **Smerter fra tenner - er disse spesielle?** v/ Sivakami Rethnam Haug (NEF)
- **Smerter og komorbiditet ved "defekt-protetikk"** v/ Hannu Larsen (NFOP)
- **Periodontale tilstander som kan forårsake oro-faciale smerter** v/ Kristin Kolltveit (NPF)
- **Ikke-medikamentell lindring av smerte** v/ Borrik Schjødt (Haukeland US)
- **Nasjonal behandlingstjeneste for uavklarte smerter i ansikt og kjever** v/ Trond Berge (UiB)
- **Spesialistutdanningenes fremtid** v/ TkØ / UiO / UiB / UiT / NTF

Påmelding gjøres via
www.tannlegeforeningen.no/TSF

Påmeldingsfrist: 10. januar 2023

Norsk spesialistforening i pedodonti

Vestlandsmøtet 2023

GRIEGHALLEN

STIFTET 1891

12.-14. JANUAR 2023

Bergen Tannlegeforening

PÅMELDING FRA 3. NOVEMBER 2022

www.bergentannlegeforening.no

Arbeidsliv

Tannlegens delegering av oppgaver, lokalanestesi

SILJE STOKHOLM NICOLAYSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF

Samarbeidet mellom tannlege og tannhelsesekretær er drivverket i en tannklinikk, og det er svært viktig å ha gode og omforente retningslinjer slik at det ikke er tvil om arbeidsfordelingen. Delegering må aldri gå på bekostning av pasientsikkerheten. NTF har i det siste fått henvendelser om oppgaven med å sette anestesi på pasienten kan utføres av tannhelsesekretæren.

Krav til faglig forsvarlighet

Det følger av helsepersonelloven § 4 at helsepersonell, herunder tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer, skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Med kvalifikasjoner siktes det til både formelle og reelle kvalifikasjoner, det vil si helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering, men forsvarlighetskravet tilsier at det enkelte helsepersonell vurderer om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å utføre oppgaven.

Tannleger har gjennom sin profesjonsutdanning med spesifikke fagmål og eksamen i farmakologi tillatelse til selvstendig å kunne gi odontologisk lokalanestesi. Denne oppgaven krever nødvendige og omfattende kvalifikasjoner både med hensyn til medisinsk, farmakologisk og odontologisk kompetanse; herunder kunnskap om anatomi, anafylaktisk sjokk m.v., og også praktiske ferdigheter med å arbeide i munnhulen. Tannhelsesekretærer får ikke samme kunnskap om lokalanestesi gjennom sin grunnutdanning, og har dermed ikke de nødvendige kvalifikasjonene til å sette lokalanestesi. Helsedirektoratet har ikke vurdert innholdet i eventuelle kurs i lokalanestesi som gis eller er blitt gitt til tannhelsesekretærer, men uttaler på generelt grunnlag at et kurs alene vanskelig vil kunne gi tannhelsesekretærer nødvendige kvalifikasjoner til å sette lokalanestesi på en faglig forsvarlig måte eller med selvstendig ansvar.[1]

Krav til bruk av medhjelper

Helsepersonell kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølgning som gis. Det følger av helsepersonelloven § 5, som gir tannleger rett til å overlate bestemte oppgaver i en odontologisk behandlingssituasjon til annet helsepersonell. Medhjelpere skal være underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.

Spørsmålet er da om tannhelsesekretæren kan sette lokalanestesi når dette gjøres med hjemmel i helsepersonelloven § 5 om bruk av medhjelpere. Om det er forsvarlig å overlate en oppgave til en annen, skal bedømmes ut fra kvalifikasjonene til den man overlater oppgaven til. Det forutsettes at vedkommende har de *nødvendige* kvalifikasjonene til å utføre oppgaven forsvarlig, selv om vedkommende ikke har *formelle* kvalifikasjoner. Der tannhelsesekretæren er medhjelper, har vedkommende fortsatt et selvstendig ansvar for å opptre faglig forsvarlig, jf. helsepersonelloven § 4.

Tannhelsesekretæren som er medhjelper må foreta en selvstendig vurdering av om vedkommende har tilstrekkelige kvalifikasjoner til at det er forsvarlig å påta seg oppgaven. Dersom tannlegen skal benytte tannhelsesekretæren som medhjelper, må tannlegen først sikre at tannhelsesekretæren har de nødvendige kvalifikasjonene for å utføre oppgaven tannlegen har overlatt til tannhelsesekretæren (forhåndskontroll). Dette består i å forvisse seg om at tannhelsesekretæren har reelle kvalifikasjoner og at eventuell nødvendig opplæring blir gitt. Et kurs kan være et sentralt element i en slik opplæring, men det er tannlegens ansvar å sørge for at hjelpepersonellets kompetanse er god nok. Videre må tannlegen gi nødvendige instruksjoner og føre et visst tilsyn med tannhelsesekretæren under utførelsen av oppgaven (løpende kontroll). Dette innebærer at tannlegen må være tilgjengelig for å gi råd, veiledning, instruksjoner og oppfølging underveis. Behandling av pasienter med legemidler krever kompetent pasienttilsyn, og det er derfor viktig at tannlegen er tilgjengelig for å observere pasienten og tannhelsesekretæren. Med bakgrunn i dette,

1 Brev til Norsk tannpleierforening, 17/2706-3

mener Helsedirektoratet at tannhelsesekretærer kun helt unntaksvis kan brukes som medhjelpere og assistere tannlegen med å sette lokalanestesi, dersom både tannlegen og tannhelsesekretæren forsikrer seg om at tannhelsesekretæren har de nødvendige kvalifikasjonene, og dersom tannlegen er tilgjengelig for løpende kontroll med oppgaven.

Hvem har ansvaret der en skade oppstår?

En vurdering av konkret sak om forsvarligheten i å delegere deler av behandlingen til hjelpepersonell er Statsforvalterens og Helsetilsynets anliggende. En gjennomgang av tilsynssaker viser at Helsetilsynet har gitt advarsler til den som delegerer ansvaret dersom vedkommende ikke er til stede for å gi råd og veiledning underveis, og til hjelpepersonell der denne har gått ut over sin kompetanse og myndighet, og selv vurdert og tatt beslutning om behandling.

Hvis pasienten krever erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE), er det normalt av mindre praktisk betydning hvor ansvaret plasseres siden tannhelsesekretærer som er involvert i behandlingen av pasienter skal være meldt inn i ordningen.

MER ENN 30 ÅR I NORGE

SURGITEL® **LUPER**

Surgitel er best i test og har fremstilt presisjonsoptikk siden 1932. Deres lange erfaring gir seg uttrykk i markedets beste luper og de er også best i test når det gjelder vekt – kun 20 g. SurgiTel-luper fås i både FLM og TTL montert på Oakley innfatning.

Norsk Orthoform Depot as
ETABL. 1930
DENTALARTIKLER

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

Spør advokaten

Kan tannhelsesekretæren være selvstendig næringsdrivende?

DAG KIELLAND NILSEN, ADVOKAT I NTF

Jeg må finne meg ny tannhelsesekretær og fikk spørsmål fra en kandidat om det var greit at hun da kunne være selvstendig næringsdrivende? Jeg ser at dette kan være lønnsomt for min virksomhet, men er usikker på om dette er riktig.

Svar:

Vi mener det er uforenlig med sekretærens arbeidsoppgaver og behovet for styringsrett over sekretæren at denne skal være selvstendig næringsdrivende.

Sekretæren vil i realiteten ikke kunne «opptre som selvstendig næringsdrivende». Selvstendig næringsdrivende, oppdragstaker, står i utgangspunktet fritt til selv å regulere når vedkommende skal arbeide og når vedkommende skal ta fri. En oppdragstaker kan kun i begrenset omfang være underlagt oppdragsgivers styring og kontroll.

Hvis sekretæren skal være oppdragstaker kan ikke sekretæren jobbe slik sekretærer er ment å jobbe. Du vil ikke kunne ha styringsrett ovenfor vedkommende.

Dette vil sannsynligvis også oppfattes som omgåelse av en arbeidstakers rettigheter.

Overfor myndighetene vil det også være realitetene som avgjør, ikke hva dere formelt har avtalt. Det vil være over-/underordningsforholdet som her er avgjørende, ikke avlønning. Sentralt er også at sekretæren har personlig arbeidsplikt.

Som arbeidsgiver har du også en klar plikt til å sørge for at Arbeidsmiljølovens bestemmelser overholdes. Det følger av arbeidsmiljøloven § 2-1 at «*Arbeidsgiver skal sørge for at bestemmelsene gitt i og i medhold av denne lov blir overholdt.*.»

Det å konstruere dette slik at sekretæren skal være selvstendig næringsdrivende vil etter vårt syn også være i strid med denne bestemmelsen.

HELSEPERSONELL?

Beskytt deg selv, pasientene og dine nærmeste mot influensa

Ta influensavaksinen!

fhi.no/influensavaksine

FHI
Folkehelseinstituttet

ILLUSTRASJON: RACECAR

Helsedirektoratet

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

Aust-Agder Tannlegeforening
Marianne Haug Grønningsæter
tlf. 90 14 76 29
mariannehaug@hotmail.com

Erik Nilsen
er-nils2@online.no

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist
tlf. 995 62 420

Buskerud Tannlegeforening
Anna Karin Bendiksby,
annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening
Lisbeth Thomsen
lthomse@online.no

Haugaland Tannlegeforening
John Magne Qvale,
johnqvale@getmail.no

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening
Anke Bolte,
tlf. 41 16 40 17
anke.bolte@innlandetfylke.no

Nordland Tannlegeforening
Connie Vian Helbostad,
conhel@nfk.no
tlf. 93 82 80 00

Åse Reinfjord,
aase@tanntorget.no

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening
Bjørn T. Hurlen,
tlf. 90 65 01 24
bjorn@ingenhull.no

Eva Thingvold,
tlf. 41 41 88 47

Nord-Trøndelag Tannlegeforening
Fafavi Sandra Boubou Pedanou
tlf. 95 13 78 91
sandra.pedanou@yahoo.com

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

Oppland Tannlegeforening
Pål Vidar Westlie,
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening
Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

Aleidis Løken,
tlf. 91 88 29 21,
aleidisll@online.no

Rogaland Tannlegeforening
Knut Mauland,
tlf. 90 87 08 99

Mona Gast
Mona@tsmg.no

Romerike Tannlegeforening
Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

Asgeir Grotle-Sætervoll
tlf. 91 19 11 83
asgeirg@icloud.com

Nureena Khan
nureena-95@hotmail.com

Sogn og Fjordane Tannlegeforening
Synnøve Leikanger,
s.leikanger@gmail.com
tlf. 46 91 80 63

Jon-Reidar Eikås,
tlf. 95 94 55 28

Sunnmøre Tannlegeforening
Siv Svanes,
tlf. 997 48 895
siv.svanes@gmail.com

Hege Leikanger,
tannlege@leikanger.as
tlf. 48 24 92 92

Sør-Trøndelag Tannlegeforening
Unni Merete Køste
unnko@trondelagfylke.no

Morten Nergård,
tlf. 95 05 46 33
m-energ@online.no

Telemark Tannlegeforening
Kari Nesse,
tlf. 90 10 43 45,
kari.nesse@outlook.com

Troms Tannlegeforening
Elsa Sundsvold,
ehi-sund@online.no

Ninni Helen Haug
tlf. 97 09 11 67
ninih@online.no

Vest-Agder Tannlegeforening
Alfred Gimle Ro,
alro@online.no

Vestfold Tannlegeforening
Gro Monefeldt Winje,
tlf. 97 76 54 95
gromwinje@gmail.com

Einar Trægde Nørstebø,
tlf. 90 92 77 63
einar@tannhelse.no

Østfold Tannlegeforening
Rune Henriksen Bones
tlf. 93 89 79 83

Tore-Cato Karlsen,
tore.karlsen@privattannlegene.no

Kontaktperson i NTFs sekretariat
Lin Muus Bendiksen
Tlf. 22 54 74 00
lin.bendiksen@tannlegeforeningen.no

Snakk om etikk

Konflikter mellom tannleger ved overdragelse av klinikk

SILJE STOKHOLM NICOLAYSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF

Etikkrådet har i senere tid fått flere henvendelser i forbindelse med kjøp og salg av tannlegepraksiser, og dermed overdragelse av pasientarkiv.

Den som overtar pasientarkivet gjør nesten alltid en henvendelse til pasientene.

Pasientarkivene inneholder ofte navn på pasienter som har vært innom praksisen gjennom flere års drift. Ikke alle som er registrert i arkivet har en recallavtale med tannlegen. Mange kan etter hvert ha skiftet tannlege, og er tilknyttet en annen tannlegepraksis.

Den som kjøper eller overdrar pasientarkivet er naturlig nok opptatt av å få mest mulig igjen for sine investeringer.

Denne problemstillingen fører ofte til konflikt mellom tannleger.

Recall-avtaler reguleres av de etiske reglene § 6 a. Bestemmelsen lyder:

«Innkalling, varsel eller annen personlig henvendelse til pasienter kan bare gjøres hvis det på forhånd er gjort avtale om dette, med mindre annet følger av offentlige bestemmelser. En tannlege må ikke sende ut reklame til pasienter som er på recall-liste uten at det er inngått avtale om dette.»

Det er altså ikke lov å sende innkalling til pasienter med mindre man har gjort en avtale om dette. Pasienter har fritt tannlegevalg etter de etiske reglene § 6. Det bør derfor sendes ut informasjon til recallpasienter om at vedkommende har fått ny tannlege, slik at det ikke kommer som en overraskelse på pasientene når de kommer til timeavtale.

Etikkrådet har foretatt en prinsipiell vurdering om at recall går ut på dato dersom tannlegen ikke gjør noe aktivt for å vedlikeholde avtalen. Det vil innebære at dersom en slutter å kalle inn en pasient i det avtalte intervallet, opphører avtalen.

Tannlegen som har avtalen har ansvaret for å kalle inn pasienten innenfor avtalt tid. Pasienten kan ikke pålegges noen plikter i denne sammenheng, som å måtte si fra til tannlegen dersom en ikke ønsker å stå på listen lenger.

I praksis kan det oppstå et problem der en overdratt pasientportefølje inneholder navn på pasienter som ikke er blitt kalt inn på lenge, og har begynt hos en annen tannlege. Ved salg av pasientportefølje må listen vaskes, slik at bare aktive recallavtaler fremgår. Slik unngår man å forvirre pasienter, som ellers risikerer å bli kalt inn til feil tannlege.

Det understrekes at NTFs etikkråd ikke kan ta stilling til de konkurransemessige forholdene mellom medlemmer i denne sammenheng, men at det er svært viktig at listevaskingen gjennomføres. Kontakt gjerne journalleverandøren for å få bistand til å gjennomføre denne oppgaven. Å sende informasjon til pasienter som ikke er på recall er brudd på de etiske reglene, og skaper problemer for både pasienter og den tannlegen som pasienten går til.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

18. nov	**Oslo**	Bondet protetikk anno 2022 OTF
24.–25. nov	**Nordland**	Henningsværkurset
25.–26. nov	**Stavanger**	Novemberkurs Rogaland TF
2.–3. des	**Haugesund**	Julekurs Haugaland
6. des	**Oslo**	Tannhelsepolitisk debatt OTF

2023

16.–19. jan	**Oslo**	Videreutdanningskurs lystgass
27.–28. jan	**Oslo**	TSF Fellesseminar 2023
31. jan	**Oslo**	Radiologi i allmennpraksis OTF
10.–11. feb	**Trysil**	Trysilkurset
2.–3. mars	**Oslo**	NTFs symposium
15.–16. juni	**Tromsø**	NTFs Midnattssolsymposium
2.–4. nov	**NOVA Spektrum, Lillestrøm**	NTFs landsmøte og Nordental
24.–25. nov	**Gardermoen**	NTFs representantskapsmøte

Andre kurs, møter og aktiviteter

16.–18. nov	**Gøteborg**	Odontologisk Riksstämma
17.–18. nov	**Oslo**	Statsseminar
23.–24. nov	**Oslo**	Hovedstyremøte
24.–25. nov	**Gardermoen**	Pasientsikkerhetskonferansen
24.–25. nov	**Oslo**	NTFs ledermøte
2. des	**Oslo**	Møte SNU
8.–9. des	**Oslo**	Møte FEU
8.–9. des	**Oslo**	Møte SF
9.–10. feb	**Svolvær**	NOFOBI vinterseminar
3.–4. mars	**Antwerpen**	EFP Masterclinic

Våren 2023 holdes følgende TSE-moduler

Modul	Sted	Tid
Modul 7 Restorativ behandling	Telemark	Ikke fastsatt datoer
Modul 8 Spes. faglige utfordringer	Nord-Trøndelag	1. og 2. februar og 26. og 27. april
Modul 9 Endodonti	Haugaland	5. og 6. januar og 9. og 10. mars
Modul 10 Periodontale sykdommer	Troms	16. og 17. februar og 23. og 24. mars

Les mer om de ulike modulene på www.tannlegeforeningen.no/TSE

HUSK NTFs NETTKURS!

Kursene er gratis og teller 2 timer i NTFs etterutdanningssystem

- Folketrygdens stønadsordning
- Smittevern
- Strålevern
- Etikk
- Bivirkninger fra odontologiske biomaterialer
- Kjøp og salg av tannklinikk
- HMS for leder

Full oversikt over tilgjengelige nettkurs finner du på
www.tannlegeforeningen.no/nettkurs

NTFs NETTKURS

MedDentCare
TANN & HELSE

Vi prioriterer din henvisning. Avansert endodonti, smerteutredning, CBCT, apikal kirurgi og behandling under narkose.

Hoffsveien 16, 0275 Oslo | Tel. 22 20 02 22 | post@meddentcare.no | www.meddentcare.no

Tannlege Arash Sanjabi DDS MNTF, spesialist i endodonti

Økt satsing på kontroll med helserefusjoner

Riksrevisjonen har 27. oktober offentliggjort en rapport hvor de har gjennomgått Helfo sitt arbeid med etterkontroll av refusjoner, altså av de utbetalinger som fastleger, fysioterapeuter, tannleger og andre helseaktører har krav på etter gjennomført behandling, Skriver Helsedirektoratet. Helfo er en ytre etat under Helsedirektoratet.

Kravene om refusjon blir gjenstand for omfattende kontroll på ulike nivå. I sum handler alt Helfo jobber med om at de riktige kravene blir riktig opplyst, og fører til riktig utbetaling. Dette skjer blant annet ved hjelp av automatiske system. Disse systemene identifiserer i tillegg aktører hvor det foreligger høy risiko for alvorlig feilbruk, som igjen blir gjenstand for etterkontroller.

Riksrevisjonen kommer med sterk kritikk av at det foretas for få slike etterkontroller. Helsedirektoratet tar kritikken til etterretning.

Etterkontroller er ressurskrevende og krever blant annet innhenting av dokumentasjon og ivaretakelse av viktige rettssikkerhetsprinsipper gjennom grundig utredning og saksbehandling. Å åpne en nærmere undersøkelse må være veloverveid. Derfor er refusjoner til helseaktører basert på et tillitssystem, sammenlignbart med skatteinnberetning, hvor det alltid vil være en avveining hvor mye ressurser som skal gå til etterkontroll kontra hvor høy tillit man skal ha til brukerne av systemet. Helsedirektoratet deler imidlertid Riksrevisjonens vurdering om at etterkontrollen må styrkes.

Foto: YAYImages

– Det er viktig å understreke at misbruk av systemet på ingen måte kjennetegner norske helseaktører. Helfos kontrollsystem har vist seg svært treffsikkert i å identifisere de som ikke følger reglene, blant annet fordi det er investert mye i systemer og kompetanse for å avdekke misbruk de siste årene. Framover vil jobben derfor være å øke innsatsen ytterligere for å etterkontrollere og sanksjonere overfor de aktørene som kontrollsystemet fanger opp, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

tilbakeblikk

1922

Konjak- og hetvinskvoter

«I anledning av rundskrivelse fra Departementet for sociale saker av 21. august 1922, hvori gjøres opmerksom paa at tandlæger til bruk under operativ virksomhet kun har adgang til at rekvirere *enten* 4 halve flasker konjak eller 1/1 flaske hetvin eller 200 gr. spiritus pr. mnd. skal meddeles at forholdet for hetvinens vedkommende vil bli rettet i den nye receptlov, som forhaabentlig snart vil se dagens lys. I denne er nemlig foreslaat at 1/1 flaske hetvin skal ækvivalere ½ flaske konjak.»

Tidende nr. 8, oktober 2022

1972

Om forebygging

«Kjøp sunn mat, seier tannlegane. Tru om søtsakene blir lagt ut for salg til skrekk og åtvaring slik at folk/barn skal forstå og velja sunn kost? Lite truleg. (…)

Innafor eit slikt opplegg som *forutset* at folkesetnaden har eit høgt sukkerforbruk, skal tannlegane, kvar på sitt kontor, og etter høve, arbeida med profylakse. Den einskilde tannlegen arbeider med den einskilde pasienten (skoleklassar, møtelyder, o.s.b.) og han synes å tru (?) at problemet karies kan løysast dei i mellom: «Nå må du ikkje … og vera flink å …».

Dei andre er berre så mykje flinkare, deira opplegg fungerar overfor alle, automatisk, alltid.»

Fra leserinnlegget «Ingen karamellar i 1980?» Tidende nr. 9, november 1972

2012

Hvorfor flytte?

Tannlegeforeningens sekretariat flyttet til Haakon VIIs gate 6 i Vika den 22. oktober. Villaen i Frederik Stangs gate 20 på Frogner i Oslo ble ansett som ikke egnet lenger. Mange medlemmer spør seg hvorfor.

Og nå spør vi generalsekretæren i Tannlegeforeningen, Richard R. Næss:

– Hvorfor flytte NTFs sekretariat?

– Vi flyttet for det første for å få omgivelser som gir oss en effektiv og god organisasjon. NTF er en liten forening med mange oppgaver. Det er derfor viktig at vi samarbeider godt internt. I den sammenheng må vi jobbe tett på hverandre og ikke sitte i kroker og bak hjørner hvor vi ikke ser hverandre.

Tidende nr. 10, november, 2012

Feirer 25 år med medlemsrekord

I oktober var det 25 år siden Akademikerne ble stiftet. Samtidig setter hovedorganisasjonen ny medlemsrekord med over 250 000 medlemmer. — Vi startet som en sterk stemme med nye politiske løsninger. Det er vi fremdeles et kvart århundre senere, sier nyvalgt leder Lise Lyngsnes Randeberg.

Akademikerne er den raskest voksende hovedorganisasjonen på arbeidstakersiden med nesten 10 000 nye medlemmer siden nyttår. Det samlede medlemstallet for de 13 medlemsforeningene i Akademikerne er nå 253 107, viser en ny telling.

– Det er en milepæl å nå 250 000 medlemmer, og vi setter pris på hvert eneste nytt medlem. Jo flere medlemmer, jo sterkere er vi, sier Randeberg.

Akademikerne har siden oppstarten hatt påvirkning på norsk politikk gjennom treparts-samarbeidet og den offentlige debatten, og jobber for medlemmenes interesser og at deres kompetanse forvaltes til samfunnets beste.

– En godt utdannet befolkning er Norges største konkurransefortrinn. Det er kunnskap og kompetanse som er vårt gull. Vi jobber for at det skal lønne seg å ta utdanning og at Norge utvikler seg som kunnskapsnasjon, sier Randeberg.

Det var Akademikernes lønnspolitikk som var utgangspunktet for stiftelsen i 1997. Akademikerne har fått gjennomslag for modernisering av lønnsforhandlingene i offentlig sektor. Gjennom lokale, kollektive lønnsforhandlinger sikres god lønnsutvikling for arbeidstakere som har investert i lang utdanning.

– Vi mener at det er de lokale partene som kjenner forholdene best på arbeidsplassene. De kjenner behovet og mulighetene. Derfor får vi best resultater når lønnen forhandles av lokale tillitsvalgte. Det er tillitsreform i praksis, sier Randeberg.

Opp igjennom årene har Akademikerne blant annet vært med å sørge for å bevare sykelønnsordningen for arbeidstakere og en forbedring av sykelønnsordningen for næringsdrivende. Akademikerne har også vært sentrale i å utforme avtalen om inkluderende arbeidsliv slik at den er rettet mot forebygging fremfor reparasjon.

– En av våre største samfunnsutfordringer er å hindre utenforskap og sørge for at flest mulig bidrar til fellesskapet ved å stå i jobb. Dette arbeidet er viktig både for den enkelte og for samfunnet.

Onsdag 19.oktober markerte Akademikerne 25-årsjubileet med konferanse på Hotel Bristol i Oslo.

Fakta om Akademikerne

Akademikerne er en av de fire hovedorganisasjonene på arbeidstakersiden.

- Representerer til sammen 253 107 medlemmer i 13 medlemsforeninger (tall oktober 2022).
- Akademikerne ble stiftet i 1997 og organiserer høyt utdannede med mastergrad eller mer.
- Akademikerne forhandler lønn og arbeidsvilkår for medlemmer i offentlig sektor, og jobber politisk for medlemmenes felles interesser.
- Medlemsforeningene er Arkitektenes fagforbund, Legeforeningen, Tannlegeforeningen, Veterinærforeningen, Econa, Juristforbundet, Krigsskoleutdannede offiserers landsforening, Naturviterne, Norsk Lektorlag, Psykologforeningen, Samfunnsviterne, Samfunnsøkonomene og Tekna.
- Akademikerne har hatt en medlemsvekst på 86 prosent fra 2007 til 2022. Til sammenlikning hadde LO 17 prosent, Unio 45 prosent og YS 12 prosent.

TECHNOMEDICS
KVALITET & KOMPETANSE

QuietOn2
Aktiv støydemping

Viktig HMS-tiltak for alle som jobber på tannklinikken.
www.technomedics.no/quieton

Froggymouth
Orofacial myofunksjonell opplæring

Få tungen i rett posisjon og oppnå stabilitet av kjeveortopedisk behandling.
www.technomedics.no/froggymouth

Fi-P
Gutta-cut

Trådløs, lett og stabil gutta-cut til en svært hyggelig pris.
www.technomedics.no/fi-p

TECHNOMEDICS
mail@technomedics.no
tlf. 69 88 79 20

Kunngjøring om ekstraordinært opptak til spesialistutdanning i pedodonti med studiestart høsten 2023

Det er to ledige plasser ved spesialistutdanningen i pedodonti, ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Oppstart er august 2023.

Spesialistutdanning i pedodonti er prioritert og Helsedirektoratet støtter utlysning av to studieplass og opptak av to kandidater, såfremt at kandidatene vurderes av UiO og Nasjonal opptakskomite for spesialistutdanning i odontologi (NOS) til å oppfylle kravene for opptak i henhold til Rangeringsinstrukser ved vurdering av søkere til spesialistutdanning i odontologi.

Helsedirektoratet gir tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning i pedodonti for tannleger som har avtale med offentlig arbeidsgiver og tilskudd til etablering av stillinger for spesialister i pedodonti i offentlig tannhelsetjeneste

Utdanningsprogrammet er basert på heltids studium over tre år. De generelle opptakskravene er bestått odontologisk grunnutdanning og to års erfaring fra allmennpraksis. I helt spesielle tilfeller kan det dispenseres fra kravet om to år (jf. Spesialistreglene).

Søknad og opptak

Søknad sendes via Søknadsweb. Den må inneholde CV, skjema for oversikt over praksis og kurs (både arbeidserfaring, kursdeltagelse, eventuelle publikasjoner og annen meritterende virksomhet) samt attesterte kopier av vitnemål og norsk autorisasjon. Anbefaling fra ledelsen i tannhelsetjenesten må være årsfersk og vedlegges søknaden.

Søknads- og dokumentasjonsfrist er **30. desember 2022**. Søknaden og relevant dokumentasjon i pdf-format legges inn elektronisk via Søknadsweb. Ufullstendige søknader og sendt på annen måte enn via Søknadsweb blir ikke vurdert. Ved spørsmål ta kontakt med studieseksjonen ved Det odontologiske fakultet studiekonsulent(at)odont.uio.no.

I 1893 ble landets første skole for tannlegeundervisning, Statens poliklinik 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

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

tidende

Frister og utgivelsesplan 2022/2023

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
~~11~~	~~14. oktober~~	~~18. oktober~~	~~17. november~~
12	11. november	15. november	15. desember
		2023	
1	1. desember '22	6. desember '22	12. januar
2	13. januar	17. januar	16. februar
3	9. februar	14. februar	16. mars
4	2. mars	7. mars	13. april
5	13. april	18. april	19. mai
6-7	4. mai	12. mai	15. juni
8	8. juni	13. juni	17. august
9	10. august	15. august	14. september
10	14. september	19. september	19. oktober
11	13. oktober	17. oktober	16. november
12	9. november	14. november	14. desember

STILLING LEDIG

HALDEN, UTLEIE AV BEHANDLINGSROM.

Klinikk i Halden sentrum søker selvstendig tannlege med egne pasienter, eller tannlege som vil bygge opp portefølje. Vi har ledig behandlingsrom som står klart til å ta imot pasienter.

Kontakt: haldentannregulering@hotmail.com

ASSISTENTTANNLEGE SØKES TIL TANNKLINIKK PÅ KLØFTA

Vi søker tannlege i 80-100% stilling med oppstart mars/april.

Klinikken har eksistert på Kløfta siden 1957. Ny tannlege vil overta en veletablert pasientliste. Vi har fire behandlingsrom og OPG. Per idag er vi tre tannleger og tre tannhelsesekretærer. Søkere må ha norsk autorisasjon. Send søknad og CV til post@ktannlege.no innen 11.12.22. For spørsmål send epost eller ring 63980119.

DENTALCITY

Søker tannlege i heltid/deltid stilling som kan jobbe selvstendig. Vi har flere moderne avdelinger i oslo med gode muligheter. Oppstart fra nov. 2022 eller etter avtale.
Søknad sendes på mail tannlegers@gmail.com eller kontakt 41238950

ENSJØ TANNKLINIKK

Ensjø Tannklinikk søker oralkirurg én dag i måneden. Vi er en allmennpraksis med tre tannleger. Tiltredelse snarest. Ta kontakt pr e-post post@ensjotannklinikk.no eller tlf 93417744

TANNKLINIKKEN VALESTRAND, OSTERØY

Søker tannlege 3 dager per uke i veletablert praksis

For tiden arbeider 2 tannleger ved klinikken som ligger ca. 20 minutter fra sentrale områder av Åsane i Bergen.

Vi søker hyggelig kollega med norsk autorisasjon og noe erfaring fra tidligere tannlegepraksis.

Av utstyr kan nevnes 3 behandlingsrom hvor for tiden 2 rom er i bruk. I tillegg består klinikken av venterom, pasient- og personaltoalett, lite laboratorium, sterilrom, motorrom samt personalrom - totalt ca 150 m2.

Av utstyr nevnes: Opus, digital røntgen, nyere OPG, mikroskop.

Det vil bli mulighet for overtakelse av tannklinikken etterhvert pga. overgang til pensjonisttilværelse for den ene tannlegen.

Vennligst ta kontakt, gjerne med CV og referanser, til tannvalestrand@gmail.com (helst), eventuelt 56394400

ÅLESUND

BLINDHEIM TANNLEGESENTER AS søker tannlege i 50-100% stilling fra vinter 2023.

Søker engasjert, kvalitetsbevisst og omgjengelig kandidat.

Krever norsk autorisasjon, og må beherske norsk munntlig og skriftlig.

Vi er moderne klinikk med 4 tannleger og oral kirurg tilknyttet.

Syv behandlingsrom.

En av tannlegene flytter fra byen, og vi har da en pasientliste tilgjengelig.

God pasient tilgang.

Søknad med cv sendes: frode.mork@mimer.no.
Eller post@blindheimtann.no

TANNLEGE 100% SØKES I FREDRIKSTAD

Vi på DVI Tannklinikk i Fredrikstad søker etter tannlege til 100% stilling til vårt team. Moderne, velutstyrte lokaler med OPG-maskin og tilhørende tannteknisk laboratorium.

Du vil jobbe med en annen allmennpraktiserende tannlege, samt samarbeide tett med spesialist i periodonti, oral kirurg og tanntekniker. 100% portefølje + muligheter for partnership.

Send søknad og CV til: post@dvitannklinikk.no.

tidende

TIDENDE SØKER VITENSKAPELIG REDAKTØR

Er du vitenskapelig ansatt ved et av de odontologiske lærestedene? Har du interesse for alle sider av odontologifaget og for vitenskapelig publisering? Har du tilgang til et stort faglig nettverk?

NTFs Tidende vil ansette vitenskapelig redaktør i 20 prosent stilling, med tiltredelse i 2023.

Arbeidet består i å førstehåndsvurdere innkomne manuskripter, identifisere fagfeller, kommunikasjon med fagfeller og forfattere samt ferdigstillelse av vitenskapelige artikler, kasuspresentasjoner og annet fagstoff til Tidende.

Ta kontakt med Tidendes ansvarlige redaktør, Ellen Beate Dyvi, for ytterligere informasjon:
ellen.beate.dyvi@tannlegeforeningen.no, 99 29 57 54

- Oral kirurgi
- Oral medisin
- Implantat
- Benoppbyggning og bentransplantasjon
- Bløtvevsplastikk
- Tanntransplantasjon
- Kjeve og ansiktsradiologi
- Intravenøs sedasjon og medisinsk overvåking
- Oral protetikk

Velkommen til Oralkirurgisk Klinikk!

Oralkirurgisk Klinikk er en spesialistklinikk med mer enn 30 års erfaring. Våre spesialister tar imot henvisninger for behandling eller vurdering og utredning innen vårt fagområde.

Våre spesialister

Oral kirurgi og oral medisin:
Dagfinn Nilsen
Erik Bie
Johanna Berstad

Oral protetikk:
Jørn Aas

Anestesilege:
Dr. Odd Wathne

Sentralt beliggende på Majorstua

Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A
0369 Oslo

post@oralkirurgisk.no
+47 23 19 61 90

Vi på Oralkirurgisk Klinikk ønsker alle en riktig god sommer!

ORALKIRURGISK
KLINIKK

oralkirurgisk.no
orisdental.no

TURBIN MED UNIKT LYS

SKYGGEFRITT MED 5 X LED

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

synea VISION

Produksjon: Aksell AS