

tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
132. ÅRGANG · #3 · 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



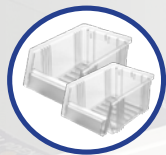
NYHET! Full Lagerstyring

- 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, gjennomsliktige bokser som gir god oversikt på lageret, dersom du ønsker bokssystem.

225–312**226** Siste nytt først**228** Leder

Fordøm, og ikke fordøm

231 Presidenten har ordet

Munnhelsearbeider

232 Vitenskapelige artikler

232 Ole Iden, Ingri Nilsson Valle, Nika Stojkovski, Knut Helge Midtbø Jensen og Athanasia Bletsa: Er et kompetansesenter en konkurrent eller et supplement? Kartlegging av henvisninger til endodontister ved TkV/ Hordaland

242 Hans R. Preus, Qamar AL-Lami og Vibeke Bælum: Effekten av en forlenget munnhygienefase før periodontal behandling. En randomisert klinisk studie

250 Kasuistikk

250 Gunhild Vesterhus Strand, Harald Nesse, Kjetil Reisegg, Maiken Hellem Isdahl og Siri Flagestad Kvalheim: Bridge Over Troubled Water – om broreparasjoner med retrograd fremstilte rotstifter

256 Elen Ulseth Pedersen Neiden, Hilde Nordgarden, Anne Rønneberg og Athanasia Bletsa: Organtrans-plantert jente med Turnpenny-Fry syndrom: Utfordringer med tverr-profesjonell oppfølging

264 Doktorgrad

264 Kirsti Gjerde: Snorking og søvnapné kan reduseres med en apnéskinne

267 Bivirkningsskjema**270** Kronikk

270 Hvilke utfordringer møter mennesker med store og sammensatte helsebehov i tannhelsetjenesten? Samhandling og kommunikasjon i et livsløpsperspektiv

276 Aktuelt

276 Når ingenting smaker og lukter slik det pleier

280 Økende rasisme i tannhelsetjenesten?

281 Ingen tegn på rasisme

285 Fra NTF

286 Bli bedre kjent med studentforeningens lederduo

288 Nyansatt seniorrådgiver – Harry-Sam Selikowitz

289 Odontopoden

290 Husk NTFs obligatoriske etterutdanning

291 Frokostseminar - Munnhelsedagen

292 Årsrapport

293 Har du oppdatert kontaktinfo/medlemsprofil?

294 Påminnelse OEU undersøkelse

295 Midnattssolsymposiet

296 Arbeidsliv: Inkluderende Arbeidsliv (IA) – hva er nå det?

297 Spør advokaten: Nye regler om obligatorisk tjenstepensjon fra 1. januar 2022. Hvordan lyder de nye reglene for obligatorisk tjenstepensjon?

298 Oversikt over kollegahjelpere

299 Snakk om etikk: Når er det greit for tannleger å reklamere for tjenestene?

300 Kurs- og aktivitetsskalender

304 Notabene

304 Tilbakeblikk

304 Personalia

309 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

60 prosent begynte å røyke igjen



Foto: iStockphoto.com

E-sigaretter er dårligere på å få nikotinavhengige til å slutte med røyking enn andre tobakkserstatninger, viser en ny studie. Dette er i strid med tidligere funn, skriver forskning.no.

– Det er ingen bevis på at e-sigaretter er effektivt ved røykavvenning, sier John P. Pierce, en av forskerne bak en ny studie publisert i tidsskriftet Tobacco Control, til CNN. Forskerne har observert brukere av e-sigaretter i perioden 2017 til 2019. Funnene antyder at det å bytte ut tobakksrøyking med elektronisk damping, enten med eller uten nikotin, ikke har den effekten andre studier har vist.

Forskerne undersøkte de nyeste tallene fra PATH-studien (Population Assessment of Tobacco and Health) som omfatter 2017, 2018 og 2019.

Av de som rapporterte at de ønsket å gradvis slutte å røyke med hjelp av e-sigaretter i 2017, var det kun 10 prosent som faktisk var røykfrie i 2019.

ADS 212
Protects Irritated Gums

- Anti-plaque maintenance action
- Improves gum health
- Ideal before and after an intensive treatment.

BEST DENTAL TRADING TEL: 75 64 65 66
bestdental@bestdental.no

Dette står tydelig i kontrast til de som hadde sluttet å røyke, men ikke brukte noen hjelpemidler på veien. Blant dem var 19 prosent fortsatt røykfrie i 2019.

I tillegg var det ingen antydning til at det å bytte fra sigaretter til e-sigaretter skulle holde deg fra å gå tilbake til sigaretter, sammenlignet med det å ikke bruke noen hjelpemidler.

Hele 60 prosent av de som nylig var røykere, men byttet over til daglig e-sigaretbruk, opplevde tilbakefall til tobakksrøyking.

Dette står i stil med tidligere funn om røykeslutt, som viser at det beste man gjør er å slutte brått heller enn å trappe gradvis ned.

Det finnes flere kliniske studier som viser at e-sigaretter har en positiv effekt når det kommer til røykeslutt.

En gjennomgang av flere studier ble publisert i september 2021 i the Cochrane Library.

Studiene gjennomgangen er basert på er stort sett randomiserte, kontrollerte forsøk, som regnes som gullstandarden innen forskning.

På bakgrunn av de kliniske funnene begynte britiske helsemyndigheter å anbefale bruk av e-sigaretter med nikotin som nikotinlegemiddel i slutten av 2021.

Den nye observasjonsstudien tar kun utgangspunkt i tall fra PATH-undersøkelsen.

– Denne studien har en grunnleggende feil, sier John Britton, professor emeritus i epidemiologi ved University of Nottingham til Science Media Centre. Han peker på at studien tar utgangspunkt i røykere som har forsøkt å slutte tidligere ved hjelp av andre hjelpemidler, og feilet.

– Dette er nok hvorfor funnene deres strider med funnene fra meta-analysene av de mange, grundige kliniske undersøkelser som viser at e-sigaretter er en effektiv måte å slutte å røyke på, sier Britton.

Kilder: Ruifeng Chen, m.fl., Effectiveness of e-cigarettes as aids for smoking cessation: evidence from the PATH Study cohort, 2017–201, British Medical Journal, Tobacco Control, 2022

Covid kan få seniorer til å slutte å jobbe tidligere



Foto: iStockphoto.com

Yrkesaktive i 50- og 60-årene sier at de gleder seg mindre til å gå på jobb, jobben er blitt mindre viktig for dem, og de ønsker å gå av 1,7 år tidligere enn de sa før korona, skriver Senter for seniorpolitikk.

Pandemien har endret arbeidslivet i mange bransjer og yrker. Senter for seniorpolitikk har bedt Ipsos undersøke eldre arbeidstakers arbeidsmotivasjon fire ganger gjennom pandemien.

Andelen 50-74-åringene som svarer at de alltid gleder seg til å gå på jobben har sunket fra 71 prosent i 2018 til 61 prosent i 2021. De som svarer at arbeidet er viktig for dem har sunket fra 52 til 45 prosent.

Andelen eldre arbeidstakere som gleder seg til å tre helt ut av arbeidslivet har vært stabil i mange år. Men i januar 2021 steg andelen som gleder seg til å slutte å jobbe fra 44 til 53 prosent. Det høye tallet holdt seg også høyt i oktober 2021.

Fra 2003 til 2015 steg ønsket avgangsalder i Norsk seniorpolitisk barometer. Så flatet det ut i noen år. De to siste årene er det ikke lenger tvil om at den stigende trenden har snudd, og at folk ønsker å slutte å jobbe i stadig lavere alder. Fra august 2019 til oktober 2021 sank ønsket avgangsalder fra 66,6 til 64,7 år blant arbeidstakere over 50 år.

«Det er alvorlig for hele samfunnet om vi mister årskull av erfaren arbeidskraft,» sier direktør Kari Østerud ved Senter for seniorpolitikk.

Ipsos har også spurt de eldre arbeidstakerne om hva de opplever som mest problematisk ved arbeidet under koronapandemien. Samlet svarer ansatte mellom 50 og 74 år oftest at de har opplevd økt arbeids-

press, for mye bruk av digitale verktøy og engstelse for egen helse eller smittesituasjon.

Ansatte i undervisning og helse har i størst grad opplevd negative konsekvenser. Ansatte med utdanning på høyskole- og universitetsnivå er mest lei av å bruke digitale verktøy.

Kvinner har opplevd mer økt arbeidspress enn menn. Ansatte i offentlig sektor opplever mer arbeidspress og redsel for smitte enn ansatte i privat sektor. Særlig har senioransatte i helse og sosialomsorg opplevd økt arbeidspress.

En forskningsrapport fra Institutt for samfunnsforskning fra 2020 viste at seniorene har håndtert økt bruk av digitale verktøy under pandemien like godt som yngre aldersgrupper. Østerud mener at endringer og restriksjoner som strammes til, lettes og strammes til igjen kan føre til at flere i alle aldersgrupper går lei. Påkjenninger ved pandemien bygger seg dessuten opp over tid.

«Noen går lei, og vi ser at arbeidstakere som har mulighet for det, vil kunne vurdere å slutte å jobbe tidligere enn de ellers ville gjort,» sier Østerud.

Det er imidlertid generelt fortsatt stor interesse for arbeid blant seniorene, og den svekkede interessen for fortsatt arbeid har ennå ikke gitt seg utslag i sysselsettingsstatistikken.

«Vi har fått veldig foruroligende svar fra de yrkesaktive seniorene. Trøsten er at når man kommer til en alder der man faktisk kan bli pensjonist, så er det mange som skyver på sluttdatoen sin, likevel. Så det er ikke for sent for arbeidsgiverne å ta tak i sine seniorer,» sier Østerud.

Kraftig økning i legemiddelbruken



Foto: Vay Images

Fra 2020 til i fjor økte nordmenns legemiddelforbruk med 4,4 prosent, viser tall fra Farmaloggs legemiddelstatistikk. Det er en vesentlig større økning enn årene før, sier Apotekforeningen.

Fordelt per innbygger var økningen på 4,4 prosent, justert for befolkningsøkningen fra 2020 til -21. Totalt økte forbruket med 4,8 prosent, målt i antall døgndoser av reseptpliktige legemidler.

– Det er uventet med en så stor økning i legemiddelbruken i fjor. Selv om vi har to spesielle år med pandemi bak oss, er det vanskelig å se én enkelt grunn til denne økningen. Frem til 2020 var det en jevn økning på litt over to prosent årlig, mens den var dobbelt så stor i fjor, sier fagdirektør i Apotekforeningen, Hanne Andresen.

Aller mest brukt er det kolesterolsenkende legemiddelet atorvastatin. Godt over 400 000 nordmenn bruker dette legemiddelet. Antall legemiddeldoser av atorvastatin har økt med 10 prosent det siste året.

På plassen etter følger acetylsalisylsyre, som brukes forebyggende mot hjerte- og karlidelser. Det tredje mest brukte legemiddelet er kandesarten, mot høyt blodtrykk. Alle de tre mest brukte legemid-

lene i Norge er til behandling av hjerte- og karrelaterte lidelser.

Siden 2010 har legemiddelbruken per innbygger økt med 27 prosent, det vil si en gjennomsnittlig økning på ca. 2,2 prosent per år, mens den var på godt over fire prosent i fjor.

– Sannsynligvis begynner vi å se effekten av en aldrende befolkning. Personer over 70 år bruker mer enn fem ganger så mye reseptlegemidler som de under 70, sier Andresen.

Fra 2010 til 2021 har folketallet i Norge økt med 11 prosent, mens befolkningen over 70 år har økt med 34 prosent.

Som en følge av økt bruk av legemidler, har også utgiftene til legemidler økt fra 2020 til -21. Utgiftene til reseptlegemidler økte med omtrent 2,5 mrd. kroner til i overkant av 30 mrd. kroner i 2021. Det tilsvarer 5 565 kroner per innbygger, som er en økning på nesten ni prosent fra året før. I gjennomsnitt betalte vi cirka 900 kroner av reseptlegemidlene selv, mens det offentlige betalte resten.

– En stor del av økningen kan forklares med at det ble brukt nesten fem prosent flere legemiddeldoser. I tillegg har en svak krone ført til at Norge importerer dyrere legemidler. De fleste legemidler i Norge er importert fra euro-land. Med en svekket krone mot euro, må vi betale mer i kroner for legemidlene vi importerer, forklarer Oddbjørn Tysnes i Apotekforeningen.

Han mener også at nye, dyre legemidler og økende bruk av kostbar legemiddelbehandling er en del av forklaringen på de økte utgiftene.

maxfac – vi gjør implantat-Norge billigere!



Fra kr 495

- Resorberbar kollagenmembran
- 100% hydroksyapatitt
- Utmerket volumstabilitet



Fra kr 890

- Kollagenmembran
- Ca 4 mnd resorpsjonstid



Fra kr 1.995

- SLA-overflate
- 1,4% failure-rate
- Fullverdig implantatprotetik

OSSTEM
Verdens 6. største implantatprodusent

3,89%
Oljefondets eier-
andel i Osstem

Plackers®

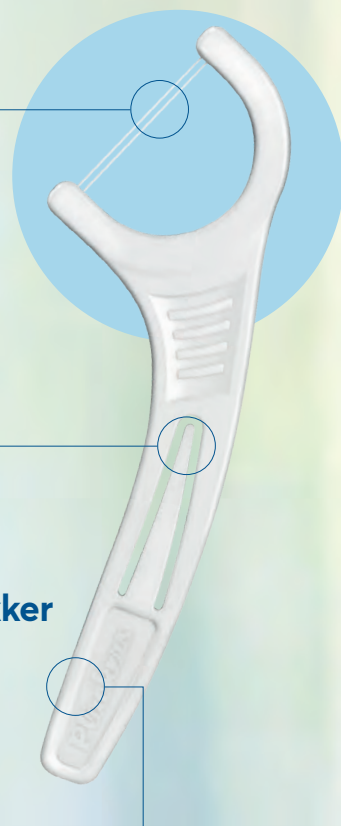
THE PLAQUE CONTROL EXPERT

EFFEKTIV RENGJØRING MELLOM TENNENE FOR EN FRISKERE FØLELSE

Vår ekstra sterke
SUPER TUFFLOSS® -tråd

INNEBYGD
TANNSTIKKER
Innebygd tannstikker

KOMFORTABEL HÅNDTAK
i 100% resirkulert plast



**FORSIDEILLUSTRASJON**

@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

Johannessen, 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

Haakon VII's gate 6,

PB 2073, Vika, 0125 Oslo

Tlf: 22 54 74 00

E-post: tidende@tannlegeforeningen.no

www.tannlegetidende.no

UTGIVER

Den norske tannlegeforening

ISSN 0029-2303

Opplag: 7000, 11 nummer per år

Parallellpublisering og trykk: 07 Media

Grafisk design: 07 Media

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

PRESSENS
FAGLIGE UTVALG

OPPLAGSKONTROLLERT

Fordøm, og ikke fordøm



Foto: Edvard Nilsen, Clean Shot Photography.

Når jeg skriver dette er det en uke siden Russland gikk inn i Ukraina med væpnede styrker.

I går sendte de nordiske tannlegeforeningene en samlet sympatierklæring til den ukrainske tannlegeforeningen, hvor de fordømmer bruddet på folkeretten og Ukrainas suverenitet.

Vi må ta ekstra vare på dem vi møter nå, det være seg kolleger, pasienter og alle andre vi har kontakt med, og særlig dem som er direkte berørt – enten de kommer fra Ukraina, Russland eller Hviterussland.

– Som i alle konflikter er det sivilbefolkningen det går hardest ut over. Våre tanker går også til våre kolleger og annet helsepersonell i Ukraina. Det internasjonale prinsippet om medisinsk nøytralitet og menneskerettighetene må respekteres, og vi ser med stor bekymring på rapporter om at sykehus og helsepersonell er rammet i angrepene, sier NTFs president Heming Olsen-Bergem på NTFs nettsted, der det også vises til ulike organisasjoner som yter bistand og som det anbefales å støtte.

Situasjonen endrer seg fra dag til dag. I natt har det vært angrep på Europas største atomkraftanlegg.

Sikkerheten i Europa er truet. Det kan komme mange overraskelser i tiden fremover.

Jeg har fått noen flere helter disse dagene. I tillegg til Ukrainias president Volodymyr Zelenskyj, selvsagt. Ukrainas FN-ambassadør, Sergiy Kyslytsia, for eksempel, har en tone og et budskap som bare forlanger at vi lytter.

For to dager siden, og etter at et overveldende flertall av FNs medlemsland stemte for å fordømme Russlands invasjon av Ukraina (141 land stemte for resolusjonen. Fem land stemte imot. 35 avsto fra å stemme).

Resolusjonen fordømmer militær aggresjon fra et land mot et annet, Russlands trusler om bruk av atomvåpen og brudd mot menneskerettighetene. Russland blir bedt om å trekke styrkene tilbake og engasjere seg i politisk dialog og fredsmegling. Et lignende forslag ble fremmet i FNs sikkerhetsråd uken før, og da brukte Russland sin vetomakt til å slå ned forslaget.

Etter at FNs medlemsland stemte for resolusjonen for to dager siden, sa Kyslytsya:

– Hvis du forteller meg at Russland stemte imot – er det Putins regime – kriminelle fra Russland som stemte imot. Og det er regimet i Hviterussland som stemte imot. Det er mange mennesker i Hviterussland som også kjemper for friheten sin nå.

Kyslytsya har også en klar oppfordring til pressen: «Fremhev forskjellen når dere rapporterer, mellom de kriminelle og mellom æren til de som er undertrykt i disse landene, oppfordrer FN-ambassadøren», ifølge VG.

Dette skal vi huske på alle sammen. Det er ikke lett å være hverken ukrainer, russer eller hviterusser nå, og ingen sivile skal klandres for regimets handlinger. Det skjønner vi, og det er viktig at det sies. Jeg beklager også hvis dette virker som en gjentakelse av noe som blir sagt mange ganger før dette Tidende kommer ut.

Vi må ta ekstra vare på de vi møter, det være seg kolleger, pasienter og alle andre vi har kontakt med, og særlig dem som er direkte berørt – enten de kommer fra Ukraina, Russland eller Hviterussland.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

Vinner kampen mot karies



Effektiv forebygging for pasienter med økt kariesrisiko*

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

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



5 mg/g natriumfluorid

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

* Pasienter ≥ 16 år med forhøyet kariesrisiko.

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

CF Duraphat «Colgate Palmolive A/S»

Kariesprofylaktikum ATC-nt: A01A A01

TANNPASTA 5 mg/g: 1 g inneh: Fluor 5 mg (som natriumfluorid) tilsv. 5000 ppm fluor, natriumbenzoat (E 211), sakkarinnatrium, sorbitol, hjelpestoffer. Fargestoff: Brilljantblå FCF (E 133). **Indikasjoner:** Forebygging av dental karies hos ungdom og voksne, særlig blant pasienter som er utsatt for flere typer karies (koronal og/eller rotkaries). **Dosering:** Skal kun brukes av voksne og ungdom ≥ 16 år. En 2 cm lang stripe (gir 3-5 mg fluor) påføres tannbørsten for hver tannpuss. Tennene pusses grundig 3 ganger daglig, etter hvert måltid, vertikalt, fra tannkjøttet til tannspissen. Administrering: Skal ikke svelges. Grundig pussing tar ca. 3 minutter. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes av barn eller ungdom <16 år. Høyt fluorinnhold. Tannspesialist bør konsulteres før bruk. Et økt antall potensielle fluorkilder kan gi fluorose. Før bruk bør det foretas en vurdering av samlet fluorinntak (dvs. drikkevann, salter som inneholder fluor, andre legemidler med fluor). Samtidig bruk av fluortabletter, -dråper, -tygggummi, -gel eller -lakk og vann eller salt tilsatt fluor, skal unngås. Ved beregning av anbefalt mengde fluoridioner (0,05 mg/kg pr. dag fra alle kilder og maks. 1 mg pr. dag) må mulig svelging av tannpasta tas med i beregning (hver tube inneholder 255 mg fluoridioner). Inneholder natriumbenzoat som virker mildt irriterende på hud, øyne og slimhinner. **Graviditet/Amning:** Data mangler fra bruk hos gravide. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter ved svært høye doser. Skal ikke brukes ved graviditet og amning, med mindre en grundig nytte-/risikovurdering er utført. **Bivirkninger:** Sjeldne ($>1/1000$ til $<1/10000$): Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Ukjent: Gastrointestinale: Brennende følelse i munnen. **Overdosering/Forgiftning:** Akutt intoksikasjon: Toksik dose er 5 mg fluorid/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.)

Munnhelsearbeider

Vi står snart foran starten på arbeidet med utredning av hele tannhelsetjenesten. Hva skal den bli til og hvorfor? Hvordan skal den organiseres og hvordan skal den finansieres? Hvilken tjeneste er best for befolkningens munnhelse, og hvilken tjeneste er best for tannlegene, tannpleierne og tannhelsesekretærene? Er det samme sak?

Sannsynligheten er stor for at vi i løpet av noen år vil legge grunnen for hva som skal bli den nye tannhelsetjenesten og derved de nye arbeidsplassene for nåtidens og fremtidens tannhelsepersonell. Vil du være med og påvirke dette, må du melde deg på nå.

Sannsynligheten er også stor for at vi kommer til å oppnå noe av det vi har pekt på i så mange år: At munnen skal tilbake i kroppen. For meg innebærer det at vi tannleger tar vår selvsagte plass i helse- og omsorgstjenesten som eksperter på munnhulen, mer presist eksperter på diagnostikk av sykdommer i munnhulen og eksperter på forebygging og behandling av disse. For vi er ikke bare tannleger, vi er også munnleger. Med det nedprioriterer jeg ikke tannlegerollen. Vi er definitivt behandlere av tenner, vi er håndverkere – noen er til og med kunstnere. Men vi er noe mer. Vi er munnhelsearbeidere.

Det er enkelte som mener at vi er alt for mange tannleger, og at oppgavene er for få, og som samtidig peker på at dette kommer til å føre til en dreining i deler av tannhelsetjenesten mot det kosmetiske. Jeg tror ikke det er veien vår profesjon vil gå. Selv om kariesforekomsten i Norge har sunket betydelig, ses en økning i syreskader forårsaket av spesielt sure drikker. Det er tegn som tyder på at hjemmekontorsituasjonen som pandemien har pådyttet oss, har gitt noe økt kariesaktivitet. I Sverige ser det ut som om kariesforekomsten er på vei opp igjen. Tannleger har fortsatt tenner å ta seg av, men de har også økt oppmerksomheten omkring sykdom og skade i hele munnhulen. Befolkningen i Norge lever lengre og har flere tenner. De er oppegående og tilsynelatende friske, til tross for multimedisinering og flere sykdommer. Dette gjør også diagnostikken mye mer krevende, og den krever en tannlege som er munnhuleekspert.

Faget vårt er i endring. Det er kommet mange nye metoder og teknikker som retter seg mot det estetiske



Foto: Kristin Aknes

Tannleger har fortsatt tenner å ta seg av, men de har også økt oppmerksomheten omkring sykdom og skade i hele munnhulen. Vi er behandlere av tenner, og vi er noe mer. Vi er munnhelsearbeidere.

ke og kunstneriske i faget vårt. Jeg er opptatt av at tannleger skal ha bredde i faget, og da vil det være naturlig at også dette er noe tannleger kan. Det er likevel en stor forskjell på å kunne bruke dette med en klar og journalført odontologisk begrunnelse, og å bruke det i markedsføring og til direkte påvirkning av pasienter. Jeg har stor tillit til at medlemmene i NTF har stor faglig integritet og en klar etisk rettesnor.

Det å være munnhelsearbeider forplikter. For en tid tilbake var det for mange et kall. Det var noe mer enn bare en jobb. Det hadde en mening og en ramme som var større enn bare det at en helsearbeider var en som arbeidet med andre menneskers helse. Det var en forpliktelse til samfunnet og til seg selv. Det var et liv. Jeg kjenner mange nåværende og tidligere kolleger som har det slik fortsatt. Og jeg håper at noe av dette også kommer til å leve videre hos våre yngre tannleger, våre yngre stipendiater og våre yngre lærere. Når det er sagt, så er det å være munnhelsearbeider selvsagt også en jobb. Vi plasseres inn i nettverket av andre helsearbeidere, i samhandling og samarbeid, til det beste for pasientene. Og vi plasserer oss i et rammeverk av etikk, moral, lover og forskrifter. Det å være helsearbeider innebærer å følge de reglene som gjelder for den profesjonen og det fellesskapet vi er del av. Det er å ta pasientene på alvor, taushetsplikten på alvor, tilliten på alvor. Tillit fra pasientene, men også fra kolleger, samarbeidspartnere og myndighetene. Det er å skrive en god og fyllestgjørende journal som pasienten kan forstå, som kolleger kan forstå og som helse- og tilsynsmyndighetene kan forstå. Det er også å balansere på slak line i de gråsonene som regelverket til Folketrygdens stønadsordning består av – alltid innenfor lovverket, samtidig som vi ivaretar pasientens rettigheter. Det er å samvirke med øvrig tannhelsepersonell og med resten av helse- og omsorgssektoren, hele tiden med pasientens beste for øyet.

Det er alt dette jeg mener at diskusjonen om fremtidens tannlegerolle må handle om. Jeg ønsker alle munnhelsearbeidere velkommen til å engasjere seg i de diskusjonene som vil måtte komme, og på den måten være med på å forme egen fremtid.

HOVEDBUDSKAP

- Antall henvisninger til endodontister ved Tannhelse-tjenestens kompetansesenter Vest-Hordaland (TkV/H) økte over en fireårsperiode fra 2015 til 2018
- Ni av ti henvisninger kom fra Den offentlige tannhelse-tjenesten (DOT), mens privatpraktiserende tannleger henviste lite.
- Hovedandel av henvisninger gjaldt pasienter med rettigheter innenfor DOT, hvor barn og unge (gruppe A) utgjorde den største henvisningsgruppen.
- Sannsynligheten for henvisning til endodontist minker med økt geografisk avstand.
- Teknisk utfordrende kasus, mangel på utstyr og behov for tverrfaglig samarbeid med andre spesialister var de vanligste årsaker for henvisning.

FORFATTERE

Ole Iden, spesialist i endodonti. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland (TkVestland), Bergen
Ingri Nilsson Valle, tannlege. Distriktstannklinikken Vestnes

Nika Stojkovski, tannlege. Brønnøysund
Knut Helge Midtbø Jensen, statistiker. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TkVestland), Bergen
Athanasia Bletsa, spesialist i endodonti og pedodonti, ph.d. Tannhelsetjenestens Kompetansesenter Vestland (TkVestland) og Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Athanasia Bletsa. E-post: athanasia.bletsa@vlfk.no

Akseptert for publisering 23.01.2022.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Iden O, Valle IN, Stojkovski N, Jensen KHM, Bletsa A. Er et kompetansesenter en konkurrent eller et supplement? Kartlegging av henvisninger til endodontister ved TkV/Hordaland. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2022; 132: 232–9.

Norsk MeSH: Endodonti; Henvisning og konsultasjon; Offentlig tannhelse-tjeneste

Er et kompetansesenter en konkurrent eller et supplement?

Kartlegging av henvisninger til endodontister ved TkV/Hordaland

Ole Iden, Ingri Nilsson Valle, Nika Stojkovski, Knut Helge Midtbø Jensen og Athanasia Bletsa

Målet med denne undersøkelsen var å kartlegge henvisninger til endodontister ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland (TkV/H).

Det ble henvist 1379 pasienter med endodontisk problemstilling fra 2015 til 2018. Henviste pasienter hadde en aldersspredning fra 6 til 95 år, hvor halvparten var under 25 år. Det var signifikant flere kvinner (n=757) enn menn (n=622).

Seksti-syv prosent av henviste pasienter hadde rettigheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Barn og unge (gruppe A) utgjorde den største gruppen (37 %) etterfulgt av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie (gruppe C) (15 %). Ni av ti henvisninger (92,1 %) kom fra DOT. Klinikker med lengst kilometeravstand til kompetansesenteret henviste minst. Sogn og Fjordane hadde en lav henvisningsprosent (7 %).

Et fåtall pasienter ble henvist fra privat praksis (4,7 %). Omrent halvparten av henvisningene fra privatpraktiserende tannleger var fra tannlegespesialister. Kjeveortopedier henviste flest og fortrinnsvis pasienter med rettigheter i DOT.

Ventetid varierte i forhold til pasientgruppe, med en gjennomsnittlig ventetid på under 2 måneder (1,7 mnd). Kortest ventetid hadde pasienter i gruppe A (1,5 mnd.) og lengst i gruppe E (2,1 mnd.).

De vanligste henvisningsårsaker var teknisk utfordrende kasus (82 %), utstyrsmangel (42 %) og behov for samarbeid med andre spesialiteter (21 %).

Undersøkelsen viser at TkV/H har blitt benyttet hovedsakelig av DOT og har fungert som et supplement til offentlig og privat tannhelsesektor.

Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) omhandler i hovedsak ansvarsforhold, omfang og formål ved tjenesten, definerer hvem som har rettigheter og skal motta et regelmessig og oppsøkende tilbud fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Tannhelsetjenesteloven omtaler også odontologiske spesialisttjenester. Det er fylkeskommunens ansvar å sørge for at tannhelsetjenestetilbudet er tilgjengelig for befolkningen, samt å sørge for at personer med rettigheter får nødvendig spesialisttannhelsehjelp (1).

Intensjonen bak etableringen av de regionale odontologiske kompetansesentrene er at de i hovedsak skal utvikle og forsterke DOT (2). Drift av kompetansesentrene finansieres delvis av statlige midler og delvis av fylkeskommunale midler. Fylkeskommunene har ansvar for å finansiere all spesialistvirksomhet (3). TkV/H er ett av i dag fem eksisterende Tannhelsetjenestens kompetansesentre i Norge. Samfunnsoppdraget til TkV/H er å være en henvisningsinstans og øke tilgjengeligheten av spesialisttannhelsetjenester til befolkningen i regionen.

Norge har stor geografisk variasjon i befolkningstetthet. Dette gir til dels ulike geografiske avstander til et odontologisk spesialisttilbud. Spesialisttjenestene er i praksis ikke tilgjengelig for alle grupper i befolkningen, inkludert personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Videre kan det være institusjonelle barrierer mot å henvise til spesialisttjenesten, som sedvane eller økonomiske rammebetingelser innen DOT. Privat økonomi kan være et hinder ved egenandel for den enkelte, men også lang reisevei og redusert helse kan være hindringer for å bruke et spesialisttannhelsetilbud. Årsmelding fra Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord Norge (TkNN) antyder at avstand til behandlingssted og henvisning over fylkesgrenser, vanskeliggjør henvisning til et etablert spesialisttannhelsetjenestetilbud (4). Tannleger har både rett og plikt til å henvise dersom situasjonen tilsier det (§8 Pasient behandling) (5). Henvisningsfrekvens og bakenforliggende årsaker til å henvise, har vært lite utredet i Norge. Dette til tross for at det pågår en diskusjon rundt behovet for spesialister i offentlig og privat tannhelsesektor samt en geografisk fordeling av disse i Norge; jam-

før Helsedirektoratets rapport om kartlegging av spesialisttannhelsetjenester fra 2017 (6).

Fra 1. januar 2020 ble Hordaland og Sogn og Fjordane slått sammen til Vestland fylke. I denne artikkelen er de to tidligere fylkene fremdeles omtalt som selvstendige fylker. I kartleggingsperioden hadde DOT i Sogn og Fjordane en samarbeidsavtale med TkV/H om å henvise pasienter til spesialistbehandling. Videre endret DOT Hordaland sine egne henvisnings rutiner for å benytte spesialisttjenester ved TkV/H. Unntaksvis ble manglende spesialisttjenestetilbud ved TkV/H henvist videre til Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen (IKO-UiB) i henhold til samarbeidsavtale.

Etter etablering av TkV/H er endodonti den av de ulike spesialiteter hvor en har sett jevnt økende antall henvisninger. Det finnes forskjeller i klinisk endodontiske rutiner og prosedyrer utført av allmennpraktikere og endodontispecialister. Ifølge en studie av Myrhaug et al (7) synes allmennpraktiserende tannleger at spesialister i endodonti er nyttige eller svært nyttige i et tannhelseteam (7). En nylig studie av Bletsa et al. (8) belyste at en stor del av tannlegestillingene i DOT Hordaland og Sogn og Fjordane er besatt av tannleger utdannet for under 12 år siden. Studien fant også at de yngste tannlegene med kortest klinisk virksomhet, var mest interessert i kurs i endodonti i forhold til eldre tannleger med lang arbeidserfaring. Dette kan tyde på at denne tannlegegruppen ser på endodonti som et utfordrende fagfelt. Mindre klinisk erfaring innebærer ofte et større behov for faglig veiledning til behandlingsvurdering.

Målet med denne undersøkelsen var å gjennomgå henvisninger til endodontister ved TkV/H for å kartlegge henvisningsfrekvens og mulige årsaker. Spesielt ønsket en å se nærmere på hvilke pasientkategorier som ble henvist, hvem som henviste og eventuelle geografiske variasjoner. En ønsket også å kartlegge ventetid, antall besøk og behov for interdisiplinært spesialistsamarbeid. Det er viktig å kartlegge omfanget av henvisninger til endodontisk behandling for å kunne planlegge videre drift ved TkV/H samt forbedre spesialistbehandlingstilbudet.

Materiale og metode

Prosjektet var en del av et større kvalitetssikringsprosjekt ved TkV/H med retrospektivt design som hadde blitt vurdert av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (ref.60564: kartlegging av henvisninger til TkV/H). Dette prosjektet fokuserer kun på henvisninger til endodonti ved TkV/H i en fireårsperiode fra og med 1. januar 2015 til og med 31. desember 2018. Prosjektet var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som forskningsprosjekt i helsetjeneste med dispensasjon fra taushetsplikt for tilgang til journalopplysningene (ref.2018/2397/REK vest). I tillegg har NSD godkjent dette delprosjektet med to masterstudenter ved det integrer-

te masterstudiet i odontologi (IN og NS) ved UiB som eksterne medarbeidere/samarbeidspartnere innenfor EU/EØS (ref.550897).

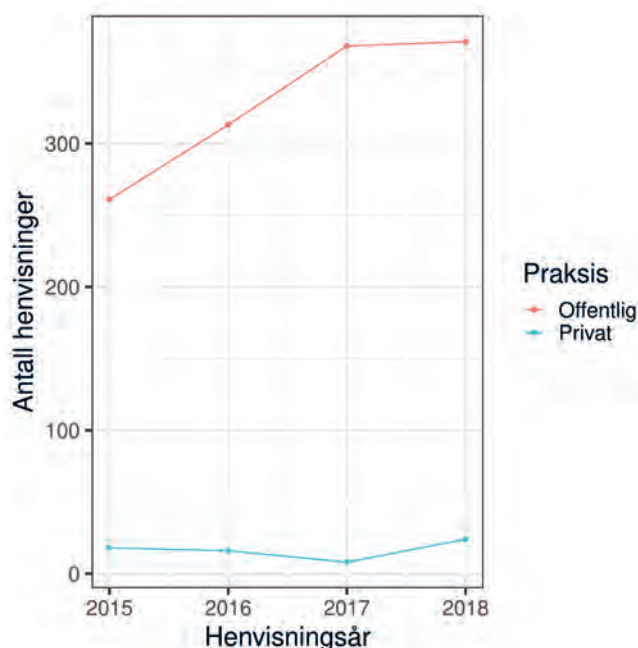
Alle henvisninger til spesialisttjenesten i endodonti inngikk i prosjektet. Datainnsamling ble praktisk gjennomført ved at to tannlegestudenter og en tannlege gjennomgikk alle registrerte endodonti henvisninger til TkV/H i perioden 2015-2018. Alle som hentet ut informasjon fra de elektroniske journalene (OPUS) var på forhånd kalibrert. De elektroniske journaler til henviste pasienter ble gjennomgått, og forhåndsdefinerte kategorier av journalinformasjon ble hentet ut og ført inn i et regneark. Hvert journalnummer fikk et eget løpenummer og innsamlet data ble anonymisert.

Følgende opplysninger ble registrert:

1. Demografiske data tilknyttet pasient: alder, kjønn, tilhørighetsgruppe etter rettigheter innenfor DOT (prioritert klientell: gruppene A-E) eller voksne betalende pasienter (gruppe F).
2. Data tilknyttet henvisere: yrkesgruppetilhørighet, fra offentlig eller privat praksis, allmenntannlege eller spesialist og henvisningenes geografiske tilhørighet.
3. Henvisningsårsak og problemstilling (en pasient kunne ha flere henvisningsårsaker), om pasienten kun var henvist for utredning eller både utredning og behandling.
4. Data knyttet til eventuelt behandlingstilbud: ventetid fra registrert henvisning TkV/H til avtalt 1.time for oppmøte ved TkV/H, antall behandlingssesjoner, tilleggsbehov i behandling som våken sedasjon eller narkose, og om det forelå behov for samarbeid med flere spesialiteter.

Statistikk

Data ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet R, versjon 4.04 (R Development Core Team, 2021). For å teste for forskjeller i antall henvisninger over tid brukte vi en enkel binomial-test. For antall henvisninger avhengig av alder og kjønn brukte vi en generalisert additiv modell (GAM). For de offentlige tannklinikker i Hordaland og Sogn og Fjordane, ble kjørelengde i kilometer fra henvisningsstedet til spesialisttannhelsetjenesten i endodonti på TkVest/H målt ved hjelp av Google maps. Disse dataene ble brukt i en modell for å se om avstand til TkVest/H påvirket antall henvisninger. For at denne sammenligningen skulle bli riktig, ble det brukt relativt antall henvisninger fra hver klinikk, det vil si antall henvisninger justert for klinikkens størrelse (totalt antall pasienter) og en generalisert lineær modell (GLM) med quasipoisson error term og tilhørende F-test ble brukt. For å evaluere ventetid avhengig av pasientgruppe, brukte vi en enkel enveis ANOVA etterfulgt av en Tukey HSD post hoc test. Bruk av tverrfaglighet over år ble analysert med en binær logistisk modell (verdien 1 for pasienter hvor tverrfaglighet ble brukt i behandlingen og verdien 0 for de øvrige pasientene). År ble behandlet som en kategorisk varia-



Figur 1. Antall henvisninger avhengig av henvisnings år og praksis. Økningen i antall henvisninger skyldes i all hovedsak at antall henvisninger fra DOT har økt. Henvisninger fra privatpraktiserende tannleger ligger langt under henvisninger fra DOT og har liten endring over år.

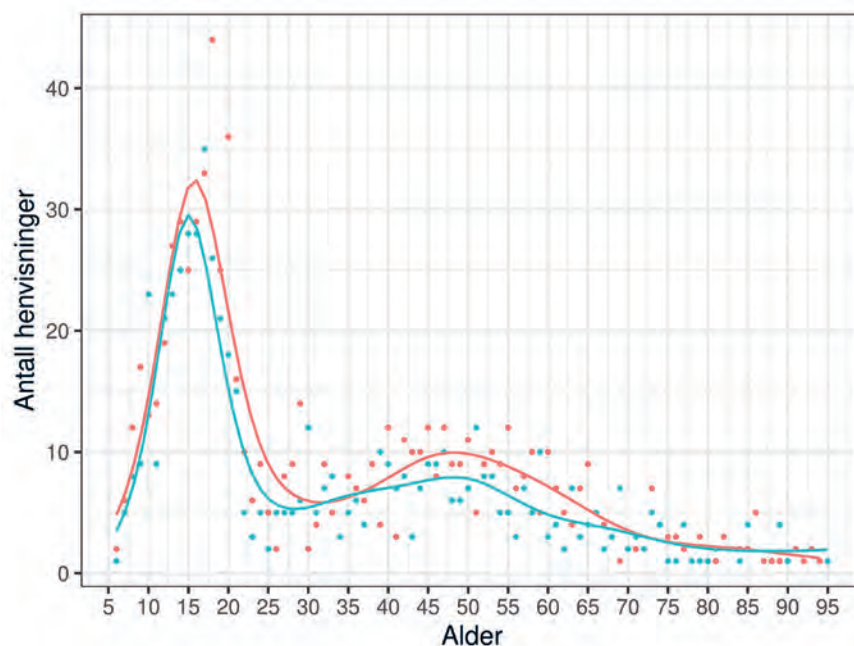
bel og en Tukey HSD post hoc test ble brukt for å teste hvilke år som eventuelt var forskjellige. For all annen statistikk ble det kun brukt en enkel binomial test eller deskriptive metoder.

Resultater

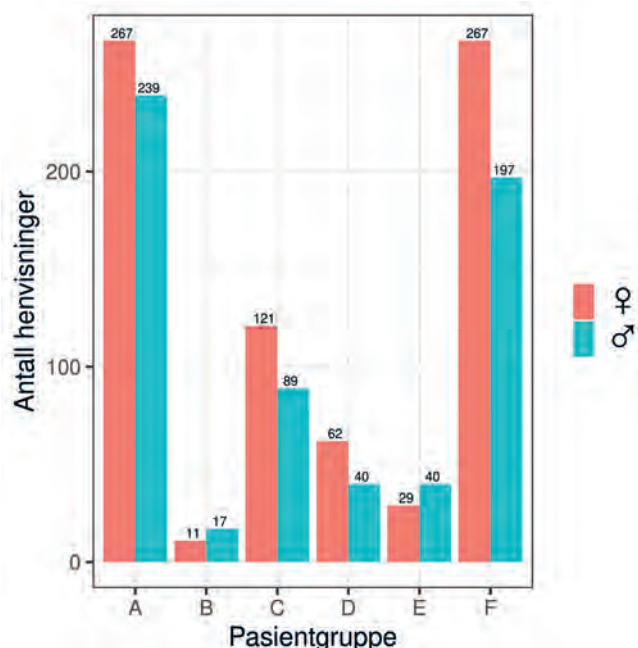
Totalt ble det mottatt 1379 henvisninger i fireårsperioden. Antall henvisninger økte for hvert år; fra 279 i 2015 til 395 i 2018. De fleste henvisningene kom fra DOT ($n = 1\,270$, 92,1 %). Det ble mottatt få henvisninger fra privat praktiserende tannleger/tannlegespesialister ($n = 65$, 4,7 %) og viste liten endring i antall i undersøkt fireårsperiode (figur 1).

Henviste pasienter hadde en aldersspredning fra 6 til 95 år. Halvparten av henvisningene ($n = 688$, 49,9 %) var pasienter under 25 år. Blant de unge pasientene var det klart flest i aldersgruppen 13-18 år og gjennomsnittsalderen i materialet var 33 år (33,4, SD: 21,1). Det var statistisk signifikant flere kvinner ($n = 757$) enn menn ($n = 622$) (binomial test: $p < 0,01$) (figur 2).

Totredjedeler av henvisninger ($n = 918$, 66,6 %) gjaldt pasienter med rettigheter innenfor DOT med hovedandelen i prioritert gruppe A ($n = 514$, 37,3 %). Gruppe C var representert med 210 pasienter (15,2 %), mens gruppe D og E hadde henholdsvis 97 (7 %) og 69 (5 %) pasienter. Det var færrest pasienter fra gruppe B som er psykisk utviklingshemmede i- og utenfor institusjon; med kun 28 pasi-



Figur 2. Antall henvisninger avhengig av alder og kjønn. Punktene viser rådata og linjene er predikerte verdier fra generaliserte additive modeller basert på rådata. Begge kjønn har en kraftig økning i antall henvisninger i alderen omtrent fra 5 til 15 år og en nesten like sterk nedgang i alderen omtrent fra 15 til 25.



Figur 3. Antall henvisninger i forhold til pasientgruppe og kjønn.

enter (2 %). Voksne betalende pasienter (gruppe F) utgjorde 33,4 % (n = 464) av alle henvisninger (figur 3).

Flest henvisninger (n = 1 270, 92,1 %) kom fra offentlige ansatte i Hordaland, Sogn og Fjordane og Trøndelag (1 henvisning), meste- parten fra allmenntannleger (n = 1166). Et mindre antall henvisninger var fra tannlegespesialister ved TkV/H (interne henvisninger) (n = 97), mens tannpleiere fra DOT sendte 7 henvisninger. Det

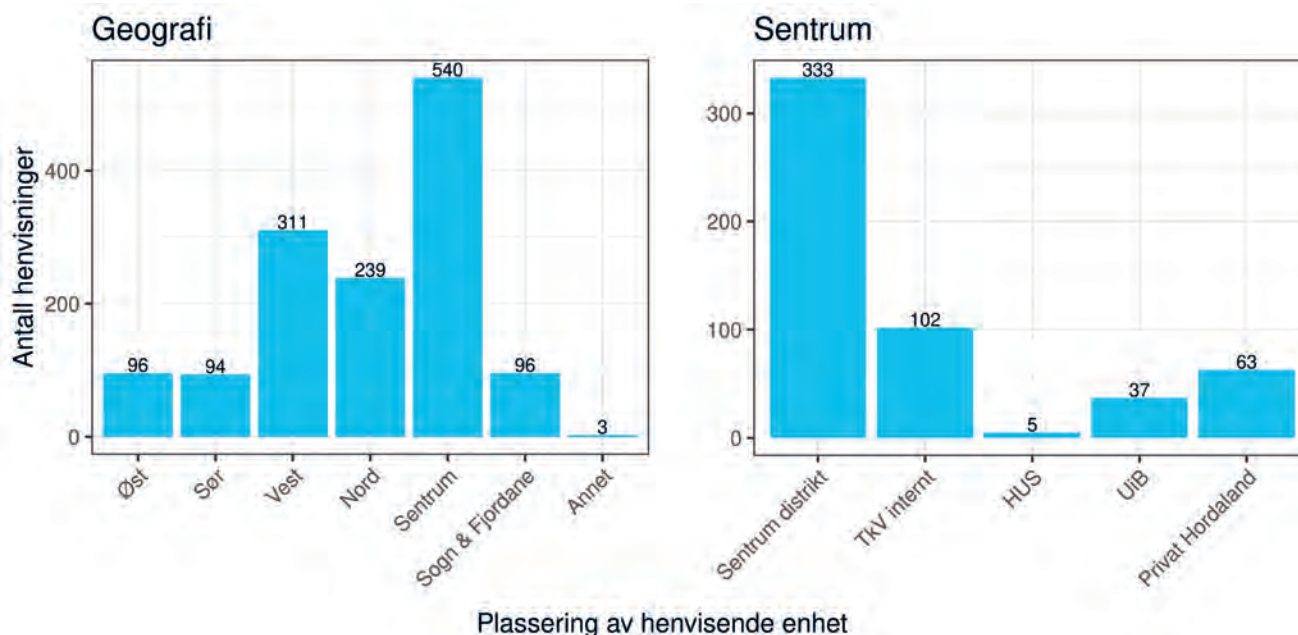
Tabell 1. Yrkesgrupper som henviser og tilhørighet

	n = 1379 (100%)
Tannlege DOT	1161 (84,2%)
Tannpleie DOT	7 (0,5%)
Tannlege TkV*	5 (0,4%)
Tannlegespesialist TkV*	97 (7%)
Privat praktiserende tannlege	35 (2,5%)
Privat praktiserende tannlegespesialist	30 (2,2%)
Universitetsklinikk UiB/Haukeland sykehus tannlege	17 (1,2%)
Universitetsklinikk UiB/Haukeland sykehus tannlegespesialist/spesialistkandidat	25 (1,8%)
Annet**	2 (0,1%)

* Henvisninger fra tannleger og tannlegespesialister ved TkV er tatt med i beregning av henvisninger fra DOT.

** Annet: én henvisning fra militær tannlege og én henvisning fra privat praktiserende legespesialist.

kom totalt 42 henvisninger fra Haukeland Universitetssykehus (HUS) og universitetsklinikken (IKO-UiB) (3,0 %), hvor 17 henvisninger var fra allmentannleger og 25 fra tannlegespesialister/spesialistkandidater. Kun 65 henvisninger kom fra privatpraktiserende tannleger og tannlegespesialister, alle fra Hordaland (n = 63) og Sogn og Fjordane (n = 2). En oversikt over yrkesgrupper og tilhørighet av de som henviste til endodontist vises i tabell 1.



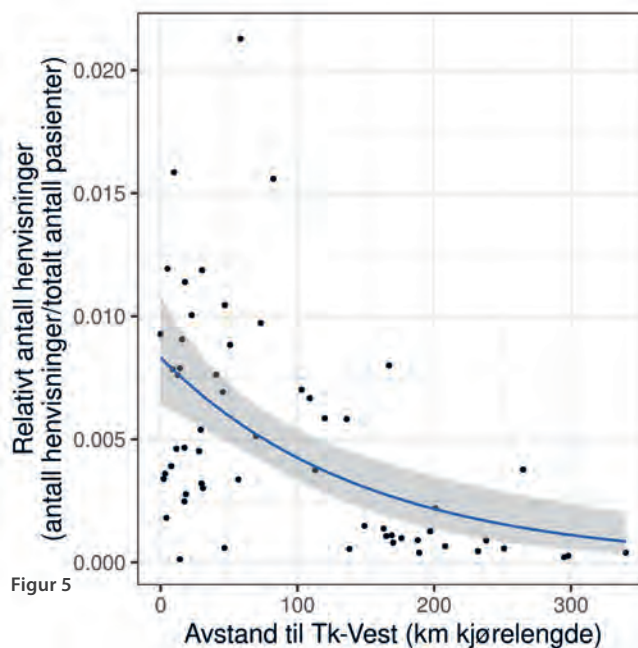
Figur 4. Geografisk fordeling av henvisninger. Hordaland fylke bestod av 5 tannhelsedistrikt (Aust, Sør, Vest, Nord og Sentrum tannhelsedistrikt). Sogn og Fjordane hadde kun 1 distrikt. Flest henvisninger kom fra Bergen og omegn ($n = 540$). Sentrum i denne sammenheng er definert som henvisninger fra Sentrum tannhelsedistrikt (DOT), interne spesialisthenvisninger fra TkV/H, Haukeland Sykehus (HUS), Universitetsklinikk IKO-UiB og fra privat praktiserende tannleger i Hordaland. Annet er henvisninger fra andre fylker (Nordland, Trøndelag), og én henvisning fra lege i Bergen Sentrum.

Halvparten av henvisningene fra den private tannhelsetjeneste ($n = 65$) var fra tannlegespesialister i Hordaland ($n = 30$), hvorav 18 pasienter hadde rettigheter innenfor DOT. De fleste henvisninger fra tannlegespesialister kom fra kjeveortopeder ($n = 16$) og 14 av de henviste pasientene var barn. Det var 6 henvisninger fra spesialister i endodonti, fem henvisninger fra spesialister i periodonti, og 3 henvisning fra spesialister i oral protetik.

Av de 35 henvisningene fra de private allmenntannlegene, gjaldt 5 henvisninger pasienter med rettigheter innenfor DOT. Tre henvisninger ble ikke definert som spesialistkasus, og 5 henvisninger gjaldt pasienter med behov for hjelp av Senter for Odontofobi. Etter eksklusjon av pasienter med rettigheter innenfor DOT og «ikke aktuelle» henvisninger, ble antall henvisninger fra den private tannhelsesektoren svært lavt ($n = 34$, 2,47 %).

Henvisningene kom hovedsakelig fra Hordaland fylke (92,9 %), mens kun 96 henvisninger var fra Sogn og Fjordane. Det var i tillegg 2 henvisninger fra andre fylker (Trøndelag og Nordland). Henvisninger flest kom fra Bergens området eller omegn. Fordeling av henvisninger etter geografiske områder vises i figur 4.

Siden de fleste henvisninger kom fra DOT i Hordaland og Sogn og Fjordane, ble det brukt kjørelengde i kilometeravstanden fra offentlige tannklinikker til TkV/H. Reiseavstand til TkV/H hadde en tydelig effekt på antall henvisninger hvor økt avstand ga færre henvisninger (GLM med quasipoisson error term; $F_{1, 56} = 24.53$, $p < 0.01$) (figur 5).



Figur 5. Relativt antall henvisninger er antall henvisninger delt på klinikkstørrelse, hvor klinikkstørrelse er målt som totalt antall pasienter. Svarte datapunkt viser rådata og blå linje viser tilhørende predikerte verdier fra en generalisert lineær modell (GLM). Skyggelagt område er 95 % konfidensintervall for linjen. Klinikker som ikke hadde henvisninger ($n = 10$) er ikke tatt med i analysen. Disse har gjennomsnittlig avstand til TkV/H lik 186 km kjørelengde (median = 162 km, minimum = 113, maximum = 300). Klinikkerne ville ha forsterket effekten av avstand dersom de hadde blitt inkludert i analysen.

Tabell 2. Henvisningsårsaker til spesialist i endodonti

	n = 2334 (100%)
Teknisk vanskelig	1136 (82,4)
Mangel på utstyr	583 (42,3)
Tverrfaglig samarbeid	295 (21,4)
Utfordrende pasient	201 (14,6)
Smerteutredning	61 (4,4)
Andre grunner	58 (4,2)

Summen av henvisningsårsaker overstiger antall registrerte henvisninger fordi flere henvisninger hadde mer enn en årsak.

De fleste var henvist for utredning og behandling (n = 1142, 82,9 %). For kun utredning var det bare 45 henvisninger (3,3 %), mens resten var tverrfaglig behandling (13,8 %).

Kategorisering av henvisningsårsaker til spesialist i endodonti vises i tabell 2.

Ventetiden fra henvisningsdato var litt under to måneder (1,7 mnd, SD: 1,44) og varierte lite i fireårsperioden. Ventetid varierte i forhold til pasientgruppe (ANOVA, $p=0,02$); kortest ventetid hadde gruppe A pasienter (1,5 mnd, SD: 1,21) og lengst gruppe E pasienter (2,1 mnd, SD: 2,03) (Tukey post hoc, A vs E, $p=0,03$).

Antall besøk for samme pasient varierte mellom 0 og 13 med gjennomsnittlig 2 besøk (SD:1,59). Flest besøk gjaldt gruppe A pasienter (gjennomsnitt: 2,3, SD: 1,84) og færrest var i gruppe D (gjennomsnitt: 1,5, SD: 0,97). Den statistiske analysen for sammenligning mellom grupper viste en signifikant effekt av gruppe med hensyn til antall besøk (GLM med poisson error term: deviance = 53.57, $p < 0,01$). Tukey post hoc test viste at pasienter i gruppe A hadde signifikant flere besøk sammenlignet med pasienter i gruppe C, D og F (alle p -verdier $< 0,01$). Av de registrerte 1284 henviste pasienter som møtte til behandling ved TkV/H, ble 80 seanser utført ved hjelp av våken sedasjon (benzodiazepiner eller lystgass) eller under generell anestesi (narkose, $n=9$). Sedasjon/narkose ble hyppigst brukt hos kvinner (46 ♀ vs. 34 ♂) og på pasienter under 18 år (gruppe A).

Andel bruk av tverrfaglighet var forskjellig avhengig av år (GLM med binomisk error term; deviance = 36,66, $p < 0,01$), og er statistisk signifikant større for 2017 og 2018 sammenlignet med de to første årene av undersøkelsen (2015 og 2016). Generelt, var det radiolog ($n=150$), protetiker ($n=122$) og pedodontist ($n=116$) som samarbeidet mest med endodontist.

Diskusjon

Formålet med Tannhelsetjenestens kompetansesentre var blant annet å styrke det fylkeskommunale ansvar for at befolkningen skulle

få lik tilgang til spesialisttannhelsetjenester over hele landet (2). Etter at kompetansesentrene ble vedtatt og startet opp har det vært diskusjon om hvorvidt sentrene ville ta en stor markedsandel av henvisninger som tidligere var blitt behandlet av privatpraktiserende spesialister og allmenntannleger. Vår studie viste at kun en liten andel av henviste pasienter kom fra den private tannhelsetjenesten. Dette korrelerer med tall fra Kompetansesenteret Øst (TkØ), hvor årsrapporten fra 2018 viste at av totalt 1287 henvisninger kom bare 20 fra privatpraksis (9).

Pasienter henvist fra den private tannhelsetjenesten uten rettigheter innenfor DOT, var ofte kasus med tillegg utfordringer til selve den endodontiske behandlingen. De fleste henvisninger fra private spesialister var fra spesialister med deltidsstilling ved TkV/H. Mange av henvisningene krevde interdisiplinær behandling. Det er enklere for pasienter og privatpraktiserende tannleger å henvise til et kompetansesenter med interdisiplinære behandlingsrutiner.

Studien ble utført før sammenslåingen av Hordaland og Sogn og Fjordane til Fylkeskommunen Vestland. Det er tilsynelatende en sammenheng mellom henvisningsfrekvens og geografisk avstand, siden klinikker med lengst geografisk avstand fra TkV/H både i Hordaland og Sogn og Fjordane, henviste minst. Dette samsvarer med andre studier fra Norge (10, 11). I henvisningsundersøkelsen til spesialister i pedodonti i Hordaland over en 5 års periode (12) samt en studie fra Irland (13), fant en at lokalisasjon av henvisningsinstansen var en viktig faktor med tanke på hvor tannlegen valgte å henvise. Den lave andelen henvisninger fra distrikt Øst og Sør i Hordaland samt Sogn og Fjordane med lengst reisevei til TkV/H, kan muligens forklares ved at deres pasienter ble henvist til spesialister i endodonti nærmere hjemsted som for eksempel Voss, Haugesund eller Ålesund.

En ny økonomisk henvisningsordning ble innført i 2019 i Hordaland og Sogn og Fjordane. Systemet ga alle klinikkene i DOT en budsjettramme øremerket spesialistbehandling. Størrelsen på budsjettet har redusert antall henvisninger til alle spesialiteter ved TkV/H i 2019 og 2020. Antall rådgivninger og ønske om behandlingsplaner har økt i samme periode. Dette kan oppfattes som at pasientgrupper med behov for og rettigheter til spesialistbehandling ikke blir tilbudt denne tjenesten i samme grad som tidligere, noe som er bekymringsfullt (12).

Ventetid er en viktig faktor med hensyn til hvor allmenntannleger velger å henvise (13). Undersøkelsen viste en gjennomsnittlig ventetid under 2 måneder og ventetiden varierte lite i fireårsperioden. Ved akutte traumekasus eller andre akutte henvendelser, ble pasient prioritert og ventetid tilpasset behov for omgående time. Barn hadde den korteste ventetid. En norsk studie viste at for rundt

70 % av private endodontispecialister som deltok i undersøkelsen, var ventetiden til første time én måned eller mindre (14). Dette er noe lavere enn ventetiden for endodontiavdelingen ved TkV/H. Det var to endodontister ansatt ved TkV/H i 1,2 årsverk i klinisk stilling i undersøkelsesperioden.

Det var signifikant flere kvinner enn menn som ble henvist. Dette er samsvarende med en tilsvarende studie fra Sverige (15). Rotbehandling er ofte forbundet med smertetilstander og negative behandlingsopplevelser. Det er rapportert at kvinner i større grad enn menn lider av kronisk smerte og har lavere toleranseterskel med hensyn til opplevelse av psyko-sosial smerte enn menn (16). Dette kan medvirke til at kvinner oftere henvises for smerteproblematikk. Underliggende biologiske årsaker kan også gi ulikheter mellom kjønn. En mulig kjønnsavhengig variasjon i reaksjonen på endodontisk infeksjon har blitt antydnet i en studie av Cotti et al (17).

Barn og unge (gruppe A) utgjorde den største gruppen som ble henvist til endodontister ved kompetansesenteret. Rotbehandling ble utført på barn fra 6 års alder i vår studie. Rotbehandling på unge pasienter skiller seg prinsipielt ikke fra tilsvarende behandling hos voksne. Det er ofte flere kompliserende faktorer og/eller hensyn som må tas til barnets fysiske og mentale utviklingsmessige stadium. For eksempel, kunne det være et teknisk vanskelig kasus på grunn av faktorer som rotåpne tenner, molarer med vanskelig anatomi, og/eller pasientene kunne være umodne, redde og derfor krevde behandling med sedasjon eller i generell anestesi. Traumeskader var ofte omfattende med behov for tverrfaglig tilnærming. I vår undersøkelse visste det seg at barn hadde behov for flere behandlingsseanser.

Traumebehandling hos unge pasienter og endodontiske problemstillinger forårsaket av blant annet mineraliseringsforstyrrelser var representert i henvisninger til TkV/H. Dette var også tydelig i en studie fra Skeie et al (2021) hvor pulpapatologi/periapikale forandringer, sammen med tanntraumer og tannresorpsjoner representerte den andre vanligste årsak for henvisning til pedodontist (15 %) (12). Dette viser at pedodontisk endodonti og traumatologi er viktige områder for begge spesialiteter. Spesialistutdanningsprogrammer i endodonti og pedodonti i Norge bør styrkes i disse områder.

Gruppe B, pasienter som er psykisk utviklingshemmede i- og utenfor institusjon, var den prioriterte gruppen som ble henvist minst i undersøkelsesperioden. Her er det viktig å ta i betraktning at denne gruppen også er betydelig mindre i størrelse enn de andre prioriterte gruppene (18). Det blir opp til kommune eller pasientens omsorgsansvarlige å informere DOT om denne pasientgruppen. En pasient registrert som psykisk utviklingshemmet i DOT får et prioritert tannhelsetilbud inklusiv spesialisttjeneste. Det er fore-

løpig usikkert om disse brukerne blir henvist. Pasienter i denne gruppen har ofte redusert evne til samarbeid (19). Behandlingen krever ofte premedisinering, lystgass eller generell anestesi (20). Når pasienten henvises til behandling i narkose, er det imidlertid ikke sikkert at behandlingen utføres av en spesialist. I de tilfeller hvor spesialister ved TkV/H har utført narkosebehandling på gruppe B pasienter, har det vært fordi pårørende selv har meldt inn et ønske/behov om behandling.

Gruppe C inkluderer eldre, uføre og langtidssyke i institusjon og med hjemmesykepleie. Gruppe C, var i denne studien den tredje største gruppen som ble henvist for rotbehandling. Det er kjent at Norge har en stadig aldrende befolkning der andelen eldre mennesker vil øke i løpet av de kommende tiår. I tillegg har bedre levevilkår og bedret tannhelse bidratt til at stadig flere eldre beholder sine tenner livet ut. Dette vil medføre et økt behov for odontologisk behandling hos gruppe C, eldre som er avhengig av hjelp til stell (21).

Med alderen øker risikoen for orale sykdommer og tannfrakturer som følge av gjentatte restaureringer, redusert salivasjon, dårligere motorikk og økt inntak av medisiner (22). Kronisk apikal periodontitt er vist å forekomme hyppigere hos eldre (23). Økende alder hos pasienten kan blant annet medføre kompliserende faktorer i forbindelse med endodontisk behandling ved at celletettheten i pulpa reduseres, blodkar og nervefibre avtar, mengden kollagen tiltar, og man får kalsifisering av rotkanaler (24). Resultatet av dette er en reduksjon av pulpavolumet. Dette gjør rotbehandling teknisk mer utfordrende og oftere krever spesialistbehandling. Den eldre pasienten har ofte et større behov for tverrfaglig behandling, blant annet på grunn av protetiske og periodontale problemstillinger.

Betalende pasienter (gruppe F) utgjorde 464 pasienter. Hovedandelen ble henvist av offentlige tannleger. Det er i dag diskusjon om DOT bør tilby behandling til ikke prioriterte grupper. Denne kartlegging viste at mange av de henviste betalende pasienter hadde tilleggsutfordringer. Dette kunne være økonomiske problemer, psykiske problemer og kulturelle utfordringer når det gjelder å møte til oppsatte timer. I tillegg ble kompliserte interdisiplinære kasus hyppigere henvist til TkV/H på grunn av at alle spesialiteter er samlet med opparbeidet faglig kompetanse og koordinering. Henvisninger av gruppe F pasienter fra private tannleger viste de samme utfordringer som henvisninger fra DOT.

Hovedårsaken til begrunnelse for henvisning til endodontist var teknisk vanskelig kasus. I tillegg ble mangel på utstyr som mikroskop, biokeramiske materialer ofte opplyst som grunn for henvisning. Dette kan tyde på at vanskelighetsgradering som undervises i grunnutdanningen ved universitetene (25) følges av de som henviser. Det viser seg at det er behov for faglig støtte og veiledning av

DOT tannleger på Vestlandet. Dette var tidligere signalisert i en spørreundersøkelse fra det samme geografiske området (8).

Konklusjon

Pasienter som ikke har funnet sin plass i den private tannhelsesektoren eller hos allmenntannleger i DOT, har fått et spesialisttilbud innbefattet interdisiplinær vurdering og behandling ved TkV/H. Lang avstand og endret økonomisk ramme for henvisningsklinikker i DOT kan imidlertid påvirke henvisningsfrekvensen til spesialistbehandling av prioriterte grupper negativt. TkV/H synes å ha vært og er et supplement til offentlig og privat tannhelsesektor.

REFERANSER

1. Lov om tannhelsetjenester (tannhelsetjenesteloven), https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54/KAPITTEL_3#KAPITTEL_LOV-2019-06-21-43; 1984.
2. Regjeringen.no. St.meld. nr. 35 (2006-2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning—Framtidas tannhelsetjenester Del 2. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/St-meld-nr-35-2006-2007-/id475114/?ch=2>.
3. Regjeringen.no. Statsbudsjettet 2018-Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064/2018>.
4. Edblad E, Crossner C. Pedodonti som klinisk spesialitet ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge. De fem første åren. Nor Tannlegeforen Tid. 2012; 122: 354-9.
5. Den norske tannlegeforening. NTFs etiske regler. <https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/etikktntfs-etiske-regler.html>; 2019.
6. Helsedirektoratet. Kartlegging av spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Status høst 2017. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet IS-2808. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartleggingav-spesialisttannhelsetjenester-til-personer-med-rettigheter-etter-tannhelsetjenesteloven/2017>.
7. Myrhaug T, Grytten J, Sandvik L, D. Ø. Kliniske rutiner ved rotbehandling hos spesialister i endodonti og allmennpraktiserende tannleger i Norge. Nor Tannlegeforen Tid. 2011; 121: 300-4.
8. Bletsa A, Iden O, Sulo G, Berggreen E. Work experience influences treatment approaches in endodontics: a questionnaire survey among dentists in Western Norway. Acta Odontol Scand. 2019; 77(8): 617-23.
9. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TkØ). 2018 Årsrapport: God oral helse for hele befolkningen gjennom tjenester av høy kvalitet. <https://www.tkost.no/cppage.5044675-252711.html>; 2019.
10. Vingsnes T, Omdahl F, Espelid I, Brusevold I. Lang reisevei reduserer sannsynligheten for henvisning til spesialistbehandling i pedodonti. Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 868-73.
11. Skeie MS, Johannesen JU, Trydal Solheim KB, Johansson A-K, Lillehagen M, Midtbø M. Henvisninger til Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi ved Universitetet i Bergen. Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 254-8.
12. Skeie M, Graue AM, Johansson A-K, Berggreen E. Har satsingen på pedodonti gitt resultater? Henvisninger til spesialister i pedodonti i Hordaland i 2014-2019. Nor Tannlegeforen Tid. 2021; 131: 262-8.
13. Barnes JJ, Patel S, Mannocci F. Why do general dental practitioners refer to a specific specialist endodontist in practice? Int Endod J. 2011; 44(1): 21-32.
14. Grytten J, Holmgren T. De private spesialistene i tannhelsetjenesten - har de nok å gjøre? Nor Tannlegeforen Tid. 2017; 127: 236-40.
15. Sebring D, Dimenas H, Engstrand S, Kvist T. Characteristics of teeth referred to a public dental specialist clinic in endodontics. Int Endod J. 2017; 50(7): 629-35.
16. Sorge RE, Totsch SK. Sex Differences in Pain. J Neurosci Res. 2017; 95(6): 1271-81.
17. Cotti E, Zedda A, Deidda M, Piras A, Flore G, Ideo F, et al. Endodontic infection and endothelial dysfunction are associated with different mechanisms in men and women. J Endod. 2015; 41(5): 594-600.
18. Helsetilsynet. Flere ungdom og voksne under tilsyn av den offentlige tannhelsetjenesten. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2004/helsetilsynetrapport14_2004.pdf; 2004.
19. Lin PY, Wang KW, Tu YK, Chen HM, Chi LY, Lin CP. Dental service use among patients with specific disabilities: A nationwide population-based study. J Formos Med Assoc. 2016; 115(10): 867-75.
20. Rogaland Fylkeskommune. Forvaltningsrevisjon av tannhelsetilbudet til psykisk utviklingshemmede over 18 år <https://www.tannhels erogaland.no/newsread/readimage.aspx?WCI=GetByID&IMAGID=26&DOCID=10523>; 2010.
21. Samson H, Strand G, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. Acta Odontol Scand. 2008; 66(6): 368-73.
22. Strand GV. Tenner for hele livet. Nor Tannlegeforen Tid. 2011; 121: 104-9.
23. Eriksen H. Epidemiology of apical periodontitis. In: Ørstavik D, T PF, editors. Essential Endodontology. Cambridge: Blackwell Science Ltd; 1998. p. 179-91.
24. Bernick S, Nedelman C. Effect of aging on the human pulp. J Endod. 1975; 1(3):88-94.
25. American Association of Endodontists (AAE). AAE Endodontic Case Difficulty Assessment Form and Guidelines; https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2019/02/19AAE_CaseDifficultyAssessmentForm.pdf

Takk

Artikkelen er basert på en prosjektoppgave for det integrerte masterstudiet i odontologi i av Ingri Nilsson Valle og Nika Stojkovski med tittelen «Henvisninger til spesialister i endodonti 2017-2018: et kartleggingsprosjekt ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland» (2020). Vi vil takke Gerhard Sulo for statistiske analyser i prosjektoppgave (data 2017–2018) og Linda Kleppe Has-selgren for innhenting av data for 2015 og 2016.

ENGLISH SUMMARY

Iden O, Valle IN, Stojkovski N, Jensen KHM, Bletsa A.

Referrals to endodontists at Oral Health Center of Expertise in Western Norway (TkV/Hordaland).

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 122: 232–9.

The aim of this study was to map the referrals to endodontists at the Oral Health Center of Expertise in Hordaland County, Western Norway (TkV/H) during the years 2015-2018.

A total of 1 379 endodontic referrals were received. Age range of referred patients was 6–95 years. Significantly more women than men were referred.

Sixty-seven percent of the referrals were patients with rights within the Public Dental Service (PDS). Children and adolescents constituted the largest group followed by the elderly, chronic ill and disabled adults. More than nine out of ten referrals were from the PDS. Clinics with the largest kilometer distance to TkV/H referred the least.

Referrals from private practitioners were low ($n = 65$), and nearly half of them were from specialists and mainly patients with rights in PDS.

Waiting time was just under two months and varied according to patient group, with shortest for children and adolescents.

The most common reasons for referral were technically difficult cases, lack of specialized endodontic equipment, and the need for collaboration with other specialties (82%, 42% and 21%, respectively).

The study showed that TkV/H had mainly received endodontic referrals from the PDS and has functioned as a complement to the public and private dental health sector.



Sykehjelpsordningen

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



For søknadsskjema og vedtekter se www.tannlegeforeningen.no



Vi har spesialister tilgjengelig i hele Norge!

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

Trenger du hjelp med dine pasienter?

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

HOVEDPUNKTER

- Munnhygienefasen er en integrert del av periodontal terapi.
- Imidlertid er det ikke kjent hvor mye lengden og stregheten av denne fasen i seg selv kan redusere periodontale parametere til en pasient.
- Denne studien viser at en tre-måneders streng munnhygienefase kan redusere periodontale lommedybder svært mye, faktisk så mye at den kan endre en periodontal behandlingsplan som normalt ville inkludert periodontal kirurgi og/eller antibiotika til enkel, systematisk depurasjon.

FORFATTERE

Hans Preus, professor em., Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Quamar AL-Lami, tannlege, Nydalen Tannlegesenter, Oslo

Vibeke Bælum, professor, Institut for Odontologi og Oral Sundhed, Aarhus Universitet, Danmark.

OM ARTIKKELEN

Denne artikkelen er en sekundærpublisering basert på: Preus HR, Qamar AL-Lami Q, Vibeke Baelum V. Oral hygiene revisited. The clinical effect of a prolonged oral hygiene phase prior to periodontal therapy in periodontitis patients. A randomized clinical study. J. Clin Periodontol 2020; 47: 36-42.

Originalartikkelen bygger på masteroppgave av Quamar AL-Lami, i odontologistudiet ved UiO, 2019.

Tillatelse til redigert, norsk utgave er gitt av CCC Rights-link, Wiley Publishers, License No. 5164340612091, October 8, 2021.

Clinical Trials registreringsnummer: NCT01318928.

Korresponderende forfatter: Hans R. Preus, e-post: hpreus@odont.uio.no; Avd. for periodonti, IKO, Det odontologiske fakultet; PB 1109 Blindern, 0317 Oslo, Norge

Akseptert for publisering 02.02.2022.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Preus HR, AL-Lami Q, Baelum V. Effekten av en forlenget munnhygienefase før periodontal behandling. En randomisert klinisk studie. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 242-8.

Norsk MeSH: Periodonti; Behandlingsresultat; Klinisk forsøk; Kronisk marginal periodontitt; Munnhygiene

Effekten av en forlenget munnhygienefase før periodontal behandling. En randomisert klinisk studie

Hans R. Preus, Qamar AL-Lami og Vibeke Bælum

Målet med denne studien var å undersøke effekten av en tre-måneders streng munnhygienefase på viktige parametere for periodontitt: plakk, blødning ved sondering og lommedybder.

Materiale og metoder: Førtifire pasienter med alvorlig periodontitt ble tilfeldig fordelt på test eller kontrollgrupper. Testgruppen fullførte en tre måneders streng munnhygienefase. Kontrollgruppen mottok ikke instruksjoner eller motivasjon om munnhygiene før etter at de tre månedene var gjennomført. Plakk, blødning ved sondering og lommedybder ble registrert på fire steder av hver tann ved «baseline» og etter tre måneder i begge grupper.

Resultater: En statistisk signifikant og kraftig reduksjon av plakk, blødning ved sondering og lommedybder ble observert etter de tre månedene i testgruppen. Ingen endring til det bedre skjedde i kontrollgruppen.

Konklusjon: En tre måneders streng munnhygienefase hos pasienter henvist til periodontal terapi reduserte plakk, blødning ved sondering og lommedybde i en slik grad at det kan påvirke terapiplanleggingen.

Behandlingsplanlegging i periodontien har tilsynelatende endret seg over de siste tiårene. Ved begynnelsen av 1980-tallet var det obligatorisk å starte periodontal terapi med en tydelig munnhygienefase der pasienten ble individuelt motivert og instruert i riktig munnhygiene (1). Denne fasen skulle sikre pasientens evne til å opprettholde tilstrekkelig munnhygiene avgjørende for langsiktig suksess av den aktive terapifasen. Ikke desto mindre synes munnhygienefasen å gradvis ha fått mindre plass, og sees nå ofte sammensmeltet med den faktiske årsaksterapien (scaling og rotplaning (SRP)) til en 'innledende fase' i lærebøkene (2). Selv om dette kan representere en effektivisering av terapien, har en tydelig munnhygienefase vist seg å redusere nivået av inflammatoriske symptomer, redusere alvorlighetsgraden av den aktive behandlingsfasen (3,4) og sikre pasientens evne til å opprettholde nivået av munnhygiene som er avgjørende for det langsiktige resultatet (5).

I rapporten fra 1-årsresultatene av en randomisert klinisk studie av fire behandlingsstrategier for periodontitt (6) hevdet vi at en strikt, 3 måneders individuell hygienefase, som vi hadde instituert i denne studien, var årsaken til en reduksjon av plakkmengden observert i de fire testgruppene fra 60,3 % - 63,7 % til 12,5 % - 15,9 %. Siden formålet med studien, hvor femårsresultater er publisert (5), ikke innebar en vurdering av effekten av denne munnhygienefasen før studien, samlet vi ikke inn data fra før studien på andre modifiserbare parametere for periodontitt, for eksempel blødning ved sondering (BOP) og lommedybde (PPD). Vi har derfor funnet det interessant å studere effekten av en slik tre måneders munnhygienefase på tilstedeværelsen av plakk, lommedybder (PPD) og blødning ved lommemåling (BOP) blant pasienter som lider av avansert periodontal sykdom.

Materiale og metoder

Studien ble designet som en randomisert, kontrollert klinisk studie med en munnhygiene- og en kontrollgruppe. Den ble utført blant periodontittpasienter som var henvist til periodontal behandling ved en spesialistklinikk i Vestfold og Telemark fylke, og som for øyeblikket var plassert på klinikkens venteliste. Basert på informasjonen fra henvisende tannleger, ble pasienter i alderen 30 - 75 år, som ikke røkte, ikke brukte røykfri tobakk, ikke var gravide, ikke tok medisiner annet enn for prevensjon, og ikke led av andre sykdommer, identifisert fra ventelisten og tilfeldig fordelt på en av to grupper ved hjelp av en datagenerert, tilfeldig fordelingstabell (7). Studieprotokollen var godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sørøst-Norge (REK Sør-Øst – B 2018/2205B). Registernummeret i Clinical Trials – <http://www.clinicaltrials.gov>: NCT01318928.

Pasienter i studien og registreringer

Beregning av stikkprøvestørrelse ble basert på resultatene til Preus et al. 2013 (6), der vi hadde gode estimater av de forventede verdier

ne for denne pasientpopulasjonen av variablene «% sites med plakk», «% sites med BOP», «gjennomsnittlig lommedybde» og «gjennomsnitt antall sites med PPD $\geq$ 5 mm» etter munnhygienefasen. Imidlertid hadde vi sanne basisverdier (dvs. pre-oral hygienefaseverdier) bare for variabelen «% sites med plakk». Resultatene angående variabelen «% sites med plakk» antydte at den forventede effekten av munnhygieneprogrammet ville være en reduksjon fra en gjennomsnittlig plakkprosent på omtrent 60 % til omtrent 15 %, med et standardavvik (SD) på mindre enn 20 %. En konservativ, men robust estimering (ved bruk av prosedyre 'power' av Stata 15.1; StataCorp, College Station, TX, USA) viste at totalt 46 deltakere (23 per gruppe) ville være tilstrekkelig for å demonstrere for en to-armet test at det beskrevne hygieneprogrammet ville resultere i en reduksjon i % steder med plakk fra 60 % til bare 40 %, forutsatt et standardavvik på 20 %, en test-styrke ($1-\beta$) på 90 % og et signifikansnivå (α) på 0,05 (to-siders t-test). Med denne utvalgsstørrelsen ville vi også kunne demonstrere en reduksjon i «% sites med BOP» fra et gjennomsnitt på 27 % til 13 % (SD 13%); en reduksjon i gjennomsnittlig lommedybde for lommedybder fra 3,8 mm til 3,1 mm (SD 0,7 mm); og en reduksjon i gjennomsnittlig antall sites med PPD $\geq$ 5 mm fra 25 til 10 (SD 15). I alle beregninger antok vi like store standard avvik i de to grupper, men den konservative tilnærmingen til estimering var tilstrekkelig robust til å romme manglende holdbarhet av denne antagelsen.

Pasienter ble innkalt til sin første konsultasjon ved hjelp av to forskjellige metoder. De som var allokert til kontrollgruppen, mottok det vanlige innkallingskortet som ble sendt til dem 14 dager før planlagt avtale, mens pasientene i hygienegruppen ble kontaktet per telefon, også 14 dager før den planlagte timen. Den sistnevnte metoden var nødvendig for å forberede pasientene i hygienegruppen på en konsultasjon som ville ta 1½ time, i tillegg de samtykket til å delta i studien, hvis formål og art ble forklart for dem i denne telefonsamtalen. Alle pasientene ønsket å delta.

Ved den første konsultasjonen fikk alle pasientene registrert plakk (8), blødning ved sondering (BOP) (9) og lommedybder (PPD) i mm registrert på fire steder (mesio-buccal, buccal, disto-buccal og lingual) av alle tilstedeværende tenner (unntatt tredje molar). Furkasjoner (10) ble også registrert. En full røntgenstatus ble også tatt opp sammen med bekreftelse på den anamnestiske informasjonen fra henvisende tannlege. Alle periodontale registreringer ble registrert av samme undersøkelsespersone (HP) som ikke visste hvilke pasienter som deltok i prosjektet.

Ved den første konsultasjonen ga de 22 pasienter som var allokert til hygienegruppen skriftlig, informert samtykke. Derimot, men i samsvar med REK-godkjenningen, ble det ikke innhentet informert samtykke fra pasientene i kontrollgruppen på dette tidspunkt, etter-

som disse nettopp fulgte standardprosedyrene på klinikken. I denne spesialistklinikken, som betjener et stort antall henvisende allmenn-tannleger, blir pasienter som henvises til klinikken rutinemessig informert ved sitt første besøk om at det er minst tre måneders forsinkelse mellom det første besøket på klinikken og starten på aktiv periodontal terapi. Det første besøket tjener til å vurdere behovet for tannarbeider som skal utføres av den henvisende allmenntannlegen før periodontal terapi starter, f.eks. ekstraksjoner, midlertidige prote-ser, endodontisk terapi, samt midlertidige eller permanente fyllinger. Videre blir tiden som går mellom det første og andre besøket gene-relt, (unntatt kontrollgruppen i denne studien) brukt til den strikte munnhygienefasen (5,6) som er en del av prosedyren før behandling i denne spesialistpraksisen. Det var også viktig å unngå en Hawt-horne-effekt (11, 12) i form av utilsiktet påvirkning på munnhygiene-atferden til pasientene i kontrollgruppen. Derfor ble pasienter, som var allokert til kontrollgruppen, holdt uvitende om mulig deltakelse i studien til alle relevante målinger var samlet inn (det vil si ved den andre konsultasjonen). På det tidspunktet fikk de et informert sam-tykkeskjema og spurt om de var villige til retrospektivt å gi oss «base-line» (BL) og 3-måneders data om plakk, BOP og lommedybder til prosjektet. Alle 22 pasientene aksepterte.

Når «baseline» plakk, PPD og BOP registreringer var gjort, ble pasientene i hygienegruppen gitt en grundig motivasjon og in-struksjon i munnhygiene som beskrevet nedenfor og fikk en ny av-tale 3 måneder senere. Ved denne andre avtalen ble det registrert nye målinger av plakk, BOP og PPD som beskrevet ovenfor (opp-følgingsdata) av den samme spesialisten i periodonti (HP) som gjorde «baseline» undersøkelsen og som var blindet for studien. Den gruppemessige fordelingen av pasienter var ikke kjent for kli-nisk eksaminator (HP), og deltakerne i studien ble blandet med andre konsultasjoner i løpet av perioden som var nødvendig for å fullføre studien. Etter den andre avtalen gikk testgruppen inn i tera-pifasen, mens kontrollgruppen nå startet sin munnhygienefase som beskrevet, men med tre måneders forsinkelse. Kalibreringsdata ble ansett som svært gode gjennom denne langsgående intervensjonen og oppfølgingsstudien, og er presentert i tidligere artikler (5,6).

Oral hygiene-motivasjon og -instruksjon

Denne delen av den første konsultasjonen ble utført av en tannplei-er som ikke var involvert i de kliniske registreringene. En grundig introduksjon til periodontitt, dets etiologi, behandling og forebyg-ging ble gitt muntlig og skriftlig. Et individuelt skreddersydd munnhygieneregime ble deretter utviklet for hver pasient, tilpasset pasientens fysiske og mentale kapasitet, samt lokale orale og tanna-natomiske faktorer (5, 13). All informasjon ble gitt muntlig så vel som skriftlig. Den skriftlige, generelle informasjonen var standardi-

sert, mens instruksjoner for munnhygiene (type børste, teknikk, etc.) ble skrevet ned for hånd mens informasjonen ble gitt. Plakk-innfarging ble ikke brukt. Ingen pasienter brukte elektriske tann-børster eller andre skyllevæsker enn 0,2 % fluorider. En supragin-gival scaling ved hjelp av håndinstrumenter ble utført kun i de tilfeller der de interproksimale områdene var lukket av tannstein, og hensikten ble formidlet til pasienten i disse spesielle tilfellene. Spesiell forsiktighet ble tatt for ikke å scale i de sulkulære eller sub-gingivale rom. Ingen polering (pimpestein eller «airflow») ble ut-ført. Munnhygieneinstruksjonen omfattet skrubbetoden (14), ettersom denne metoden allerede brukes av de fleste nordmenn vha. vanlig tannbørste. I utgangspunktet lot tannpleier pasienten føle hvordan børstningen skulle føles, hvorefter pasienten ble vist prosedyren i speil. Til slutt ble pasienten bedt om å utføre børstnin-gen selv og la tannpleier kontrollere at pasienten hadde forstått in-formasjonen og instruksjonene. Spesiell instruksjon ble gitt til pasi-enter som viste høy grad av reaktivitet i musculus mentalis under børsting, noe som kan forhindre at børsten når bucco-gingiva-le-overflatene på underkjevens fortenner, og til pasienter som åpner munnen så vidt at ramus mandibula ville dekke den andre (og noen ganger den første) molar i overkjeven. Egen rengjøring av in-terproksimale områder ble demonstrert ved bruk av mellom-romsbørster (EKULF, Norrköping, Sverige). I tilfeller der de prok-simale mellomrom var for smale for en interdental børste (dvs. under en diameter på 0,6 mm), ble det demonstrert bruk av Soft Picks Advanced Large® (GUM, Sunstar, Schaumburg, IL, USA). Vi finner at denne typen myke interdentalremedier tolereres bedre enn små interdentalbørster, hvis metallkjerne ofte er ubehagelig for pasienten, at de lett bøyes, er til irritasjon og dermed ikke bru-kes. I tilfeller der tennene hadde kontaktflater (ikke kontaktpunkter og interproximale områder), ble Glide Dental Floss Picks® (Crest, Proctor & Gamble, Cincinnati, OH, USA) demonstrert, ettersom tannstikker eller mellomromsbørster ikke når inn i slik anatomi. Når interproximale mellomrom var bredere enn den største in-terproksimale børsten i EKULF-serien (0,9 mm), men lang i den vertikale dimensjonen, ble det vist bruk av to børster sammen for å passe mellomrommet (dvs. 0,8+0,9 mm EKULF Interdental bør-ster). Ved brede mellomrom i horisontal retning ble de største stør-relsene på interdentalbørster (Easydent, 6,0/11,0 mm black® eller XXL®; Lactona Europe, Bergen og Zoom, Holland) demonstrert. I tilfeller av diastemata av forskjellige størrelser ble individuelt tilpas-sede teknikker vist. Grad III - furkasjoner ble rengjort med tilpasse-de interdentalbørster (Interprox Plus®; Dentaaid, Llinars del Vallès, Barcelona, Spania), og det ble instruert hvordan man innfører fluortannkrem (Duraphat Toothpaste®, 5mg/ml, Colgate Palmolive, New York, NY, USA) i disse furkasjonene. Denne omfattende

mundtlige hygieneanvisningen og motivasjonen sikret rengjøring av alle tannflater, uavhengig av tannanatomi, tilstøtende anatomi eller personlige anatomiske eller fysiologiske utfordringer, en prosedyre som hadde vist seg svært vellykket i selve intervensjonsstudien (5,6,13). Alle deltakere ble anbefalt å skylle hver kveld med en 0,2 % fluorløsning (Fluorid 0,2 % , NAF, Norge) for å forhindre ising og rotkaries i rotoverflater eksponert som følge av munnhygieneprosedyrer og den kommende periobebehandlingen.

Statistisk analyse

Distribusjonskarakteristikkene til variablene «% sites med plakk», «% sites med BOP», «gjennomsnittlig PPD», antall sites med PPD $\geq$ 4 mm, $\geq$ 5 mm og $\geq$ 6 mm» ble undersøkt grafisk ved bruk av prosedyre 'qnorm' for STATA15.1 (StataCorp, College Station, TX, USA), og testet formelt ved hjelp av testen foreslått av D'Agostino et al. 1990 (15) implementert i prosedyre 'sktest' av STATA15.1. Etter som alle vurderte utfallsvariabler ikke avvok statistisk signifikant fra normalfordelingen, estimerte vi utfall ved hjelp av gjennomsnittsverdier og brukte den uparede t-testen for å sammenligne mellom de to gruppene verdiene til utfallsvariablene «% sites med plakk», «% sites med BOP», «gjennomsnittlig PPD», antall «sites» med PPD $\geq$ 4 mm, $\geq$ 5 mm og $\geq$ 6 mm» registrert etter 3 måneder. Vi beskrev også endringene fra «baseline» til 3-måneders oppfølging observert i disse utfallsvariablene.

Resultater

Gjennomsnittsalderen for de inkluderte pasientene var 54,7 år (36 – 72 år) hvorav 56,8 % var kvinner. Pasientene hadde et gjennomsnitt på 23,0 (SD 4,4) tenner (tabell 1). I kontrollgruppen var gjennomsnittlig «% sites med plakk» ved «baseline» 61,7%, og gjennomsnittlig «% sites med BOP» var 57,2 % (tabell 1). Disse basisverdiene var statistisk signifikant høyere i kontrollene enn i hygienegruppen, der de tilsvarende estimatene var 36 % og 39,8 % (tabell 1). Gjennomsnittlig antall «sites med PPD $\geq$ 4 mm» var litt høyere i kontrollgruppen (59,4) enn i hygienegruppen (52,2), og forskjellen mellom gruppene økte med økende PPD, men nådde ikke statistisk signifikans (tabell 1).

Tabell 2 viser at de to gruppene var vesentlig og statistisk signifikant forskjellige for alle parametere ved 3-måneders observasjonen. Gjennomsnittlig «% sites med plakk» og BOP ble redusert til henholdsvis 4,7 % og 11,7 % i hygienegruppen, mens pasienter i kontrollgruppen fortsatte å vise høye verdier, henholdsvis 66,9 % og 59,4 % (tabell 2). De fleste pasienter i hygienegruppen var reduksjonen i % plakk mellom 10 og 30 %, mens noen få pasienter viste reduksjoner på opptil 80 % sites med plakk. Noen få pasienter i hygienegruppen reduserte BOP % med mindre enn 10 %, men de fleste pasientene viste reduksjoner i området 10 - 45 % og noen få hadde enda større reduksjoner.

I hygienegruppen hadde gjennomsnittlig PPD blitt redusert til 2,8 mm, og gjennomsnittlig antall sites med PPD $\geq$ 4 mm, $\geq$ 5 mm, $\geq$ 6 mm eller $\geq$ 7 mm hadde redusert til henholdsvis 19,1; 9,5; 3,0 og 0,9. Dette var til forskjell fra registreringene i kontrollgruppen der gjennomsnittlig PPD forble høyt på 5,0 mm, og gjennomsnittlig antall sites med PPD $\geq$ 4 mm, $\geq$ 5 mm, $\geq$ 6 mm eller $\geq$ 7 mm var henholdsvis 60,9; 57,7; 45,5 og 28,9.

Tabell 2 viser også at endringene fra «baseline» var vesentlige for alle parametere i hygienegruppen, og minimale i kontrollgruppen.

Tabell 1. Baseline registreringer for forsøksdeltakerne for hver av de to gruppene; hygienegruppen og kontrollgruppen. Gjennomsnitt med standardavvik (sd) i parentes. Gjennomsnittlige forskjellen mellom grupper sammen med deres 95% konfidensintervaller (CI) er også angitt. N: Antall deltakere. BOP ("bleeding on probing"); PPD ("probing pocket depth")

	Hygiene-gruppe N=22	Kontroll-gruppe N=22	Alle deltagere N=44	P*	Gj.sn. forskjell Hygiene – Kontroll (95 % CI)
Alder, år	55,7 (10,7)	53,6 (9,2)	54,7 (9,9)	0,48	2,1 (-3,9; 8,2)
Kjønn (% kvinner)	63,6	50,0	56,8	0,36	13,6 (-15,4; 42,6)
Antall tenner til stede	22,0 (4,6)	24,0 (4,0)	23,0 (4,4)	0,12	-2,1 (-4,7; 0,6)
Plakk %	36,0 (16,3)	61,7 (8,9)	48,9 (18,3)	<0,0001	-25,7 (-33,6; -17,7)
BOP %	39,8 (20,9)	57,2 (12,8)	48,5 (19,2)	0,0018	-17,4 (-27,9; -6,8)
Gj.sn. PPD, mm	4,4 (1,0)	4,9 (1,1)	4,6 (1,1)	0,13	-0,5 (-1,1; 0,2)
Antall PPD $\geq$ 4 mm	52,2 (20,1)	59,4 (19,3)	55,8 (19,8)	0,23	-7,2 (-19,2; 4,8)
Antall PPD $\geq$ 5 mm	44,6 (22,7)	56,8 (20,9)	50,7 (22,4)	0,07	-12,2 (-25,5; 1,1)
Antall PPD $\geq$ 6 mm	30,9 (20,8)	43,7 (21,8)	37,3 (22,0)	0,05	-12,8 (-25,8; 0,1)
Antall PPD $\geq$ 7 mm	15,6 (13,8)	28,6 (21,1)	22,1 (18,8)	0,02	-13,0 (-23,9 – -2,1)

* For test av nullhypotesene om ingen forskjell mellom hygienegruppe og kontrollgruppe

Tabell 2. Variablene Plakk, BOP og PPD etter 3 måneder og deres endringer fra baseline-observasjonene, gitt for hver av de to gruppene. Gjennomsnitt med standardavvik (sd) i parentes. Gjennomsnittlige forskjellen mellom grupper sammen med deres 95% konfidensintervaller (CI) er også angitt.

	Status etter 3 måneder			Endring fra baseline (BL – 3 måneder)		
	Hygiene-gruppe N=22	Kontroll-gruppe N=22	Gj.sn. forskjell* Kontroll – Hygiene (95 % CI)	Hygiene-gruppe N=22	Kontroll-gruppe N=22	Gj.sn. forskjell* Hygiene – Kontroll (95 % CI)
Plakk %	4,7 (5,6)	66,9 (7,4)	62,2 (58,2; 66,2)	31,3 (14,2)	-5,3 (7,7)	36,6 (29,6; 43,6)
BOP %	11,7 (7,2)	59,4 (13,5)	47,7 (41,0; 54,3)	28,5 (22,7)	-2,2 (6,6)	30,7 (20,1; 41,4)
Gj.sn PPD, mm	2,8 (0,5)	5,0 (1,1)	2,1 (1,6; 2,6)	1,6 (0,7)	-0,1 (0,1)	1,6 (1,3; 1,9)
Antall PPD ≥ 4 mm	19,1 (15,5)	60,9 (19,6)	41,7 (31,0; 52,5)	33,0 (14,1)	-1,5 (1,7)	34,5 (28,2; 40,8)
Antall PPD ≥ 5 mm	9,5 (8,6)	57,7 (20,4)	48,2 (38,6; 57,9)	35,2 (16,5)	-0,9 (2,0)	36,0 (28,7; 43,4)
Antall PPD ≥ 6 mm	3,0 (4,1)	45,5 (21,6)	42,4 (32,7; 52,1)	27,9 (18,6)	-1,7 (2,2)	29,6 (21,3; 37,9)
Antall PPD ≥ 7 mm	0,9 (1,0)	28,9 (21,5)	28,0 (18,5; 37,5)	14,7 (13,5)	-0,3 (0,3)	15,0 (9,0; 21,0)

*Alle forskjeller: P < 0,001

De estimerte effektene av munnhygieneprogrammet var en reduksjon i % -sites med plakk på 36,6 %, mens reduksjonen i «% sites med BOP» var 30,7 %. Gjennomsnittlig PPD ble redusert med 1,6 mm, og gjennomsnittlig antall steder med PPD ≥ 4 mm, ≥ 5 mm eller ≥ 6 mm ble redusert med henholdsvis 34,5, 36,0 og 29,6 (tabell 2).

Blant de 22 pasientene i hygiene- og kontrollgruppens antall lommer (PPD) ble det ved «baseline» registrert henholdsvis 680 og 964 lommer > 6 mm. Etter hygienefasen hadde 5 av 22 pasienter i hygienegruppen fått redusert antall lommer > 6 mm til 0, mens de resterende 17 delte 67 lommer > 6 mm. I kontrollgruppen var antall lommer > 6 mm steget til 1000, uten at dette nådde statistisk signifikans.

Diskusjon

Denne enkle studien har vist en svært stor virkning av en 3-måneders munnhygienefase på PPD, plakk og BOP, noe som bekrefter funn fra en mindre, 2-måneders klinisk studie av Tagge, et al. 1975 (16). De sammenlignet 22 «sites» behandlet med munnhygieneprosedyrer med 22 ikke-behandlede kontroll «sites» og fant at effekten av munnhygieneprosedyrer medførte en gjennomsnittlig reduksjon i gingivitt score fra 5,82 til 3,77 samtidig som PPD ble redusert med 0,54 mm. Varigheten av munnhygienefasen, 3 måneder, som ble brukt i vår studie ble valgt utelukkende basert på pragmatiske hensyn, siden spesialistklinikken mottar så mange henvisninger at en ventetid på mer enn 3 måneder til faktisk terapi er vanlig.

Underlig få studier har sett på effekten av selve munnhygienefasen. Dahlén et al. 1992 (17) rapporterte en betydelig reduksjon i supragingival plakk og blødning ved sondering (BOP) etter 2 år ved bruk av myke tannbørster, interdentalbørster og trekantete tannstikker blant 23 pasienter med moderate tegn på periodontitt. I løpet av disse to årene møtte pasientene til kontroller med rein-

struksjon hver 3 måned. Etter to år var gjennomsnittlig lommedybde (PPD) på lommer ≥ 5 mm redusert fra et gjennomsnitt på 6,6 mm til 5,4 mm. Cercek et al. 1983 (18) studerte effekten av munnhygieneinstruksjon ved bruk av myke tannbørster, tanntråd og interdentalbørster, gitt til syv pasienter ukentlig i fire uker gjentatt. De fant at plakkprosenten ble redusert fra et gjennomsnitt på 74 % til 7,4 % etter 5 måneder, mens «% sites med BOP» ble redusert fra et gjennomsnitt på 72 % til 41 %, og det gjennomsnittlige PPD redusert fra 4,4 mm til 3,9 mm. Tagge et al. 1975 (16) rapporterte også reduksjoner i 'tannkjøttbetennelse' og reduserte gjennomsnittlige lommedybder i utvalgte lommer som bare ble behandlet med supragingival munnhygiene.

I en tidligere studie (5) demonstrerte vi at det her beskrevne munnhygieneprogram førte til en reduksjon i «%-sites» med plakk fra 60-64 % til 12-16 % blant deltakerne i en randomisert kontrollert klinisk studie. Resultatene av den herværende studie bekrefter dette funnet hva angår basisverdiene for «%-sites» med plakk for kontrollgruppen og tremånedersverdiene for «%-sites» med plakk for hygienegruppen. For de fleste tannleger er det vanlig å inkludere en eller flere kontrolløkter under munnhygienefasen. Dahlén et al. 1992 (17) og Cercek et al. 1983 (18) brukte denne tilnærmingen. Dette gjør det mulig å inkludere depurasjon i denne fasen. I vår forrige studie (5,6,19), som i den herværende, skilte vi bevisst munnhygienefasen fra behandlingen for å gjøre pasientene ansvarlige for sin egen munnhygiene, og ikke få munnhygienefasen til å virke som terapi gitt av en tannlege. I likhet med van der Weijden og Hioe (20) brukte vi bare en enkelt økt med munnhygiene motivasjon og instruksjon i løpet av de tre månedene som er beskrevet her.

Det kom som en overraskelse at basisverdiene for %-stedene med plakk og %-stedene med BOP viste seg å være vesentlig lavere

i hygienegruppen enn i kontrollgruppen. Siden pasientene på ventelisten ble tilfeldig fordelt på grupper, og siden vi tildelte et relativt stort antall pasienter til hver gruppe (22 per gruppe), ville vi derfor ha forventet at hygienegruppen hadde basisverdier av samme størrelse som de sett i kontrollgruppen. Imidlertid er dette muligens et resultat av en Hawthorne-effekt, som ble introdusert av nødvendigheten av å gi råd på forhånd til pasientene som ble tildelt intervensjonsgruppen telefonisk over den lengre varigheten av deres første konsultasjon. Informasjonen som ble gitt under denne telefonsamtalen, kan ha fått disse pasientene til å uoppfordret forbedre sin munnhygiene i løpet av de to ukene før de møtte opp til undersøkelsen. Hvis dette virkelig er forklaringen på de lavere «baseline»-verdiene i intervensjonsgruppen, vil det indikere at en betydelig Hawthorne-effekt kan oppstå i løpet av bare en kort periode. Noen bevis for at slikt faktisk er mulig, finnes i en 1-års studie av ubehandlet periodontitt der 22 pasienter fikk periodontale registreringer tatt annenhver måned i et år (21,22). I denne studien «var det en «placebo» effekt registrert hos noen pasienter som begynte å gjennomføre bedre munnhygiene som et resultat av å få delta i studien» (21), og denne effekten var tilstrekkelig for å indusere en betydelig netto gevinst i periodontalt festnivå (Clinical Attachment Level) (21). Uansett forklaring, er det også klart at denne ubalansen ved «baseline» ikke diskvalifiserer vår studie, ettersom de reduserte basisverdiene i hygienegruppen ville skyve resultatene i retning av ingen effekt av munnhygieneprogrammet. Lavere «baseline» verdier for munnhygiene og periodontale parametere betyr mindre mulighet for forbedring, akkurat som regresjon mot gjennomsnittet ville favorisere større reduksjoner fra de høyere «baseline»-verdier som ble sett i kontrollgruppen. Likevel indikerer vår observasjon at vi kan ha forbedret studiedesignet ved å bruke en tilnærming der pasientene i intervensjonsgruppen også ville bli holdt utvittende om deres mulige deltakelse i studien til alle data var samlet inn.

Selv om vi ikke tok for oss den direkte virkningen av munnhygienefasen på behandlingsplanlegging i denne studien, indikerer våre

funn at en lang innledende munnhygienefase reduserer lommedylder og blødning vesentlig. Dette kan igjen redusere behovet for mer omfattende og teknisk utfordrende behandling i form av kirurgi og antibiotika. Selv om tannleger ikke nødvendigvis ser dette som en fordel, vil det helt klart være fordelaktig fra et pasientperspektiv. Som et eksempel, hadde de 680 «sites» med en PPD ≥ 6 mm ved «baseline» i munnhygienegruppen blitt redusert til bare 67 «sites» med en PPD ≥ 6 mm ved 3-måneders oppfølgingsundersøkelse, mens antallet slike lommer knapt hadde endret seg i kontrollgruppen.

Selv om det må understrekes at resultatene av denne studien ikke gir formell grunn til å anbefale denne 3 måneders munnhygieneprotokollen fremfor andre protokoller, er fordelene ved en lang munnhygienefase likevel viktige: En betydelig periode er nødvendig for den ønskelige reduksjonen av betennelsesnivået og det gingivale ødem (som del av PPD), akkurat som det er ønskelig å observere pasientens evne til å opprettholde riktig munnhygiene over tid, noe som er spesielt viktig med tanke på årene etter behandlingen. I den ovennevnte longitudinelle intervensjonsstudien (6) ble det faktisk observert en ytterligere reduksjon av plakkscore til et gjennomsnitt på 8 % gjennom de fem årene med oppfølging, noe som sementerte viktigheten av pre-terapi munnhygiene fase også for vedlikeholdsfasen. Da studien til Preus et al. 2017 (5), som er basert på denne tilnærmingen, nylig ble gjennomgått i JCP Digest (23), ble det imidlertid konkludert med at en tre måneders munnhygienefase før intervensjonen var en begrensning for studien siden denne prosedyren ikke «bekreftet daglig klinisk praksis, noe som gjorde det vanskelig å trekke konklusjoner». De data som er presentert her mener vi viser tydelig at en tre måneders hygienefase er enkel å organisere i enhver klinikk, og vil gjøre behovet for avanserte behandlingsformer betydelig mindre.

Takk

Studien ble finansiert av Norges forskningsråd, prosjekt # 229029.

REFERANSER

- Gjermo, P. (1981). Motivation, instruction, depuration. In: Lindhe, J. (Ed.) Parodontologi. 1st. edition. Munksgaard, København. P.207. (Available only in the Scandinavian languages. Translated to English by Author.)
- Salvi, G.E., Lang, N.P., Cortellini P. (2021) Treatment planning protocols. In Berglundh T, Giannobile WV, Lang NP, Sanz M. (Eds.) Lindhe's Clinical periodontology and implant dentistry. 7. Edition, Vol 2 chapter 25; 587-605. Wiley Blackwell, Oxford, UK.
- Nyman, S., Lindhe, J., & Rosling, B. (1977). Periodontal surgery in plaqueinfected dentitions. Journal of Clinical Periodontology, 4, 240-9.
- Morrison, E.C., Ramfjord, S.P. & Hill, R.W. (1980). Short-term effects of initial, non-surgical periodontal treatment (hygienic phase). J Clin Periodontol, 7, 199-211.
- Preus, H.R., Gjermo, P. & Baelum, V. (2017). A randomized, double-masked clinical trial comparing four periodontitis treatment strategies: 5-year clinical results. J Clin Periodontol, 44, 1029-38.
- Preus, H.R., Gunleiksrud, T.M., Sandvik, L., Gjermo, P. & Baelum, V. (2013). A randomized, double blind clinical trial comparing four periodontal treatment strategies. One year clinical results. J Periodontol, 84, 1075-86.
- Altman, D.G. (1991). Clinical trials. In D.G. Altman (ed.) Practical statistics for medical research. (p. 456). Chapman & Hall/CRC, London.
- Silness, J. & Loe, H. (1964). Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. Acta Odontol Scand, 22, 121-35.

9. Löe, H. & Silness, J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. (1963). *Acta Odontol Scand*, 21, 533 – 51.
10. Hamp, S-E., Nyman S., & Lindhe, J. (1975) periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *J. Clin. Periodontol*, 2, 126-35.
11. Franke, R.H., & Kaul, J.D. (1978). Hawthorne experiments – 1st statistical interpretation. *Am Sociol Rev*, 43, 623-43.
12. Wolfe, F., & Michaud, K. (2010). The Hawthorne effect, sponsored trials, and the overestimation of treatment effectiveness. *Journal of Rheumatology*, 37, 2216–20.
13. Vatne, J.F., Gjermo, P., Sandvik, L., & Preus, H.R. (2015). Patients' perception of own efforts versus clinically observed outcomes of non-surgical periodontal therapy in a Norwegian population. An observational study. *BMC Oral Health*, 15,61. Doi: 10.1186/s12903-015-0037-3
14. Robinson, E. (1976) A comparative evaluation of the Scrub and Bass Methods of toothbrushing with flossing as an adjunct (in fifth and sixth graders). *Am J Public Health*, 66, 1078–81.
15. D'Agostino, R. B., Belanger, A. J., & D'Agostino, Jr, R. B. (1990). A suggestion for using powerful and informative tests of normality. *Am Stat.* 44. 316–21.
16. Tagge, D.L., O'Leary, T.J., & El-Kafrawy, A.H. (1975). The clinical and histological response of periodontal pockets to root planing and oral hygiene. *J Periodontol*, 46, 527–33.
17. Dahlen, G., Lindhe, J., Sato, K., Hanamura, H., & Okamoto, H. (1992). The effect of supragingival plaque control on the subgingival microbiota in subjects with periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 19: 802 – 9.
18. Cercek, J.F., Kiger, R.D., Garrett, S., & Egelberg, J. (1983). Relative effects of plaque control and instrumentation on the clinical parameters of human periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 10, 46–56.
19. Preus, H. R., Dahlen, G., Gjermo, P., & Baelum, V. (2015). Microbiological observations following four treatment strategies among periodontitis patients maintaining a high standard of oral hygiene. A secondary analysis of a randomized controlled clinical trial. *Journal of Periodontology*, 86, 856–65.
20. Van der Weijden, G.A. & Hioe, K.P. (2005) A systematic review of the effectiveness of self-Performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J. Clin. Periodontol*, 32 suppl 6, 2014 – 228.
21. Goodson, J.M., Tanner, A.C.R., Haffajee, A.D., Sornberger, G. C., & Socransky, S. S. (1982). Patterns of progression and regression of advanced destructive periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 9, 472-81.
22. Socransky, S.S., Tanner, A.C.R., Goodson, J.M., Haffajee, A.D., Walker, C.B., Ebersole, J.L., & Sornberger G.C. (1982). An approach to the definition of periodontal disease syndromes by cluster analysis. *J Clin Periodontol*, 9, 460-71.
23. Özbozdoğanlı, D., Findik, D., & Müezzinoğlu, M. (2017). A double-masked RCT comparing four periodontitis treatment strategies: five-year clinical results. *JCP digest*, 10, 44. <https://www.efp.org/publications/jcp-digest/jcpdi-gest-2017-10-44-10-926-932.pdf>.

ENGLISH SUMMARY

Preus HR, Qamar AL-Lami Q, Vibeke Baelum V. Oral hygiene revisited.

The clinical effect of a prolonged oral hygiene phase prior to periodontal therapy in periodontitis patients. A randomized clinical study
Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 242–8.

The aim of the present study was to investigate the effect of a three-month strict oral hygiene phase on key parameters of periodontitis: plaque, bleeding on probing and probing pocket depth.

Materials and Methods: Forty-four patients with severe periodontal disease were randomly allocated to a test or a control group. The test group completed a three month strict oral hygiene phase. The control group did not receive any instructions or motivation on oral hygiene until after the three months had passed. Plaque, bleeding on probing and probing pocket depths were registered on four sites of each tooth at “baseline” and after three months in both groups.

Results: A statistically significant and profound reduction of plaque, bleeding on probing and probing pocket depth was observed after the three months in the test group. No change to the better occurred in the control group.

Conclusion: A three-month strict oral hygiene phase in patients referred for periodontal therapy reduced plaque, bleeding on probing and pocket depth to such an extent that it could affect therapy planning.

OPALESCEENCE™-SYSTEMET: MERKET SOM ER NR. 1 I VERDEN INNEN PROFESJONELL TANNBLEKING

Med lanseringen av Opalescence-tannblekesystemet i 1990, fastsatte Ultradent Products standarden: Selskapet ble bransjelederen innen profesjonell tannbleking, og et merke som både tannleger og pasienter stolte på over hele verden. Med 100 millioner flotte, hvite smil og mer enn 50 bransjeutmerkelser, har den populære Opalescence™-tannblekefamilien blitt den globale lederen innen tannbleking. I dag er en full meny av blekeprodukter tilgjengelige, som tilbyr passende løsninger for enhver type behandling og et egnet produkt til enhver indikasjon.

Sprøtepåført Opalescence™ PF (10% og 16% karbamidperoksid) brukes sammen med tilpassede blekeskinner til hjemmebruk. Den klebrige, tyktflytende konsistensen gjør at gelen blir på tannen. Den leverer maksimale blekeresultater med minimal sensitivisering. Opalescence PF er tilgjengelig i en behagelig standardsmak, eller med mint- eller melonsmak.



Før behandling med Opalescence™ PF



Etter behandling med Opalescence™ PF

30+
års erfaring

100
millioner
hvitere smil

50+
bransjepriser
innen tannbleking

Opalescence Go™ (6 % hydrogenperoksid) gjør kosmetisk tannbleking ekstremt behagelig. Med de forhåndsfylte UltraFit™ Trays, som tilpasser seg ethvert smil, blir profesjonell tannbleking både stressfri og rimelig. Bare 5 til 10 påføringer på 60–90 minutter hver er nok til å oppnå flotte blekeresultater.

Opalescence-blekegelen inneholder PF-sammensetningen (kaliumnitrat og fluorid) for å styrke emaljen og redusere sensitiviteten. Den vannbaserte gelen hindrer dehydrering og tilbakefall av farge.

HVORFOR BØR DU VELGE OPALESCEENCE?



VERDENS LEDENDE VAREMERKE INNEN PROFESJONELL TANNBLEKING



Opalescence™
tooth whitening systems



FORFATTERE

Gunhild Vesterhus Strand, professor i gerodontologi.
Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
Harald Nesse, overtannlege protetikk. Institutt for klinisk
odontologi, Universitetet i Bergen
Kjetil Reisegg, Instruktørtannlege protetikk. Institutt for
klinisk odontologi, Universitetet i Bergen
Maiken Hellem Isdahl, tannlege. Forsvarets Tannhelse-
tjeneste og privatpraksis, Bjugn
Siri Flagestad Kvalheim, førsteamanuensis protetikk.
Institutt for klinisk odontologi, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Gunhild Vesterhus Strand,
e-post: gunhild.strand@uib.no

Akseptert for publisering 01.11.2021

Artikkelen er refereevurdert.

Strand GV, Nesse H, Reisegg K, Isdahl MH, Kvalheim SF. Bridge Over Troubled
Water – om broreparasjoner med retrograd fremstilte rotstifter. Nor
Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 250–3.

Bridge over troubled water

– om broreparasjoner med retrograd fremstilte rotstifter

Gunhild Vesterhus Strand, Harald Nesse, Kjetil Reisegg,
Maiken Hellem Isdahl og Siri Flagestad Kvalheim

Sammendrag

I denne kasuistikken beskrives en metode for å løse et klinisk problem som ofte oppstår blant eldre, munntørre pasienter med protetiske konstruksjoner. Bruk av retrograd fremstilt rotstift kan hos enkelte være en effektiv og kostnadsbesparende behandling.

Bakgrunn

Risikoen for karies øker med alderen. Sekundærkaries - spesielt på rotoverflater - er den dominerende kariesformen blant eldre (1). Ikke sjelden ses løse brokonstruksjoner som følge av økt kariesaktivitet på grunn av munntørrehet (2). Denne artikkelen beskriver kort fremgangsmåten ved broreparasjoner basert på bruk av retrograde rotstifter med konus. Målet er - ved hjelp av et enkelt kasus - å vise at denne behandlingsformen ofte er enklere og billigere enn andre protetiske løsninger.

Anamnese

Pasienten – en mann på 75 år – føler at broen på venstre side «er løs». Broen ble fremstilt for cirka 15 år siden, og inntil nylig har pasienten vært fornøyd med denne. Helsekjemaet viser en del mindre plager som han bruker medisiner for. Pasienten er minstepensjonist og økonomien er ikke særlig god.

Klinisk undersøkelse

Pasienten har en 5-ledds MK-bro på pilarene 21,22,23 og 25. Broen henger fortsatt fast på de bakerste pilarene, men «vipper» på de anteriore endepilarene. Under belastning observeres skummende gingivalvæske/saliva rundt disse pilarene. Pasienten er tydelig munntorr da speilet kleber seg fast til munnslimhinnen når dette dras langs kinnets

innside (3). Han har flere sekundærkarieslesjoner, blant annet på pilarene 21 og 22, men ellers ingen betydningsfulle orale problem (figur 1).

Mål med behandlingen:

Å bevare den gamle broen ved å lage retrograde rotstifter med konus på tann 21 og 22 – fremstilt på en måte som gjør at disse tilpasses den opprinnelige konstruksjonen. Rotstiftene vil fiksere pilarene til de anteriore brofestene (tann 21 og 22).

Behandling

Broen ble fjernet ved hjelp av en kroneavløser. Sementen på de bakerste pilarene var intakt; på de løse pilarene var den ikke lenger til stede. De preparerte fortennene (21 og 22), var begge kariøse og lesjonene strakk seg inn under brofestene og et godt stykke nedenfor prepareringsgrensen. Siden begge tennene var nekrotiske, ble de behandlet endodontisk.

Prepareringen ble utført i henhold til gjeldende prinsipper: En hovedregel er at den gingivale prepareringsgrense alltid skal avsluttes i tannsubstans, det vil si at støpet skal dekke hele prepareringen. I rotfylte tenner skal det prepareres slik at konstruksjonen kan fremstilles med en cervical omfavning av roten for å redusere risikoen for fremtidig rotfraktur. Omslutningen (tønnebåndet, det vil si klem/ferrule-effekten) skal gå rundt hele roten. For å få en god effekt bør prepareringen ha en høyde på minimum 1.5-2 mm og en så liten konvergensvinkel som mulig (4).

Avtrykket ble utført ved hjelp av plaststifter (burn-out post påført lim) i kanalene. Avtrykksmasse ble sprøytet inn i kanalene og stiftene plassert – samtidig som broen ble fylt med avtrykksmasse. Broen ble presset på plass på resterende, upreparerte pilarer. Bittet ble kontrollert mens avtrykksmaterialet ennå var plastisk, for å være sikker på at broen var på riktig plass (figur 2).

Tanntekniker fremstilte så de retrograde rotstiftene slik: 1. Med en konus som passet perfekt til brofestenes innside, 2. Med en cervical kappe som omkranset roten og 3. Med en mindre skulder som broens kronekant kunne hvile på (figur 3).

Resementering av broen skjedde samtidig med sementering av rotstiftene (figur 4).

Diskusjon

Et løsnet brofeste kan ha mange årsaker – de vanligste er karies, utilstrekkelige retensjonsform, ugunstig sementeringsforhold, liten stivhet i konstruksjonen, varierende pilarmobilitet, ugunstige belastningsforhold og traume. Hel omgjøring av bro anbefales dersom en reparasjon ikke kan sies å ha en god prognose – eller forventet resultat ikke tilfredsstillende pasientens krav til estetikk. Dersom problemet er at brofestene i den gamle broen ikke er tilfredsstillende retinert – som i dette tilfelle – kan fremstilling av en retrograd stift med konus gi en bedret retensjonsform. Broen kan dermed beholdes (5).



Figur1. Ved fjerning av løs bro, observeres sekundærkaries på pilarene 21 og 22.



Figur 2. Tann 21 og 22 er rotfylte, karies fjernet, prepareringsgrense justert og avtrykksmasse og plaststifter applisert i kanalene. Gingivaltråd fjernes og bro med avtrykksmasse settes på plass.

En forutsetning for å lykkes med en slik reparasjon er god kontroll med hvert steg av behandlingen – for eksempel; all karies må fjernes og alle flater på tenner og bro må rengjøres (broen bør legges i ultralydbad). Dersom stiftkonus fremstilles ved indirekte teknikk, må kanalen være tilstrekkelig dimensjonert. Hvis ikke, øker risikoen for at stiftet blir bøyd under avtrykkstaking eller ved modellfremstilling. Dersom det er ønskelig å ha en modell av hele kjeven (samt antagonist), bør avtrykksmassen i bro/kanaler få herde etter at bittet har blitt kontrollert. Deretter tas det et skjeavtrykk slik at broen kan løftes ut i avtrykket.

I enkelte situasjoner kan problemet med løsning ordnes på en alternativ måte. En fiberforsterket, plastbasert stift «bondes» inn i kanalen (6). En matrise tilpasses og konus fremstilles av kjemisk eller dualherdende kompositt som fylles i brofeste før plassering av broen. Dersom tannsubstans tapet er lite, kan denne behandlingsformen trolig forsvares – i hvert fall som «nødbehandling» i en gerodontologisk sammenheng. Men ved større kariesangrep (spesielt der lesjonen er i rot dentin og den strekker seg subgingivalt), vil faren for marginal lekkasje og ny sekundærkaries trolig være forhøyet i forhold til ovenfor beskrevne metode. Beliggenheten av karies i forhold til kronekanten, subgingivale forhold og tørrleggingsforhold vil være vesentlig for valg av behandling.

Pasienten mener at problemene oppsto for 3 år siden da han mistet sin ektefelle. Pasienten ble i den forbindelse svært deprimer

og fikk medisiner for dette. Han tar i tillegg en del hjertemedisin for blant annet høyt blodtrykk og medisiner mot allergi. Pasienten føler seg så tørr i munnen at nattesøvnen påvirkes. I tillegg til de ordinære anbefalingene (god munnhygiene, rikelig inntak av vann, stimulering av spyttsekresjonen med sukkerfri tyggegummi/pastiller, bruk av fluor, gode kostholdsvaner og salivasubstitutter), vil han kontakte sin fastlege for om mulig å gjøre endringer i medikasjonen.

Polyfarmasi og sviktende autonomitet i kombinasjon med blottlagte rotoverflater, gir en dramatisk økt risiko for havari av protetiske konstruksjoner. Dette kan bli svært kostbart for pasienten – og ikke minst for de fylkeskommunale instansene som har ansvar for å gi grupper av syke, eldre et kostnadsfritt behandlingstilbud. Det er derfor viktig at tannleger i praksis er kjent med rimeligere behandlingsformer. I dette tilfelle sparte pasienten utgiftene til en ny 5-ledds bro - eller til 2 nye kroner dersom vi hadde valgt å kappe broen bak 22. Rotstiftene som ble fremstilt inngår ikke i regnskapet, da han jo uansett måtte ha disse ved fremstillingen av nye konstruksjoner.

Kontroll etter fem år viser uendrete kliniske forhold. Pasienten er spesielt fornøyd med at den gamle broen kunne benyttes da den rent estetisk samsvarer med broen i første kvadrant.

Samtykke

Pasienten har samtykket til publisering med bruk av bilder.



Figur 3. Støpte retrograde konuser. Cervikale del av justert planpreparering dekkes ikke lenger av broen, men av kappene på de fremstilte retrograde konusene. Dermed oppnås en ferrule-effekt. Merk at denne delen av konusene er glanspolert.



Figur 4. Konuser og bro utgjør en enhet - og pasienten er tilfreds med å kunne beholde sin opprinnelige bro.

REFERANSER

1. Lopez R, Smith PC, Göstemeyer G, Schwendicke F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. J Clin Periodontol. 2017; 44: Suppl. 18: 145-52.
2. Pjetursson BE, Sailer I, Makarov NA, Zwahlen M, Thoma DS. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part II: Multiple-unit FDPs. Dent Mater. 2015; 31(6): 624-39.
3. Pedersen AML, Sörensen CE, Proctor GB, Carpenter GH, Ekström J. Salivary secretion in health and disease. J Oral Rehabil. 2018. 45(9): 730-46.
4. Karlsson S, Nilner K, Dahl BL. A Textbook of Fixed Prosthodontics, the Scandinavian approach. 2. utg. ed. 2013. Stockholm: Gothia.
5. Tangerud T. Stiftretensjon i broreparasjoner. Odontologi. 1978, København: Munksgaard; 7-20.
6. Skupien JA, Onofre RS, Cenci MS, Moraes RR, Cenci TP. A systematic review of factors associated with the retention of glass fiber posts. Braz Oral Res. 2015; 29.

ENGLISH SUMMARY

Strand GV, Nesse H, Reisegg K, Isdahl MH, Kvalheim SF.

Bridge Over Troubled Water – How to repair bridges by means of retrograde cast post-and- core buildup

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 250–3.

In this case report a method is described that may solve a clinical problem that frequently occurs in elderly, hyposalivating patients with

prosthodontic reconstructions. Retrograde cast post and core may sometimes be an appropriate, effective and cost-saving treatment.

ZD ZEST DENTAL SOLUTIONS®

THUNES & HANSEN
TANNTTEKNIKK

Thunes & Hansen Tannteknikk AS er offisiell distributør av **Zest Locator** i Norge.
Vi leverer til alle de store implantatsystemene.

thuneshansen.no



Thunes & Hansen Tannteknikk AS

Nedre Storgate 8, 3015 Drammen

Tlf: 32 83 87 09

info@thuneshansen.no

thuneshansen.no

Elastodonti: Bio-ortodonti ved bruk av bioaktivatorer

Dette er et udrag av artikkelen *Elastodontics: Bio orthodontics with Postural Function* av Prof. dr. Lorenzo Vanini, dr. Filippo Cardarelli, prof. dr. Camillo D'Arcangelo publisert TeamworkClinic XXIII 3/2021.

Bio-ortodonti

Utrykket «bio-ortodonti» er en ny tilnærming til kjeveortopedi med fokus på viktige prinsipper, som minimalt invasiv behandling, respekt for oralt vev, kroppspositur og forenklet behandling. Bio-ortodonti studerer korrekt vekst av maxilla og mandibula. Forholdet mellom disse to er et resultat av kompliserte prosesser fra barn til voksen. De fysiologiske endringene er mer synlige i noen deler av vekstfasen enn andre – alt er knyttet til vekstfase av hode, ansikt og kjeve, ytre faktorer og dentale elementer som okklusjon og erupsjon. Kunnskap om kjevenes utvikling og detaljer knyttet til dentisjon i de forskjellige stadiene er avgjørende for diagnostisering og behandling, forutsatt at malokklusjonen blir oppdaget og utbedret i tidlig alder (fig. 12). I løpet av de forskjellige fasene av vekstprosessen er derfor forholdet mellom okklusjon og kjeveben, og parametere knyttet til funksjon og estetikk, helt essensielle.

Bio-ortopedi har følgende mål:

- biologisk suksess
- minimalt invasiv
- optimal estetikk
- gode okklusjonsforhold
- postural rebalansering knyttet til okklusjon
- okklusjonsstabilitet over tid

Bio-ortodonti er kjeveortopedi som på en naturlig og fysiologisk måte styrer benveksten. Dette gjøres ved å frigjøre benveksten fra negative krefter som er forbundet med tunge, ansiktsmuskler og muskler involvert i atypisk svelging – faktorer som alle påvirker den naturlige benveksten. Alt dette vil over tid skape en fysiologisk stabil tannstilling. Dette i motsetning til tradisjonell kjeveortopedi, som kan gripe forstyrrende inn i benutviklingen ved å tvinge tennene med reguleringsapparat og ha en negativ innvirkning på alveol-rot-forholdet.

Elastodonti

Elastodonti er kjeveortopedisk behandling som benytter lette biologiske og elastiske krefter. På denne måten kan man korrigere malokklusjoner hos barn og voksne ved å påvirke vekst, eliminere funksjonelle forstyrrelser og korrigere tennenes posisjon og okklusjonsforhold. Elastodontisk behandling spiller en viktig rolle i moderne odontologi. Denne type behandling tar sikte på å forebygge og stanse negativ utvikling. Den utføres på et tidlig stadium, når skjelett- og tannutviklingen er på sitt mest aktive, og når skjelettet har en bemerkelsesverdig plastisitet og tilpasningsevne. Behandling tar sikte på fjerne årsakene til malokklusjoner (fig. 13). Behandling med elastodontiske hjelpemidler er effektiv og har et bredt indikasjonsområde.

Når barn skal behandles, er det nødvendig å vurdere helheten av forandringene, avhengig av skjelett- og tannproblemene. Nøyaktige undersøkelser og god planlegging er derfor avgjørende (fig. 14).



Fig. 12 Front



Fig. 13 Venstre laterale del



Fig. 14 Elastodontisk apparatur, klasse III (Amcopic TC)



Fig. 16 Etter behandling (korrigert Kl. III og utv. OK bue)



Fig. 17 Venstre laterale del etter behandling



AMCOP®
BIO ACTIVATOR

Hovedforskjellene mellom elastodontisk behandling og mange andre kjeveortopediske behandlingsformer kan sies å være:

- Utviklingen av elastodontisk terapi regnes som et viktig framskritt innen forebyggende kjeveortopedi. De fleste okklusjonstfellene kan bli løst på en god måte sett fra et funksjonelt og estetisk ståsted, uten ytterligere kjeveortopediske behandlinger.
- I de tilfellene der behandlingen kommer senere i vekstfasen, vil elastodontisk terapi kunne komplimenteres av multibracket i en kort tidsperiode (noen få måneder).
- Den kjeveortopediske filosofien har tradisjonelt sett gått ut på å korrigere malokklusjoner først etter at de fleste permanente tennene har brutt helt fram. Men de fleste malokklusjoner utvikles i overgangen fra tannfelling til blandingstannsett, når de permanente incisiver i over- og underkjeven bryter fram. Det er derfor viktig at kjeveortopeden så tidlig som mulig benytter elastodonti for å eliminere problemer, deriblant trangstilling, feil molar- og hjørnetannsposisjon, samt artikulære, skeletale og posturale problemer.
- Ved tradisjonelle kjeveortopediske teknikker og aligners, er hovedformålet å korrigere tenner, men ikke alltid med tanke på å stabilisere kjeven og tennene over tid. Ved elastodontisk behandling er hovedformålet den funksjonen som vil føre til en korrekt tannstilling som er funksjonell og stabil over tid.
- Standard diagnostisering er basert på studiemodeller, røntgenundersøkelser (OPG og røntgen), kefalometrisk analyse med relative målinger, foto, klinisk intraoral og ekstraoral undersøkelse og kontroll av eventuelle dårlige vaner.
- Denne framgangsmåten er aktuell for pasienter fra 6-års alder. Pasienter som er 3–4 år, får en forenklet behandling med intraoral og ekstraoral fotografisk og klinisk undersøkelse. Gode resultater er avhengig av en korrekt diagnose, rett apparaturvalg og barnets evne til å samarbeide.

Konklusjon

Målet med dette arbeidet er å framheve den betydningen elastodonti kan ha i kjeveortopediske behandling med tanke på å korrigere malokklusjon, og å redusere tilbakefall og komplikasjoner.

Elastodontisk behandling gjør det mulig å korrigere malokklusjoner på en fysiologisk måte, uten å trekke tenner og ved å benytte alle konseptene ved tradisjonell kjeveortopedi.

Flere studier viser at det er mulig å påvirke kranofacial vekst opptil 3–4 mm, og at det er mulig å korrigere vekstretningen, noe som illustrerer hvor viktig det er å komme tidlig i gang med behandlingen (fig 17).

I tillegg er det viktig å merke seg: Det å korrigere en malokklusjon har en positiv innvirkning på kroppsholdningen, så jo tidligere behandlingen starter, desto mindre vil eventuelle posturale problemer bli.

Bio-aktivatorer

- Korrigerer tannstilling
- Stimulerer vekst av underkjeve og overkjeve
- Fremmer en korrekt tannbue
- Ideelle for alle malokklusjoner
- Skaper en okklusjon som er stabil over tid
- Lar deg arbeide i harmoni med kroppsholdningen
- Reduserer tilbakefall
- Reduserer behovet for ekstraksjon

Les hele artikkelen her:

<https://www.technomedics.no/elastodonti>

Eller skann QR-koden



Prof. dr. Lorenzo Vanini



Dr. Filippo Cardarelli



Prof. dr. Camillo D'Arcangelo



TECHNOMEDICS

FORFATTERE

Elen Ulseth Pedersen Neiden, overtannlege, spesialist i pedodonti. TAKO-senteret, Klinikk for kirurgi, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Hilde Nordgarden, avdelingsleder, dr.odont og spesialist i pedodonti. TAKO-senteret, Klinikk for kirurgi, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Anne Rønneberg, førsteamanuensis, spesialist i pedodonti. Avdeling for pedodonti og atferdsfag, klinikkssjef, Klinikk for allmenn odontologi – barn, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Athanasia Bletsa, førsteamanuensis. Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen og forsker/spesialist i endodonti og pedodonti, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TkVestland)

Korresponderende forfatter: Hilde Nordgarden. E-post: hilde.nordgarden@tako.no

Artikkelen er fagfellevurdert.

Akseptert for publisering 13.01.2022.

Neiden EUP, Nordgarden H, Rønneberg A, Bletsa A. Organtransplantert jente med Turnpenny-Fry syndrom. Utfordringer med tverrprofesjonell oppfølging. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 256–61.

Norsk MeSH: Organtransplantasjon; Offentlig tannhelsetjeneste; Spesialhelsetjeneste; Tverrsektorielt samarbeid

Organtransplantert jente med Turnpenny-Fry syndrom:

Utfordringer med tverrprofesjonell oppfølging

Elen Ulseth Pedersen Neiden, Hilde Nordgarden, Anne Rønneberg og Athanasia Bletsa

Denne kasuistikken beskriver en ung jente med sammensatte og alvorlige helseutfordringer som i tillegg til svært avansert medisinsk oppfølging og behandling har behov for oppfølging av og samhandling rundt sin orale helse. Til tross for at jenta er fulgt opp av mange medisinske kompetansemiljø opplever jenta og familien barrierer for å kunne få god og likeverdig oppfølging av sin orale helse. Siden tannhelsetjenesten er organisert og finansiert på en annen måte enn øvrig helsetjeneste oppleves kommunikasjonsutfordringer, der mor må ta ansvar for å formidle informasjon og koordinere nødvendige tiltak. Videre oppleves svært lange ventetider for undersøkelser og behandling av orale helseutfordringer i generell anestesi.

Barn med alvorlige og sammensatte medisinske behov har ofte dårligere oral helse enn befolkningen generelt. Mange systemiske helseilstander øker risikoen for oral sykdom, som gjensidig er en risikofaktor for systemiske helseilstander (1).

Det blir utført stadig flere organtransplantasjoner på barn, også av organer som til nå har vært svært uvanlige å transplantere. Barn som har gjennomgått transplantasjon, forventes å leve lenger med sitt transplantat og blir utsatt for immunsuppresjonsbehandling over en mye lengre periode enn voksne, med de senvirkningene dette medfører (2). De får ofte omfattende medisinsk behandling mens de er under vekst og utvikling. Det er avgjørende med tverrfaglig samarbeid mellom helse og tannhelsepersonell for å ivareta en god oral helse.

I dag er det tilfeldig om barn på sykehus med problemer knyttet til oral helse får den hjelpen de trenger, og koordinering av tjenester er ikke etablert på systemnivå. Det er behov for å belyse hvordan man bedre integrerer oral helse i et helhetlig perspektiv for mennes-

ker med sammensatte behov på systemnivå. Kasuistikken gjenspeiler noen av barrierene disse pasientene møter, og den ble skrevet på oppfordring fra pasientens mor.

Både pasienten og hennes mor har samtykket til publisering av denne kasusrapporten.

Bakgrunn

En ti år gammel jente ble våren 2014 henvist fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) til Seksjon for pedodonti ved Det medisinske fakultet i Bergen, for vurdering av tannstatus og eventuell videre behandling.

Jenta var adoptert fra USA og flyttet til Norge som femåring i 2009. Hun var alvorlig syk fra fødselen og hadde vært 77 ganger i narkose før fylte seks år.

Jenta fikk transplantert tynntarm og bukspyttkjertel i 2008 i USA da hun var fire år. Hun mangler milt og galleblære. Næring har hun fått via nasogastrisk sonde fra fødselen og hun har ileostomi. Hun følges opp ved gastroseksjonen ved Barneklivnikken, Haukeland Universitetssykehus (HUS) og ved «Drottning Silvias barn- og ungdomssjukhus» i Göteborg.

Hun er plaget med luftveisinfeksjoner, er munnpuster og har stor brekningstendens. Hun har også en mild form for psykisk utviklingshemming. Hun bruker immunsuppressive legemidler (Prograf), antibiotika (Apocillin, Vancomycin, Flagyl) og antidiariorium (Imodium) daglig.

Mor har hovedansvar for jentas medisinbruk, oppfølging og stell. Hun har assistenter tilknyttet skole og hjemmet, samt at hun følges opp av fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Jenta har blitt fulgt

opp i DOT med kontroller og forsøk på tannrens. På grunn av hennes alvorlige helsetilstand var det minimalt med tannpuss de første årene. Ved henvisningstidspunktet pusset mor datterens fortenner en til to ganger daglig, men det var vanskelig å utføre puss lenger bak i munnen grunnet brekningstendens. Da hun ikke hadde noe matinntak via munnen, hadde hun hele tiden hatt mye tannstein.

Mor etterlyste et bedre samarbeid mellom tannhelsepersonell og øvrig helsepersonell. Hun opplevde at det ikke var god kommunikasjon mellom de involverte behandlere.

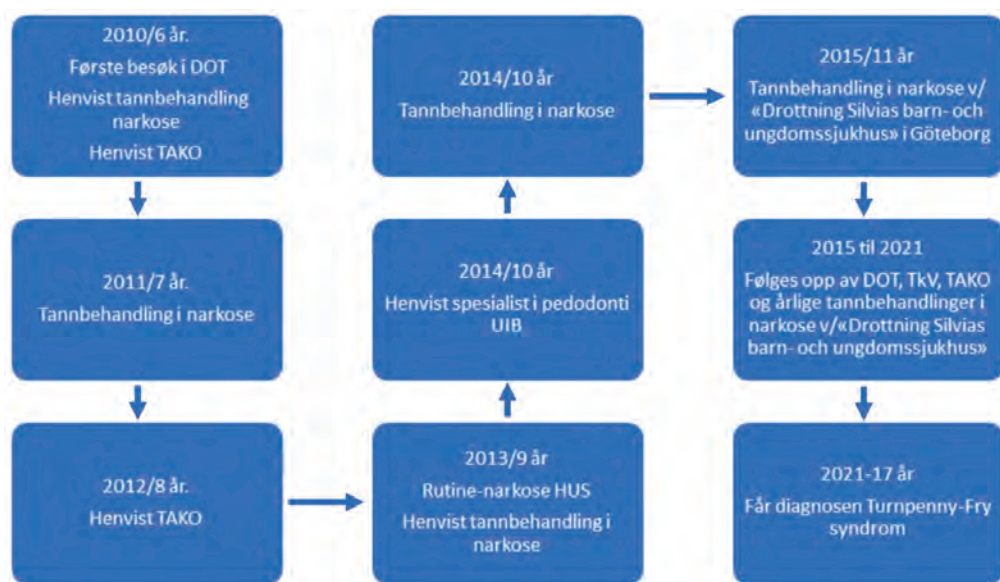
Tidligere sykehistorie og behandlingsløpet

Første konsultasjon i DOT var november 2010 (seks år) og jenta ble henvist til tannbehandling i narkose. Hun ble på samme tid henvist til TAKO-senteret fra Avdeling for barnemedisin, Oslo Universitetssykehus (OUS), for vurdering av tannstatus og spiseproblematikk (figur 1).

Undersøkelse av tannlege og logoped ved TAKO-senteret i januar 2011, da hun var sju år, avdekket store mengder tannstein, gingivitt og ødematøs gingiva. Man så også behov for tannbehandling i narkose, og anbefalte høy prioritering i narkosekø grunnet den medisinske tilstanden. Det ble også anbefalt tilvenning til munnstimulering, oralmotorisk- og spisetrening.

Behandling i narkose ble gjennomført 11 måneder etter henvisning i november 2011.

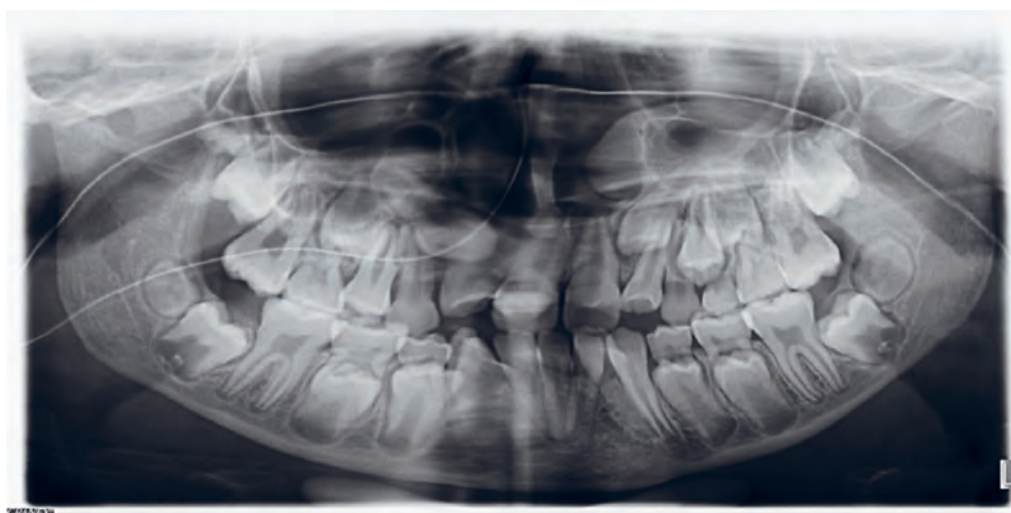
Hun ble på nytt henvist fra OUS til TAKO-senteret for opplæring av skoleansatte/skoleassistent i orofacial stimulering for å øke toleranse for berøring og regulere følsomhet i ansikts- og munnområdet. Mor og assistenter fikk opplæring av fysioterapeut (april 2012 – åtte år).



Figur 1. Sykehistorie og behandlingsløpet illustrert i en tidsforløp.



Figur 2. Bilder tatt ved konsultasjon på TkV (10 år). Tydelig tannstein kan sees på tennene. Tann 32 frambrutt i lingval posisjon. Det er total plassmangel for tann 32 i tannrekken.



Figur 3. Panoramarøntgen (10 år). Legg merke til de ektopisk beliggende tannanleggene 13 og 23. Radiopake linjer som tegner seg frontalt over bildet er forenlig med nasogastrisk sonde som pasienten får næring gjennom.

I april 2013 (ni år) var pasienten i narkose ved Barneklubben på HUS. Behandlende lege lurte på om økte CRP-verdier kunne skyldes infeksjonsfokus i munn/tenner. Kjevekirurg ble konsultert og registrerte plakk, tannstein og kronisk gingivitt med lettbløden- de gingiva. Det ble anbefalt at DOT på ny henviste for tannbehand- ling i narkose. Tannpleier ved DOT fulgt opp pasienten (tann- steinsrens med håndinstrumenter) i påvente av narkosetime.

Ett år senere ble jenta henvist til spesialist i pedodonti ved Tann- helsetjenestens kompetansesenter Vest (TkV) og pasient ble over- ført til spesialistkandidat i pedodonti ved Universitetet i Bergen (UiB). Ved undersøkelse ved Spesialistutdanningsklubben, UiB (april 2014 – ti år) ble det notert at jenta var liten for alderen, hyper-

sensibel for berøring i munnen og vegret seg sterkt for behandling. Klinisk- og røntgenologisk undersøkelse (panoramarøntgen) samt kliniske foto ble utført i den grad det lot seg gjøre. Ekstraoralt ble det påvist tørre lepper, tendens til underbitt og intraoralt ødematøs/ rødlig gingiva og et blandingstannsett med mye tannstein, tannbe- legg og plakk. Mengden tannstein vanskeliggjorde inspeksjon av tannflater. Karieslesjoner ble ikke observert. I underkjeven var det plassmangel og tann 32 var eruptert lingvalt for tannrekken. Tann 31 hadde gingival retraksjon labialt (figur 2). Tannanlegg for 13 og 23 kunne palperes labialt, men hadde en høytliggende posisjon. Panoramarøntgen viste at alle permanente tannanlegg var til stede. Tann 12 og 22 hadde muligens noe avvikende kronemorfologi, men



Figur 4. Panoramarøntgen (11 år). Tannanlegg 13 har noe mindre mesialrettet frembruddsretning sammenlignet med forrige panoramarøntgen, mens tannanlegg 23 er uforandret.

det ble ikke bekreftet klinisk, grunnet manglende erupsjon. Tannanleggene 13 og 23 hadde en uttalt mesioangulær posisjon. Roten av tann 31 divergerte distalt. Persisterende tann 83 hadde svakt distaltippet frembruddsretning mot tann 43 som hadde eruptert (figur 3). Det ble ansett som viktig for jentas generelle helsetilstand å unngå infeksjoner og det var behov for tverrfaglig tilnærming og samarbeid mellom ulike helseinstitusjoner. Jenta håndterte fortsatt ikke vanlig tannbehandling, grunnet ekstrem brekningstendens samt vegring.

Det ble gjennomført konsultasjon med kjeveortoped ved TkV, og ekstraksjon av tann 31 anbefalt.

Tannbehandling i narkose ble utført 14 måneder etter henvisning. Det ble utført tannrens, slik at en grundigere undersøkelse kunne gjennomføres, samt ekstraksjon av tann 53 og 63 for å fremskynde erupsjon av tann 13 og 23 og ekstraksjon av tann 31 etter anbefaling fra kjeveortoped. Tann 32, som erupterte lingvalt for tannrekken, kunne da muligens komme på plass med tungepress.

I perioden september til desember 2014 hadde pasienten flere timer ved UiB og hos tannpleier i DOT. Målet var å bli kjent, gjøre henne tryggere og skape en god relasjon. Mye tid ble brukt på tilvenning. Ved hver konsultasjon ble det fjernet tannstein med håndinstrument og pusset tenner. Jentas assistenter og mor fulgte til timene for å få opplæring i munnstell og munnstimulering.

Ved kontroll på TkV (januar 2015 – 11 år), kunne tannanlegg 13 palperes bukkalt, men ikke tannanlegg 23. Det ble forsøkt å ta intraorale røntgenbilder, uten å lykkes. Nytt panoramarøntgen viste at tannanlegg 13 hadde noe mindre mesialrettet frembruddsretning sammenlignet med tidligere opptak. Tannanlegg 23 syntes å eruptere i transposisjon, mesialt for og overlappende tann 22. Det er tilnærmet total plassmangel i området for tann 23 (figur 4).

Den årlige kontrollen ved sykehuset i Göteborg ble alltid utført i narkose. Mor avtalte pedodontisk tilsyn, etter ønske fra spesialist i pedodonti ved TkV. Det ble utført grundig tannsteinrens. Intraorale røntgenbilder kartla bukkal posisjonen av tannanlegg 13 og 23 (februar 2015 – 11 år).

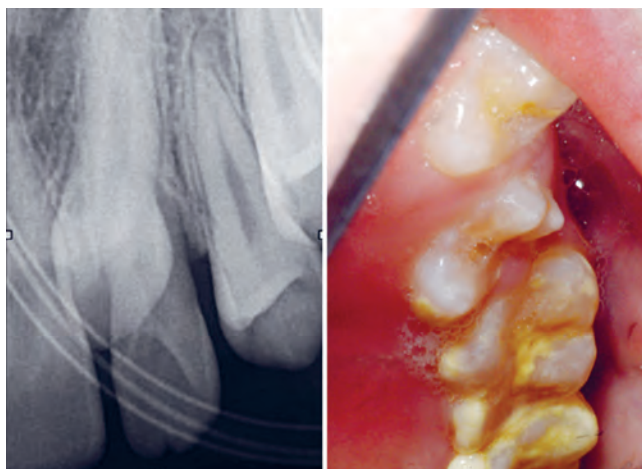
Jenta prøvde etter hvert å spise og smake på ulike mat. Mor uttrykte at det etter hvert gikk mye bedre med munnstell og det var positivt at flere assistenter fikk opplæring. Munnmotorisk trening ga resultater ved at flere muskelgrupper ble aktivert. Jenta kunne nå drikke vann, men utfordringer som allergi for melk og sukker gjorde at hun fortsatt ikke inntok mat oralt. Dette medførte lav kariesrisiko, men fortsatt stor tannsteinsproduksjon. Hun hadde fortsatt behov for oralmotorisk trening, hyppig oppfølging hos lokal tannpleier samt tannsteinrens i narkose. Det ble etter hvert enklere å fjerne tannstein i fronten, men ikke posteriort.

Jenta følges opp både på TkV og i DOT, men nødvendig intraorale røntgenbilder og grundig tannsteinrens utføres fremdeles i narkose ved sykehuset i Göteborg i forbindelse med årlige kontroller. Mor formidler behov for tannbehandling og avtaler pedodontisk tilsyn etter råd fra TkV og DOT. Skriftlig tilbakemelding fra behandlende pedodontist i Sverige sendes per post til TkV og inkluderes i journalen.

Vinteren 2021 (17 år) ble jenta diagnostisert med Turnpenny-Fry syndrom. På grunn av manglende kommunikasjonskanaler mellom generell helsetjeneste og tannhelsetjenesten fikk mor oppgaven med å formidle dette videre til tannhelsepersonellet. Per dags dato er jentas medisinske og orale status uforandret og hun har de samme behov som i 2015. Tann 13 er frembrutt, men ikke tann 23, som lett kan palperes bukkalt (figur 5, 6). På grunn av Covid-19 pandemi, er årlig kontroll i Sverige utsatt.



Figur 5. Bilder tatt februar 2021 (17 år). Tydelig tannstein, ødematøs gingiva og trangstilling. Tann 32 er fremdeles lingvalt for tannrekken. Tann 13 er frembrutt bukkalt og tannanlegg 23 kan palperes bukkalt.



Figur 6. Periapikalt røntgenbilde fra februar 2021 (17 år) viser tannanlegg 23 med kronen i ektopisk posisjon mellom tann 21 og 22. Det er total plassmangel for tann 23. Dette er beskrevet hos barn med Turnpenny-Fry syndrome. Legg merke til store mengder tannstein okklusalt på molarer og gingiva som nesten dekker tannkronene.

Diskusjon

Denne jenta hadde alvorlige, sammensatte medisinske behov og redusert munnhelse. Kombinasjonen av genetisk syndrom, organtransplantasjonene, vegring, og mangelen på normal oral funksjon (spising) bidro til hennes orale helseproblemer og gjorde det vanskelig å behandle henne på lokal tannklinikk i våken tilstand.

Turnpenny-Fry syndrome (TPFS) er et svært sjeldent syndrom som skyldes mutasjon i genet PCGF2 på kromosom 17Q12. Synd-

romet medfører utviklingsforstyrrelse og redusert kognitiv utvikling og vekst. Typiske ansiktsstrekk er bred panne, langt ansikt, fremtredende nese, sparsom hårvekst, og små, dysplastiske, lavtsittende ører. Hypoton ansiktsmuskulatur, prognat mandibel og liten munn er også beskrevet, samt ernæringsproblemer, forstoppelse og en rekke hjerne, hjerte- kar og skjelettmisdannelser. Tannavvik forekommer, inkludert malokklusjon, trangstilling, og ektopi (3). Jentas malokklusjon kan relateres til hennes sjeldne diagnose. Mens store mengder plakk og tannsteindannelse kan forklares av hennes munnhygienevaner, mangel på munnstimulering, systemisk sykdom og bruk av medisiner. Det er rapportert økt tannsteindannelse hos levertransplanterte barn som kan tilskrives forhøyet pH og lavt albumin og immunoglobulin A-nivå i saliva (4) og hos barn med gastrostomi som også har manglende salivakontroll/sikling (5). Det er en stor sammenheng mellom gingivitt og plakkstatus med tannstein. Periodontal sykdom kan bli en infeksjonskilde som kan påvirke organtransplantat negativt (6).

Tannpleier i DOT, tannlegespesialist ved kompetansesenteret og mor gjorde sitt ytterste for å opprettholde god oral helse. Narkose har vært eneste mulighet for å kunne gi tilfredsstillende behandling, men begge gangene hadde hun stått i narkosekø (henholdsvis 11 og 14 måneder). Ventetid for tannbehandling i narkose på ca. ett år er ikke akseptabelt for hverken for barn eller voksne med store sammensatte behov. Tannbehandling i narkose bør vurderes og eventuelt prioriteres ved oppfølging av barn og unge med ulike utfordringer. Skal det gis narkose av andre grunner, bør man vurdere om det er behov for, og mulighet for,

at tannbehandling kan gjøres i samme seanse. Oral og generell helse påvirker hverandre, og burde sees i et helhetlig perspektiv.

Manglende kommunikasjon mellom de ulike tannhelse- og helseinstansene var en utfordring. Mor har vært bindeleddet mellom sykehus og tannhelsetjenesten. De siste årene har jenta fått årlig tannbehandling i narkose i Göteborg i forbindelse med andre rutineundersøkelser. Dette har mor, og ikke sykehuset, koordinert. Hverken DOT eller kompetansesenteret har fått informasjon før disse narkosebehandlingene. Dette viser behov for bedre samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene.

Det kan være mange barrierer for at barn med store og sammensatte behov får den tannbehandlingen de trenger og har krav på.

I litteraturen beskrives økonomiske og fysiske barrierer samt barrierer vedrørende kommunikasjon mellom foreldre, pasient og helsepersonell (7, 8), noe denne kasuistikken gjenspeiler. Sykehusansatte spesialister i pedodonti kan bidra til dette ved å spre kunnskap i det tverrfaglige miljøet og være koordinator mellom sykehus, DOT og andre instanser som møter barn og unge. En slik viktig rolle skal ikke være prisgitt engasjerte foresatte, som har mer enn nok i sin rolle som forelder.

Takk

Stor takk til pasienten og hennes mor for samtykke til publisering.

REFERANSER

1. Hallberg U, Strandmark M, Klingberg G. Dental health professionals' treatment of children with disabilities: a qualitative study. *Acta Odontol Scand.* 2004; 62: 319–27.
2. Anttonen V. Oral health of children and adolescents - factors of concern in the future. *Nor Tannlegeforen Tid.* 2020; 130: 18–24.
3. Turnpenny PD, Wright MJ, Sloman M, Caswell R, van Essen AJ, Gerkes E, et al. Missense Mutations of the Pro65 Residue of PCGF2 Cause a Recognizable Syndrome Associated with Craniofacial, Neurological, Cardiovascular, and Skeletal Features. *Am J Hum Genet.* 2018; 103: 1054–5.
4. Davidovich E, Asher R, Shapira J, Brand HS, Veerman EC, Shapiro R. Mucosal pH, dental findings, and salivary composition in pediatric liver transplant recipients. *Transplantation.* 2013; 96: 102–7.
5. Thikkurissy S, Lal S. Oral health burden in children with systemic diseases. *Dent Clin North Am.* 2009; 53: 351–7, xi.
6. Lucas VS, Roberts GJ. Oro-dental health in children with chronic renal failure and after renal transplantation: a clinical review. *Pediatr Nephrol.* 2005; 20: 1388–94.
7. Klingberg G, Hallberg U. Oral health – not a priority issue a grounded theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others. *Eur J Oral Sci.* 2012; 120: 232–8.
8. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav.* 2020; 110: 107174.

ENGLISH SUMMARY

Neiden EUP, Nordgarden H, Rønneberg A, Bletsa A.

A girl with multi-organ transplantation and Turnpenny-Fry syndrome: challenges in oral health care
Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 256–61.

Oral health problems are reported more frequently in children with disabilities and special health care needs. Therefore, it is essential with good collaboration between medical and dental health care providers. This case report presents a young multi-organ transplanted girl with impacted teeth, significant amount of dental calculus, gingivitis, and malocclusion. At a later point, she was also diagnosed with the rare Turnpenny-Fry syndrome. The combination of genetic syndrome, complex medical needs due to organ transplants

and the lack of normal oral function contributed negatively to her oral health. Although the girl had been under strict medical care, the family has experienced lack of communication between medical and dental health care professionals and situations in which oral health was not prioritized. This case illustrates some of the barriers that patients with special health care needs face in relation their oral health care

Vil du bli en del av noe større?

Odontia Tannlegene er et voksende faglig fellesskap av dyktige allmenntannleger, spesialister, tannpleiere og tannhelsesekretærer som kombinerer visjonen om å være de fremste lokale tannlegene, og en kjede som forenkler og forbedrer hverdagen for klinikker og pasienter. Vårt samfunnsoppdrag er bedre munnhelse, og vi utvikler vår kompetanse kontinuerlig slik at våre pasienter og kollegaer alltid skal føle seg ivaretatt.

Vi ser nå etter flere dyktige behandlere til noen av våre klinikker. Kanskje kjenner du at du er klar for noe nytt, uten at den riktige muligheten har dukket opp? Vi ser nå etter både allmenntannlege, kjeveortoped og kirurg til våre klinikker.

Hvis noen av mulighetene høres interessante ut, eller du ønsker mer informasjon – ta kontakt med Ida Vaeng på 902 86 728 eller ida@odontia.no.

Kirurg til vår klinikk i Tønsberg

Odontia Tannlegene Tønsberg er en stor og moderne tannklinikk med allmenntannleger og spesialister samlet under ett tak. Vi ser nå etter en kirurg som vil bli en del av teamet. Vi tilbyr fleksibilitet og du kan jobbe alt fra en til fem dager i uken.

Med base i Tønsberg har du hele Vestfold for dine føtter, og når du ikke opererer kan du pleie interessen for fiske, golf eller kanskje klatring? Etter hektiske dager er det rom for avslapning på Farris Bad, eller en rolig spasertur langs de mange kyststiene.



Kjeveortoped & allmenntannlege

Odontia Tannlegene Sarpsborg er en spesialistklinikk innen kjeveortopedi, og som eneste spesialistklinikk i området har vi god pasienttilgang og behandler både norske og svenske pasienter. Nå ser vi etter en kjeveortoped, som vil inngå i teamet sammen med dyktige tannpleiere og tannhelsesekretær.

Vi planlegger også en utvidelse av klinikken for å tilby mer til våre pasienter, og søker derfor etter en allmenntannlege. Gjerne en som har en pasientportefølje fra før eller en vi kan hjelpe med å bygge portefølje.

Østfold er fylket som har alt – aktive byer med spennende restauranter og et livlig uteliv, nydelig kulturlandskap og kort vei til svenskegrensa. For deg som liker deg ved sjøen finnes skjærgårdsparadiset Hvaler en kort kjøretur unna, mens du som trives i skogen kan høste både sopp, bær og jakte vilt. Det finnes også flere gode sykkelstier i området.



Allmenntannlege til Vesterålen

I vakre Vesterålen finner du oss både på Stokmarknes og Sortland, og til sammen har vi et av regionens største behandlingssentre innen munnhelse. Vi utvider nå tilbudet grunnet stor pasientpågang, og ser etter en allmenntannlege til Stokmarknes. Den som ansettes vil også kunne jobbe enkelte dager på Sortland om ønskelig. Det er derfor gode muligheter for å raskt bygge full portefølje.

Klinikkene i Vesterålen ligger omkranset av majestetiske fjell og fjorder, hvor alt ligger til rette for flotte naturopplevelser. Bestig Vesterålens høyeste fjell Møysalen eller gå den velkjente turstien Dronningsruta. På latere dager kan man ta seg til en av de mange sandstrendene, for eksempel Bleikstranda som er en av de lengste strendene i Norge.



Snorking og søvnapné kan reduseres med en apnéskinne



Foto: privat.

KJERSTI GJERDE

Kjersti Gjerde er utdannet tannlege fra Universitetet i Bergen (UiB) i 1986. Hun har i mange år jobbet som privatpraktiserende tannlege og som instruktørtannlege ved Institutt for klinisk odontologi (IKO) på UiB. De siste ti årene har hun interessert seg spesielt for odontologisk søvnmedisin og jobbet som overtannlege ved Senter for søvnmedisin på Haukeland universitetssjukehus (HUS). Fra oktober 2017 til oktober 2021 var hun universitetsstipendiat ved IKO på UiB. Doktorgradsarbeidet og datainnsamlingen ble utført ved Senter for søvnmedisin.

Tittel på avhandlingen er «Patients specific factors predicting adherence and treatment effect of oral appliance therapy in obstructive sleep apnea».

Hovedveileder for prosjektet var professor Anders Johansson og medveiledere var førsteamanuensis Sverre Lehmann og professor Bjørn Bjorvatn.

Obstruktiv søvnapné (OSA) kjennetegnes ved pustestopp og oksygenmangel i blodet, og karakteriseres som en helt eller delvis kollaps av de øvre luftveier under søvn. OSA er forbundet med økt risiko for høyt blodtrykk og kardiovaskulær sykdom samt en rekke andre helseplager som for eksempel hjerneslag, diabetes 2, depresjon og høyere risiko for å bli involvert i trafikkulykker.

Målet med denne doktorgraden var å få frem ny kunnskap om apnéskinnebruk og undersøke betydningen av etterlevelse («adherence») med bruk av apnéskinne, og også å identifisere faktorer som var viktige for behandlingsresultatet med apnéskinner. Utfallsmål som ble benyttet i forskningsprosjektet var AHI (pustestopp per time), «adherence» målt i timer og minutter via en innebygget sensor og spørreskjema til pasient og partner.

Pasientene i forskningsprosjektet var alle «non-adherent» til CPAP (continuous positive airway pressure) det vil si. at de hadde brukt pustemaskin uten hell. Pasienter med mild, moderat og alvorlig grad av obstruktiv søvnapné (OSA) ble inkludert. Studiepasientene fikk tilpasset en individuelt justerbar apnéskinne etter gjeldende kliniske rutiner ved Senter

for søvnmedisin ved Haukeland universitetssjukehus. En apnéskinne blir ofte omtalt som en «mandibular advancement device» (MAD).

Vi fant at apnéskinnebruk reduserte både snorking og pustestopp hos over halvparten av pasientene. Internasjonale retningslinjer har til nå ikke anbefalt apnéskinner til pasienter med alvorlig grad av OSA, men vi fant at også denne gruppen hadde god effekt av apnéskinne. Samtidig fikk vi testet om en innebygget digital sensor kunne måle og lagre presis brukstid med apnéskinne. Sensoren fungerte godt, og vi brukte derfor denne for å måle om brukstiden påvirket behandlingseffekten. Over en 8-måneders periode fant vi at jo lengre brukstiden med apnéskinne var, desto bedre var behandlingseffekten mot pustestopp (AHI).

Partners innflytelse viste seg også å kunne gi lengre brukstid med skinne. Vi utarbeidet et spørreskjema for pasienter og deres partnere, og det viste at to tredjedeler av partnerne og over halvparten av pasientene mente at apnéskinnebruk hadde en positiv innvirkning på parforholdet. Dette kom til uttrykk gjennom påminnelser om skinnebruk, bedre søvn og at en faktisk kunne dele soverom igjen. Partners involvering og støtte kan være en viktig ressurs som kan forbedre behandlingsresultatet med bruk av apnéskinne.

ET SKINNEDE SMIL

hjelper med å fjerne flekker og
oppretholde naturlige
hvite tenner

NYHETER



✓ **EXTRA® WHITE**

nøytralisering av plakk-
syrer hjelper med å
oppretholde naturlige
hvite tenner og gir en
ren og frisk følelse
ti munnen

✓ **XYLITOL**

stimulerer
spyttdannelsen

✓ **MIKROGRANULATER**

gir en følelse av rene tenner





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



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 reaksjon(e)?
☐ Ja ☐ Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjon(e)?

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

Symptomer og funn

Pasientens symptomer
☐ Ingen

Intraoralt:
☐ Svie/brennende følelse
☐ Smerte/lømheth
☐ Smakstørrelser
☐ Stivnummen
☐ Tørthet
☐ Øket spytt/slimmengde

Lepper/ansikt/kjever:
☐ Svie/brennede følelse
☐ Smerte/lømheth
☐ Stivnummen
☐ Hudreaksjoner
☐ Kjeveleddsproblemer

Generelle reaksjoner knyttet til:
☐ Muskler/ledd
☐ Mage/tarm
☐ Hjerte/sirkulasjon
☐ Hud
☐ Øynesyn
☐ Øre/hørse, nese, hals

Øvrige symptomer:

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

Annet:

Rapportørens funn
☐ Ingen

Intraoralt:
☐ Hevelse/ødem
☐ Hvitlige forandringer
☐ Sårblenmer
☐ Rubor
☐ Atrofi
☐ Impresjoner i tunge/kinn
☐ Amalgamatoveringer
☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever
☐ Hevelse/ødem
☐ Sårblenmer
☐ Erytem/rubor
☐ Utslett/eksem
☐ Palpable lymfeknuter
☐ Kjeveleddsdystunksjon
☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

Angi lokalisasjon:

Øvrige funn:
☐ Hevelse/ødem
☐ Urtikaria
☐ Sårblenmer
☐ Eksent/utslett
☐ Erytem/rubor

Annet:

I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)? ☐ Fyllinger (direkte teknikk) ☐ Innlegg, fasader ☐ Faste proteisiske erstattninger ☐ Avtakbare protetiske erstattninger ☐ Bittvislogisk behandling ☐ Midlertidig behandling ☐ Rotbehandling (rotfylling) ☐ Tannkjøtsbehandling ☐ Oral kirurgi ☐ Tannregulering ☐ Forebyggende behandling Annet:	Produktnavn og produsent av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e): Legg gjerne ved HMS-datablad.	Bivirkningsregisterets notater Mottatt: _____ Besvart: _____ Registrert: _____ Klassifisert: _____ Sign: _____ ☐ 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).
Hvilke materialer mistenkes å være årsak til reaksjonen(e)? ☐ Amalgam ☐ Kompositt ☐ Kompomer ☐ Glassionomer ☐ kjemisk ☐ lysherdende ☐ Bindingsmaterialer ("primer/bonding") ☐ Isolerings- fyllingsmaterialer ☐ Fissurforseglingsmaterialer ☐ Beskyttende filmer (f.eks. varmish, femiss, fluorlakk) ☐ Pulpaoverkappingsmaterialer ☐ Endodontiske materialer ☐ Sementeringsmaterialer ☐ vannbasert ☐ plastbasert ☐ Metall-keram (MK, PG) ☐ metalllegering ☐ keram ☐ Materialer for kroner/brøer/innlegg ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ keramisk ☐ Materialer for avtakbare proteser ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur ☐ metalllegering ☐ plastbasert ☐ Materialer for bittvislogisk apparatur ☐ Materialer for implantater ☐ Avtrykksmaterialer ☐ hydrokollid ☐ elastomer ☐ Midlertidige materialer – faste proteser ☐ Midlertidige materialer – avtakbare proteser ☐ Andre midlertidige materialer ☐ Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam) ☐ Andre materialer		

☐ Ønsker flere skjema tilsendt

Antall:

Ansvarlig: Bivirkningsgruppen
Årstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norce.no

Ikke bruk hvilken som helst flow. Bruk riktig flow!



FLYTENDE OG STABILT FYLLINGSMATERIALE

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 %*

*Fyller innhold av vekt

Grandioso Flowables

Finnes også i
kapsler



Hvilke utfordringer møter mennesker med store og sammensatte helsebehov i tannhelsetjenesten?

Samhandling og kommunikasjon i et livsløpsperspektiv

✍ ELEN ULSETH PEDERSEN NEIDEN, ANNE RØNNEBERG, ATHANASIA BLETSA OG HILDE NORDGARDEN

Vi ønsker her å sette søkelys på utfordringer mennesker med store og sammensatt behov kan ha med oral helse og i møte med tannhelsetjenesten. Det er vist at mange personer med ulike funksjonsnedsettelse har redusert oral helse sammenlignet med øvrig befolkning, og at de opplever barrierer for nødvendig behandling i tannhelsetjenesten. Disse barrierene inkluderer økonomi, manglende kunnskap og holdninger blant tannhelsepersonell, samt faktorer som går på selve funksjonsnedsettelsen, atferdsproblematikk og lærevansker som kan påvirke tannbehandlingen. Disse kommer i tillegg til fysiske og organisatoriske barrierer, og ulike kommunikasjonsutfordringer. For å overkomme disse barrierene er det behov for å se på hvordan tjenesten er organisert og finansiert, samt å øke kunnskapsnivået om disse pasientene i utdanningsløpene både på grunn- og spesialistnivå.

«Special health care needs» er en term som benyttes av American Association of Pediatric Dentistry og inkluderer «enhver fysisk, utviklingsmessig, mental, sensorisk, atferdsmessig, kognitiv eller emosjonell funksjonsnedsettelse eller begrensende tilstand som krever medisinsk behandling, helseintervensjon og/eller bruk av spesialiserte tjenester eller programmer. Tilstanden kan være

medfødt, utviklingsmessig, ervervet gjennom sykdom/traumer eller ha en miljømessig årsak, og kan medføre begrensninger i å utføre daglig stell av seg selv eller gi vesentlige begrensninger i en større livsaktivitet» (1). I denne artikkelen har vi oversatt dette til «mennesker med store og sammensatte helsebehov» «Special Care Dentistry» er i flere land et eget odontologisk fagområde som gir et oralt helsetilbud til mennesker som krever ekstra tilrettelegging på grunn av alvorlige og sammensatte helsebehov, og vi har oversatt dette begrepet til «tilrettelagte orale helsetjenester» (TOH)». Så langt vi er kjent med, finnes det ingen oversikt over antall mennesker i Norge som har behov for TOH.

«Funksjonshemmet» brukes om mennesker som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn misforhold mellom funksjonsevne og miljøets/samfunnets krav (2). Ifølge Verdens helseorganisasjon lever 1 milliard mennesker, eller 15 prosent av verdens befolkning, med funksjonshemming. To til fire prosent av disse har betydelige funksjonsvansker. Dette tallet øker (3) og omfatter blant annet mennesker med langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse (4).

Personer med nedsatt funksjonsevne utgjør 13 prosent av Norges befolkningen mellom 20 og 66 år (4). Det har i de senere årene vært et økende antall barn og voksne som overlever alvorlige

Kronikkforfattere

Elen Ulseth Pedersen Neiden, overtannlege, spesialist i pedodonti. TAKO-senteret, Klinikk for kirurgi, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

Anne Rønneberg, førsteamanuensis, spesialist i pedodonti, Avdeling for pedodonti og atferdsfag, klinikkssjef. Klinikk for allmenn odontologi – barn, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Athanasia Bletsa, førsteamanuensis. Seksjon for pedodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen og forsker/spesialist i endodonti og pedodonti, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vestland (TkVestland)

Hilde Nordgarden, avdelingsleder, dr. odont og spesialist i pedodonti. TAKO-senteret, Klinikk for kirurgi, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo

diagnoser, eksempelvis kreft, hjertesykdom og organsvikt (5, 6). Som følge av økt overlevelse er det også økt forekomst av senvirkninger av sykdom og behandling. Barn som får omfattende medisinsk behandling, og er i vekst og utvikling, er ekstra utsatt for alvorlige komplikasjoner og senvirkninger. Dette vil i mange tilfeller bety behov for livslang oppfølging og behandling.

Hensikten med denne kronikken er å synliggjøre barrierer personer med store og sammensatte helsebehov møter i tannhelsetjenesten. Barrierer inkluderer økonomi, samarbeid, kommunikasjon mellom profesjoner og etater, samhandling på tvers av ulike forvaltningsnivå og utfordringene knyttet til et helhetlig behandlingsperspektiv. Flere eksempler på slik problemstillinger er publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende (7–9).

Tannhelsetilbud til barn og voksne med store og sammensatte helsebehov i Norge i dag

Tannhelsetilbudet til pasienter med store og sammensatte behov i Norge gis av både offentlig- og privat tannhelsetjeneste og finansieres på ulike vis. Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) er organisert i fylkeskommunen og gir tilbud til de prioriterte gruppene etter Lov om tannhelsetjenesten. DOT har i varierende grad mulighet til å gi pasienter behandling i narkose.

Det er i dag fem regionale odontologiske kompetansesentre (ROK) i Norge. Formålet med sentrene er blant annet å styrke det fylkeskommunale ansvaret for at befolkningen skal få lik tilgang til spesialisttannhelsetjenester over hele landet og være henvisningsinstans for sjeldne eller spesialiserte behandlinger (10). Både barn og voksne med alvorlige og sammensatte helsebehov henvises også til universitetsklinikken ved Det odontologiske fakultet i Oslo, mens de odontologiske lærestedene i Bergen og Tromsø har overlatt dette til kompetansesentrene som er samlokalisert med disse universitetsklinikkene.

I 2012 ble det startet en forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus som blir gjort permanent fra 2022. I sykehusene skal det gis tilbud om orale helsetjenester de alvorligst syke, de med mest sammensatte behov eller de mest kompliserte orale (re)habiliteringsbehovene (11).

TAKO-senteret er et nasjonalt kompetansesenter for oral helse ved sjeldne diagnoser og er en del av Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. Munnhuleproblemer ved sjeldne diagnoser kan være knyttet til selve diagnosen eller følger av denne. TAKO-senteret har en tverrfaglig tilnærming til munnhelse, og har i tillegg til tannleger, tannpleiere og tannlegespesialister også logopeder og fysioterapeut. Senteret har ikke behandlingsansvar, men skal spre kompetanse slik at behandling i størst mulig grad kan skje lokalt.

HOVEDPUNKTER

- Mennesker med store og sammensatte helsebehov har redusert oral helse sammenlignet med øvrig befolkning.
- Barrierer for god oral helse er økonomi, samarbeid, kommunikasjon mellom profesjoner og etater, samhandling på tvers av ulike forvaltningsnivå og utfordringene knyttet til et helhetlig behandlingsperspektiv.
- Det er et stort behov for en helhetlig gjennomgang av organisering og finansiering av tannhelsetjenester.
- Tilbudet om tannbehandling i generell anestesi må forbedres.
- Grunn- og spesialistutdanning i odontologi bør styrke undervisning om mennesker med store og sammensatte helsebehov.

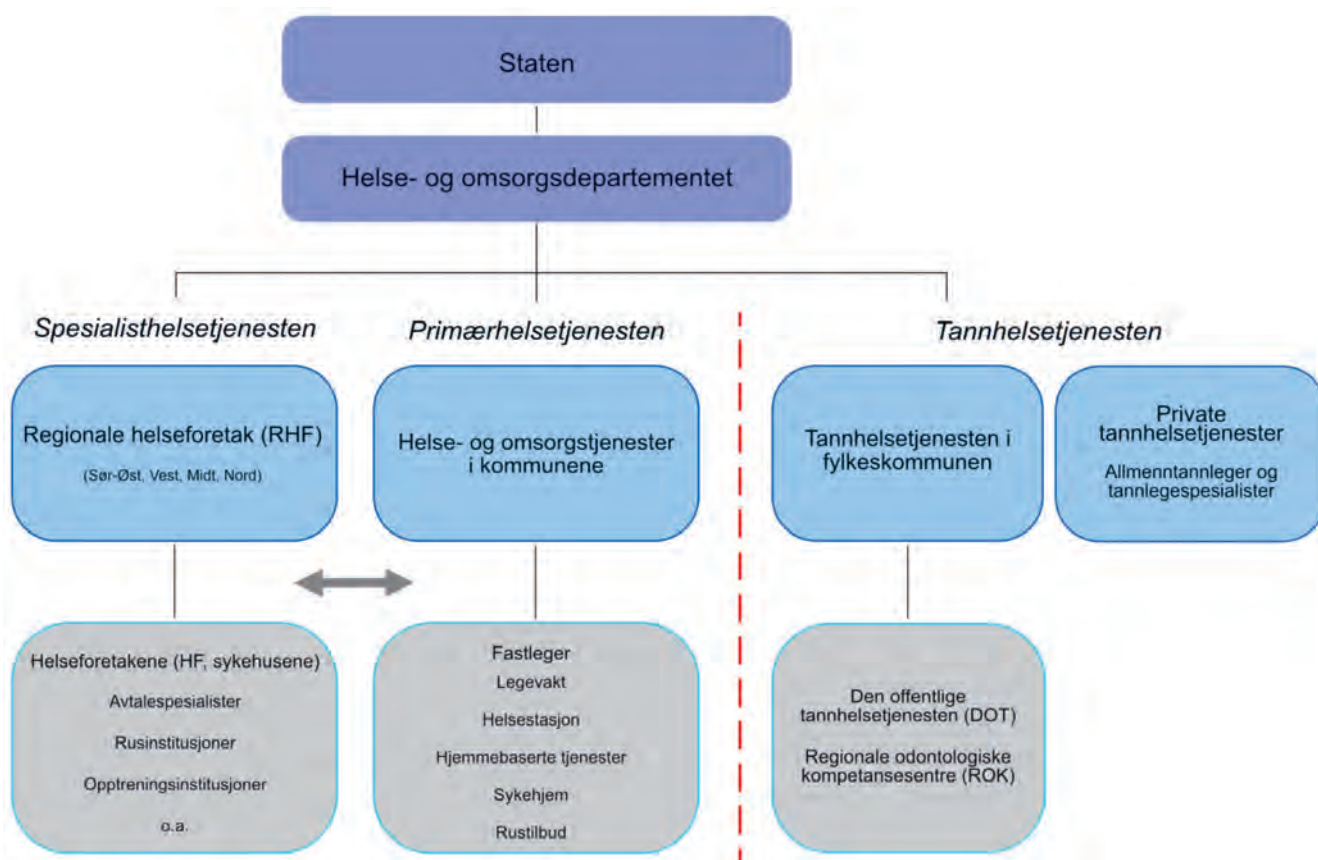
Oral helse hos mennesker med store og sammensatte helsebehov

I følge levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2013, har personer med nedsatt funksjonsevne dårligere tannhelse sammenlignet med befolkningen generelt, og flere opplyser at de har et udekket behov for tannhelsetjenester (4).

God oral helse er viktig for den generelle helsen, og nødvendig for vekst og utvikling. Munnhulen og dens funksjon er ofte affisert hos personer med funksjonshemminger. Orofaciale dysfunksjoner inkluderer blant annet problemer med spising, svelging, språk og kommunikasjon, tygging og sikling, og kan føre til malokklusjoner og redusert tannhelse (12).

Studier av oral helse hos personer med funksjonshemming er oftest utført med fokus på enkeltdiagnoser og -tilstander. Generelt rapporteres hyppig problemer med oral hygiene og gingival og periodontal sykdom, mens kariesforekomsten samsvarer med, eller er lavere enn hos resten av befolkningen (13–15). Likevel er det rapportert at personer med lærevansker har mer ubehandlet karies enn andre (12). Våre erfaringer fra klinisk arbeid støtter også forskning som viser at andelen med alvorlige bittavvik er høyere hos unge med funksjonsnedsettelse enn hos ellers friske (16).

Norge ratifiserte FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne i 2013. Konvensjonen stadfester at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til å motta helsetjenester på lik linje med andre, også de helsetjenester de trenger spesielt på grunn av sin nedsatte funksjonsevne. Videre skal de helseetiske prinsipper; autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet alltid ligge til grunn for en god helsefaglig helhetsvurdering. Vi erfarer imidlertid at disse prinsippene ikke alltid etterleves ved behandling av personer med sammensatte behov.



Figur 1. Organisering av norsk helsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten har hovedoppgavene pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. Det er lovpålagt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det er ikke et slikt lovpålagt samarbeid mellom tannhelsetjenesten og øvrige tjenester.

Barrierer for god behandling i tannhelsetjenesten for mennesker med store og sammensatte helsebehov i Norge

Økonomiske barrierer

En norsk undersøkelse blant personer i alderen 20–66 år viste at de med nedsatt funksjonsevne har nær 70 prosent høyere helseutgifter enn befolkningen generelt. Utgiftene til tannlege utgjør den største enkeltutgiften (34 prosent) (17).

Personer med brukerstyrt personlig assistent (BPA) har ikke rettigheter til vederlagsfri tannbehandling i DOT, i motsetning til personer som mottar hjemmesykepleie. BPA er en mer moderne, funksjonell og fleksibel løsning enn hjemmesykepleie, og mange som før ville mottatt hjemmesykepleie har i dag BPA, og må betale for tannbehandling selv. Vi mener dette er i konflikt med FN-konvensjonen om likeverdige rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Regelverket for økonomisk stønad til undersøkelse og behandling i tannhelsetjenesten er ofte vanskelig å tolke og til hinder for likeverdig tilgang til tjenester. Innslagspunkt 1 i takstregelverket,

som omhandler sjeldne medisinske tilstander (SMT), er et eksempel. SMT-listen revideres to ganger per år. Det er likevel en rekke sjeldne diagnoser som ikke står på listen, da diagnoser inkluderes på bakgrunn av henvendelser fra både helsepersonell, organisasjoner og enkeltpersoner. Mange av diagnosene på listen har flere synonymer og det er vanskelig for tannlegene å ha oversikt. Innslagspunkt 14 gir stønad til dekning av utgifter for tannbehandling til personer som på undersøkelses- og behandlingstidspunktet hos tannlege/tannpleier har sterkt nedsatt evne til egenomsorg på grunn av varig somatisk eller psykisk sykdom, og/eller varig nedsatt funksjonsevne. Dette innslagspunktet krever skriftlig erklæring fra lege eller psykolog, og har mange unntak. Regelverket oppleves som komplisert, til en viss grad forvirrende, og neppe til brukernes beste.

Ingen av innslagspunktene gir dekning etter regning, men etter statlige takster. Dette medfører ofte store mellomlegg, da private tannleger ofte honorerer høyere enn takstene, og individets personlige økonomi blir avgjørende.

Økonomiske faktorer er noen ganger også en barriere for personer som har rettigheter til vederlagsfri tannbehandling i DOT. Dessverre er vår erfaring at pasienter ikke henvises til tannlegespesialister, tross tydelige behov. Dette kan skyldes både økonomiske og organisatoriske barrierer samt holdninger hos behandlere.

Utfordringer knyttet til organisering og samhandling

Mens tannhelsetjenesten er organisert i fylkeskommunene er øvrige primærhelsetjenester organisert i kommunene. Helseforetakene/sykehusene, som personer med store og sammensatte helseutfordringer bruker, er spesialisthelsetjeneste og forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet via regionale helseforetak (RHF). Organisering av helsetjenester i ulike forvaltningsnivå er utfordrende og utgjør organisatoriske barrierer for en helhetlig behandling (figur1).

Helseopplysninger kan ikke deles på en trygg og forsvarlig måte mellom tannhelsetjenestens offentlige og private sektorer, heller ikke mellom tannhelsetjenesten og den øvrige helsetjenesten. På nettsiden Helsenorge.no har alle innbyggere i Norge, som ikke har reservert seg, en kjernejournal hvor de viktigste helseopplysningene er registrert og lagret. Intensjonene er at helsepersonell kan se de samme viktige helseopplysningene, uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus eller legevakst. Tannhelsetjenesten har ikke tilgang til opplysningene i kjernejournalen.

Ulike organisatoriske og finansielle systemer medfører også at personell i andre deler av helsetjenestene ofte ikke forstår hvor viktig oral helse er, og ikke tenker at tannhelsepersonell er naturlige samarbeidspartnere. Tannhelsetjenesten blir sjelden inkludert i prosesser som handler om samhandling, organisering og finansiering. Tannhelse er ikke en del i helsefellesskapene som regjeringen etablerte i 2019 hvor intensjonen er å skape bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste rundt de mest sårbare pasientene (18).

Manglende kompetanse om pasienter med store og sammensatte helsebehov og tilgang til spesialister

Vi erfarer at det ofte mangler kunnskap om både barn og voksne med store og sammensatte behov samt om årsakssammenheng mellom oral helse og generell helse blant ansatte i tannhelsetjenesten. Undervisningen på grunnutdanningen tar for seg risikofaktorer ved behandling av pasienter med ulike sykdommer og tilstander samt hvilke forhåndsregler man må ta ved ulike behandlingsprosedyrer. Det mangler imidlertid undervisning om, og spesielt praktisk trening i, å tilnærme seg og kommunisere med de pasientene som har store og sammensatte behov. Studenter både i grunnutdanningen og de fleste spesialistutdanninger møter i liten grad pasienter med alvorlige og sammensatte helseutfordringer og har derfor lite erfaringsgrunnlag.

Mange pasienter ville hatt nytte av tverrfaglig konsultasjon/ behandling hos ulike tannlegespesialister, og at tannhelseteamet samarbeider med andre deler av helsetjenesten. DOT har få ansatte tannlegespesialister generelt og bekymringsfullt få spesialister i pedodonti, som naturlig tilhører DOT.

Tilgang til tannbehandling i narkose

En annen faktor som i særlig grad rammer pasienter med store og sammensatte behov er tilgang til narkose. Ventetiden er oppgitt å være mellom en og åtte måneder, men ikke alle fylkeskommuner ga opplysninger om dette (19).

Ifølge KOSTRA ble det i 2018 utført 3 792 tannbehandlingsprosedyrer i narkose i Norge, 4 319 i 2019 og 3 714 i 2020. Det er stor variasjon mellom fylkene i hvor stor andel av befolkningen som mottar tannbehandling i narkose, i Oslo var tallet 4,78 per 10 000 innbyggere, mens det i Trøndelag var 11,2 per 10 000. Andelen som hadde ventet mer enn tre måneder på behandling varierte mellom 49,8 og 58,6 prosent (19). En undersøkelse gjort i Oslo i 2016 viste at 38 prosent av de som ventet på behandling i narkose



Sterilforsyning i helsetjenesten

Fagskolen Oslo gir deg kompetansen du trenger – våre utdanninger gjøres i nært samarbeid med fagmiljøene ved helseforetakene.

- 60 studiepoeng
- Deltid, 2 år. (tilbys også som nettstudie)
- Mer info: <https://fagskolen-oslo.no>

DITT VALG FOR FREMTIDEN!

Fagskolen
Oslo

hadde symptomer i form av tannverk, ising og vekttnap eller tegn på at de hadde symptomer ved endret adferd (spisevegring/selvskadning) i ventetiden (upubliserte data, spesialist i pedodonti Pernilla Östenson).

Hvordan bygge ned barrierene?

Det er et stort behov for en helhetlig gjennomgang av organisering og finansiering av tannhelsetjenester. Regjeringen foreslo i 2016 å flytte ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Forslaget møtte motstand både fra odontologiske fagmiljøer, fylkeskommuner, kommuner og KS, og forslaget fikk heller ikke flertall i Stortinget. Vi mener dette er en debatt som bør aktualiseres, da vi tror at typen pasienter som omtales i denne artikkelen ville fått et bedre tilbud ved en samorganisering. Enhetlige beslutningslinjer og et helhetlig lovverk mener vi vil bedre integrasjonen av oral helse i en helhetlig helsetjeneste. Vår påstand er at dagens organisering av tannhelsetjenesten fungerer godt for personer som har god generell helse, men når tjenesten ikke oppfattes som en del av helsetjenesten generelt, kommer de med de store og sammensatte behovene dårlig ut.

Det er nødvendig at alt tannhelsepersonell får god teoretisk kunnskap og klinisk praksis om barn og voksne med store og sammensatte behov, slik at de er mer forberedt og trygge i å møte denne pasientgruppen (20–22).

Tilgang til tannlegespesialister med kunnskap om gruppen med store og sammensatte behov bør styrkes. Alle fylker bør ha et tverrfaglig spesialisttilbud som også inkluderer spesialist i pedodonti, samt personell med ekstra kompetanse om voksne og eldre med slike sammensatte utfordringer. Dette for å sikre en behandlingsplanlegging i et livsløpsperspektiv.

International Association for Disability and Oral Health (IADH) har utviklet læreplaner i «Special Care Dentistry» (SCD)/

«tilrettelagte orale helsetjenester» (TOH) både på grunn- og spesialistutdanningsnivå. Arbeidet er gjort av spesialister fra 32 land og læreplanene er utformet på en måte som gjør at de lett skal la seg inkorporere i beskrivelsen til de globale utdanningsorganisasjonene for odontologi, som Association for Dental Education in Europe (ADEE) og The American Dental Education Association (ADEA) (23). Likevel er det ulikt hvordan dette følges opp i ulike land og hvilken fagavdeling som har ansvar for utdanningen innenfor TOH. I Australia, New Zealand, Brasil og Storbritannia er dette en egen odontologisk spesialitet. I USA og flere andre land er det ulike program man kan velge som påbygg til grunnutdanningen. I Storbritannia finnes det også egne kurs for tannpleiere og tannhelsesekretærer.

Med bakgrunn i vår erfaring med denne gruppen pasienter, med store og sammensatte behov og som øker i omfang, mener vi de odontologiske lærestedene i Norge bør inkludere TOH i utdanningsløpene, både på grunnutdannings- og spesialistnivå. Sammen med utdanningen innenfor pedodontifaget vil TOH bidra til at denne gruppen får et godt tilbud om tannhelsetjenester samt koordinering og samhandling av nødvendige helsetjenester i et livsløpsperspektiv.

Tilbud om tannbehandling i narkose må styrkes. I høringsutkastet til de nye retningslinjene «Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år–Del 2 (TannBarn 2)» er det en sterk anbefaling at fylkeskommunen skal sørge for at tilbudet om tannbehandling i generell anestesi (narkose) er faglig forsvarlig og tilgjengelig for barn og unge som har behov for et slikt tilbud. Ventetiden for tannbehandling i generell anestesi bør være maksimalt ett døgn ved akutt behandlingsbehov og på sikt være maksimalt tre måneder ved ordinær behandling.

REFERANSER

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs: The Reference manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill: American Academy of Pediatric Dentistry; 2020:19.
2. Sosial- og helsedepartementet. NOU 2001: 22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.
3. World Health Organization & World Bank (2011). World report on disability 2011. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575> (lest 25.10.2021).
4. Ramm J, Otnes SSB. Personer med nedsatt funksjonsevne. Indikatorer for levekår og likestilling. Statistisk sentralbyrå. Rapport 8/2013.
5. Anttonen V. Oral health of children and adolescents - factors of concern in the future. Nor Tannlegeforen Tid. 2020; 130: 18–24.
6. Kreftregisteret. Kreft i Norge. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/> (lest 25.10.2021).
7. Neiden EUP, Nordgarden H, Rønneberg A, Bletsa A (2022). Organtransplantert jente med Turpenny-Fry syndrom. Utfordringer med tverrprofesjonell oppfølging. Nor Tannlegefor Tid. Akseptert 2022.
8. Haugbo HO, Rydning L, Torper. Tilrettelagt tannhelsetilbud: Erfaringer med tverrfaglig behandling av pasienter med sammensatt odontologisk og psykologisk problematikk. En kasusrapport. Nor Tannlegefor Tid. 2018; 128: 98–103.
9. Quintero DPH, Bjørkvik J. Tverrfaglig behandling for pasienter med psykiske helseutfordringer. Nor Tannlegefor Tid. 2020;130: 220–32.
10. Helse og omsorgsdepartementet. St.meld nr 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester 2006–2007.
11. Helsedirektoratet. Beskrivelse av forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø i sykehus. 2014: IS-2128.
12. Klingberg G, Hallberg U. Oral health – not a priority issue. A Grounded Theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others. Eur J Oral Sci. 2012; 120: 232–8.

13. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ.* 2012; 16: 195–201.
14. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist.* 2010; 30: 110–7.
15. Wilson NJ, Lin Z, Villarosa A, George A. Oral health status and reported oral health problems in people with intellectual disability: A literature review. *J Intellect Dev Disabil.* 2019 ;44: 292–304.
16. Cabrita JP, Bizarra MF, Garcia SR. Prevalence of malocclusion in individuals with and without intellectual disability: A comparative study. *Spec Care Dent.* 2017; 37: 181–6.
17. Otnes B. Helseutgifter og levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Analyse av data fra Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2008. Statistisk sentralbyrå. Rapport 20/2010.
18. Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse og sykehusplan 2020–2023 2019
19. Statistisk sentralbyrå. KOSTRA. Tannhelsesdata. 12074: Meldinger til barnevernet og foresatte, samt ventetid for behandlinger med narkose. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/tannhelse>. (lest 21.10.2021).
20. Chávez EM, Subar PE, Miles J, Wong A, Labarre EE, Glassman P. Perceptions of predoctoral dental education and practice patterns in special care dentistry. *J Dent Educ.* 2011; 75: 726–32.
21. Rohani MM, Mohd Nor NA. Dental students' perception on Disability Equality Training as part of the special care dentistry curriculum. *J Dent Educ.* 2021;85:690–8.
22. Gysling SP, Taiclet LM, Polk DE. Associations between practice patterns and dental education in special care dentistry. *J Dent Educ.* 2020; 84: 1084–90.
23. International Association of Disability and Oral Health iADH. Resources and Curricula <http://iadh.org/resources-curricula/> (lest 25.10.2021).



The ONLY Chlorhexidine with
Anti Discoloration System



BEWARE OF IMITATIONS THE NON-STAINING CHLORHEXIDINE: THE ANSWER PROVIDED BY STUDIES.

The Anti Discoloration System® is a patented system that reduces tooth staining, the most common and troublesome side-effect associated with the use of Chlorhexidine. **No Alcohol - No SLS**





tel.: 75 64 65 66
 mail: bestdental@bestdental.no

Når ingenting lukter & smaker som før

De fleste har opplevd å være kraftig forkjølet med nedsatt lukte- og smakssans i en dag eller to. For en del covid-19- pasienter kan en dag eller to bli til uker og måneder da de hverken kan smake maten de spiser eller lukte seg selv og omgivelsene.

 TONE ELISE ENG GALÅEN

Tannlege Preet Bano Singh er førsteamanuensis ved Institutt for klinisk odontologi, ved Universitetet i Oslo. Ved avdeling for oral kirurgi og oral medisin har hun siden 2021 tatt imot pasienter som etter å ha gjennomgått covid-19 enten har mistet smak- og luktesansen helt, eller har en forvrengt fornemmelse av lukt og smak.

– Når du mister smaks- og luktesansen er det en dimensjon av deg som blir borte. Pasientene smaker hverken mat eller drikke, eller maten kan smake kloakk og lukte som oppkast. Siden de ikke merker sine egne eller andres kroppslukter kan de bli sosialt engstelige, noen opplever at egen svette lukter som løk. Alt det vi lukter og smaker og som er en naturlig del av samfunnet vi beveger

oss rundt i, både fysisk og sosialt, blir borte. Luktesansen kan også varsle oss om fare, for eksempel ved brann eller gasslekkasjer, sier Singh, som har en doktorgrad innen smak- og luktesansfeltet.

Skjer på et øyeblikk

Som den eneste i Norge bruker hun lukttetning i behandlingen av pasienter som på grunn sykdom eller traumer mot hodet har mistet lukte- og smakssansen.

I januar 2021 startet hun en klinisk forskningsstudie hvor formålet var å finne forekomsten av lukt-, smak- og orale komplikasjoner etter gjennomgått covid-19, om denne pasientgruppen responderer på standard behandling, og hvor lenge komplikasjonene vedvarer etter gjennomgått



Preet Bano Singh utfører luktetest på en covid-19-pasient. Foto: privat.

covid-19-infeksjon. Under studien har hun utredet covid-19-pasienter fra hele landet. De fleste tilfellene stammer fra den første bølgen av pandemien da delta- og alfavariantene av viruset var dominerende. Pasientene er blitt fulgt opp hver tredje måned til de er ferdigbehandlet.

– For alle mine pasienter med langvarige lukt- og smaksforstyrrelser på grunn av covid-19, har fullstendig tap av lukt og smak skjedd på dag fire eller fem etter at sykdommen brøt ut. Alle husker på hvilken dato det skjedde, noen kan til og med angi nøyaktig klokkeslett, sier Singh.

Under utredningen har pasientene gjennomgått en smaks- og luktetest, før Singh har kartlagt om de også har brenning i munnen (kjemestese) og lider av munntørrrhet.

– For 80 prosent av dem som rammes vil lukt og smak komme tilbake i løpet av to til tre uker. Men for 20 prosent blir det et vedvarende problem. De fleste av disse har hatt et mildt forløp av covid-19. De er blitt friske ellers, men lukt og smak mangler, forteller Singh.

Forringer livskvaliteten

Pilotstudien hun har gjennomført på pasientgruppen med vedvarende problemer, viser at 78 prosent av pasientene hadde nedsatt luktesans, 70 prosent hadde forvrengning i lukteopplevelsen. 43 prosent hadde nedsatt smak, 60 prosent hadde forvrengning i smaksopplevelsen. 26 prosent hadde fått munntørrrhet. 23 prosent av pasientene

opplevde konstant brenning i munnen. Studien vil bli publisert i løpet av sommeren.

Covid-19 kan også påvirke den trigeminale sansen som forteller oss om det vi spiser og drikker er varmt eller kaldt, hvilken konsistens det har, og om det inneholder kullsyre eller ikke.

– Alt dette er alvorlige komplikasjoner som vil påvirke pasientenes matinntak og livskvalitet. I forskningen min har jeg kartlagt tap og forvrengning av smak og lukt, munn-tørrehet, og trigeminal funksjon (følelsen av brenning i munnen), sier Singh.

Singh mener det også vil være interessant å se på hvordan pandemien har påvirket den dentale helsen i et bredere perspektiv.

– Tap av smak og lukt vil ikke påvirke tannhelsen direkte, men det kan føre til et endret kosthold. Det er dessuten grunn til å tro at pandemien har ført til endringer i dentalstatus generelt sett. Det er ikke sikkert man er så nøye med oralhygiene når man har hjemmekontor, og at vi har oppholdt oss mye mer hjemme kan også ha påvirket hvordan og hva vi spiser, sier Singh.

Må prøve å huske hvordan det luktet

80 prosent av det vi oppfatter som smak, stammer fra luktesansen. Koronaviruset kan angripe lukt- og smakscellene slik at luktenervene skades. Viruset kan også ødelegge to av de fem smakscellene vi har i den såkalte smakspapillaen, som gjør at vi kan skille mellom søtt, salt, surt, bittert og umami (smaken av protein).

Luktesansen er koblet direkte til det limbiske system. Fra disse områdene i hjernen styres emosjonene våre, vår sosiale og seksuelle atferd, og her lagres minnene våre. Nettopp minnet av hvordan et objekt lukter er viktig i opptreningen av luktesansen.

– Heldigvis er det mulig å regenerere reseptorene på lukteceller. Når pasienten gjennomfører luktetrening regelmessig over tid, vil det stimulere til regenerasjon av reseptorene på luktecellene, forklarer Singh.

Hun anbefaler duftoljer i opptreningen. Én olje som lukter blomster, én med lukt av krydder, én som lukter frukt, og en som «iser» litt og dermed i tillegg stimulerer den trigeminale sansen, for eksempel peppermynte.

– Disse fire dekker alle luktreseptorene våre. Treningen er forholdsvis krevende, for pasienten må aktivere minneområdet i hjernen og forsøke å visualisere hvordan disse luktene artet seg før. Grunnen til at jeg ber pasientene om å bruke oljer i stedet for matvarer, er at jeg ønsker kontinuitet. Hvis de lukter på de samme oljene hver dag blir det enklere å gjennomføre, og de kan enkelt ta oljene med seg hvis de skal reise bort, sier Singh.

Covid-19-pasienter leges raskere

Det er en langvarig prosess å gjenopprette sansene. Singh tar pasientene inn til kontroll hver tredje måned, men forventer ingen endring før etter rundt ni måneder. For å få effekt av treningen må den gjennomføres minst to ganger daglig, og pasienten må ta medisiner hver dag.

– Behandlingen tar tid, men jeg ser at covid-19-pasienter blir raskere friske enn pasientgrupper som har mistet lukt og smak på grunn av traumer mot hodet eller av andre årsaker, sier hun.

Når pasientene har fått tilbake 95 prosent av tidligere funksjon regnes de som ferdigbehandlet, og fortsetter treningen på egen hånd til lukt- og smakssansen er hundre prosent gjenopprettet.

Etter koronaepidemien er køen for å komme til behandling hos Preet Bano Singh ved Det odontologiske fakultet blitt lang.

– Vi tok imot covid-19-pasienter som en del av forskningsprosjektet ved fakultetet, men kun voksne over 18 år, sier Singh.

Forskningsprosjektet er nå avsluttet.

Singh har startet et senter for smak, lukt og oral smerte ved en privat klinikk i Oslo. Her tar hun imot pasienter med smaksforstyrrelser, luktførstyrrelser og «burning mouth».

– Både barn, unge og voksne er velkomne til å bestille time hos meg på TannSpes, sier Singh.

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



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

Hos oss får du:

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



Enkelt og oversiktlig:

Send din sporbare postpakke med edelmetallskrap til oss.

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

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

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



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

Bilder på raffinering
for en gullsmed.

I over 33 år har norske gullsmeder, tannleger og tanntekniker kjøpt av oss:
Diamanter • Gullsmykker • Halvfabrikata • Dentalgull • Raffinerings tjenester.
Vi kjøper alle typer edelmetaller: Dentialskrap, filing, smykker, verkstedskrap, m.m.



NOOR EDELMETALL AS

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

64 91 44 00

Økende rasisme i tannhelsetjenesten?

Det forekommer rasisme i svensk tannhelse. Rasistiske verbale angrep blir sjelden rapportert, og mørketallet kan være stort. Dette ifølge den svenske forskeren og tannlegen Sarah Hamed som skriver en avhandling om temaet.

JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

Rasismen synes å øke innenfor den svenske tannhelsetjenesten, og det finnes ingen retningslinjer for hvordan man skal bekjempe den. Det kan forekomme rasistiske ytringer både arbeidskolleger imellom, og mellom pasienter og tannhelsepersonell. Sarah Hamed har sammen med flere kolleger forsket på temaet, med tanke på en kommende doktoravhandling

– I forbindelse med et tidligere forskningsprosjekt om helsetjenesten intervjuet vi både helsepersonell og pasienter. Selv om vi ikke spurte direkte om det forekom rasisme den gangen, sa mange pasienter at de opplevde rasisme i helsevesenet. Dette gjorde oss nysgjerrige på å gå videre innenfor dette området, sier Sarah Hamed, doktorgradsstudent ved Sosiologisk institutt ved Uppsala universitet.

Prosjektet om rasisme innenfor tannhelse og andre helsesektorer har pågått siden 2015.

– Vi oppdaget at det knapt fantes svensk forskning på rasisme i helsetjenesten.

Innenfor prosjektets rammer, har vi intervjuet ulike personalkategorier innenfor tannhelse og andre omsorgsområder samt pasienter.

Et hinder i begynnelsen av prosjektet var å få enkeltpersoner som arbeidet innenfor tannhelse til å stille opp på intervjuer.

– Mange minoriteter i tannhelsetjenesten ser ut til å være redde for å diskutere rasisme fordi de ikke vil risikere å bli stemplet som konfliktsøkende på arbeidsplassen, i tillegg er temaet rasisme politisk ladet i Sverige. Til slutt fikk vi imidlertid nesten 60 personer til å delta, jevnt fordelt over hele landet, men flest i de store byene. De fleste av dem vi intervjuet var etniske svensker, sier Sarah Hamed.

– Er situasjonen med rasisme blitt verre med tiden?

– Mange av våre intervjuobjekter sier at de synes at samtaleklimaet på arbeidsplassen er blitt tøffere, spesielt pasientene er blitt tydeligere når de ønsker å formidle et direkte eller indirekte rasistisk budskap.

Mangler støtte

En bekymring som kom fram under intervjuene var at utsatt tannhelsepersonell ikke visste hvor de skulle henvende seg for å få støtte og hjelp når de blir utsatt for rasisme.

– Det er lettere for pasienter som føler seg diskriminert, ettersom de kan henvende seg til det lokale pasient- og brukerombudet.



Ifølge forsker Sarah Hamed forekommer det rasisme innenfor svensk tannhelsetjeneste. – Uten oppmerksomhet på problemet risikerer en at det vokser og blir stort og vanskelig å løse, sier Sarah Hamed. Foto: Uppsala universitet

Mangel på retningslinjer og støtteprogrammer kan føre til at diskriminerte ansatte velger å tie og ikke fortelle noe til kolleger eller ledelsen om det de har opplevd.

– Det finnes derfor mørketall, som vi tenker er forankret i frykt og mangel på tillit til det svenske offentlige velferdssystemet.

Sarah Hamed og hennes kolleger har gjennomført intervjuer av både privat og offentlig ansatt tannhelsepersonell.

– Jeg vil tro at problemet med rasisme er jevnt fordelt innenfor bransjen uavhengig av om det er privat eller offentlig virksomhet.



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

Utsatte grupper

Sarah Hamed trekker frem romer, mennesker fra Midt-Østen og fra Afrika sør for Sahara, som spesielt utsatte.

– Både blant ansatte og pasienter merker vi at disse etnisitetene er overrepresentert.

Rasisme mot tannhelsepersonell viser seg både i eksplisitte og subtile uttrykk.

– Verbale ytringer, og også som underliggende mistillit som for eksempel kan vise seg ved at man sier at man ikke stoler på en persons faglige kompetanse og evner. Dette skaper en ladet atmosfære, og kan ha betydning for hvordan pasienten blir behandlet.

Ifølge Sarah Hamed, forekommer rasisme også blant tannhelsepersonell.

– I andre forskningsrapporter er det kommet frem at rasistiske ytringer fra helsepersonell til pasienter forekommer oftere i situasjoner som gjelder akuttbehandling.

Rapportens beskrivelse av at rasisme og rasistiske hendelser ikke diskuteres noe særlig på arbeidsplasser innenfor tannhelsetjenesten, kan underbygge at det er en fare for at arbeidsmiljøet påvirkes negativt.

– Mange av de som er utsatt har det dårlig etter det de har opplevd og er samtidig bekymret for at de skal bli utsatt for noe lignende igjen. Det fører til at de bytter arbeidsplass eller starter egen virksomhet, med håp om å kunne håndtere problemet bedre, forklarer Sarah Hamed.

Ta det med i utdanningen

Hvordan kan man forebygge rasisme på arbeidsplasser i tannhelsetjenesten?

– Mitt forslag er å starte med å belyse temaet under utdanningen av tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer. Jeg skal snart undervise om rasisme på tannpleierprogrammet ved universitetet i Jönköping i Sverige. Mer opplæring bør følge, gjerne med seminarer og workshops basert på kliniske studier. Praktiske øvelser er viktig for å få den innsikt som teoretisk belysning ikke alltid kan gi, mener Sarah Hamed.

Ifølge Sarah Hamed er det viktig å våge å begynne å snakke om temaet for å forhindre rasistiske aktiviteter på arbeidsplassen.

– Erkjenn at det kan forekomme rasisme og diskuter ut fra personalets erfaringer. Våg å være ærlig, og fortell om personlige opplevelser. Når det gjelder pasienter, må de lokale pasient- og brukerombudene (offentlig instans som tar imot klager innenfor helse- og sykepleie) ha en kanal og beredskap til å kunne diskutere pasientklager som handler om mistanke om rasisme, sier Sarah Hamed.

– Hvordan går man videre når man har konstatert at det forekommer rasistiske ytringer?

– Hvis noe kan tolkes som rasisme er det viktig å etablere retningslinjer og en handlingsplan. Ved å tørre å ta tak i problemene får man også praktisk erfaring med hvordan man går videre, avslutter Sarah Hamed.

En fullstendig rapport vil bli presentert senere i 2022.



Ingen tegn på rasisme

Chaim Zlotnik, leder i Sveriges Tandläkarförbund, setter spørsmålstegn ved informasjonen om at rasisme forekommer innenfor svensk tannhelsetjeneste.

 JOHAN ERICHS, MERAMEDIA

– Spørsmålet er om denne informasjonen kan knyttes spesifikt til svensk tannhelsetjeneste eller er om det er et uttrykk for den generelle rasismen som forekommer i det svenske samfunnet. Han fortsetter:

– Ut ifra signalene vi får i foreningsstyret er dette hverken et utbredt eller stort problem innenfor svensk tannhelsetjeneste, men jeg vil samtidig bli overrasket om det ikke forekommer eksempler på rasistiske ytringer også innenfor tannhelsetjenesten. Det er i tilfelle alvorlig nok fordi det kan være en katastrofe for den enkelte som blir rammet, sier Chaim Zlotnik.

Subtile uttrykk, det vil si utsagn som ikke er direkte rasistiske, men som har en rasistisk undertone, bevisst eller ubevisst, forekommer ulike steder i samfunnet, også innenfor tannhelsetjenesten.

– Slik er det, men det ser jeg mer som et uttrykk for hverdagsbekymringer eller redsel for det ukjente. Mange klinikkresepsjonister kan sikkert bekrefte dette. Jeg vet av egen erfaring at de noen ganger kan få spørsmål fra pasienter om det er mulig å få snakke med tannlegen, eller får spørsmål om han eller hun er dyktig nok, kanskje med utgangspunkt i at tannlegen har et utenlandsk navn, sier Chaim Zlotnik.

Zlotnik innrømmer at dette ikke er helt enkelt å håndtere, og understreker samtidig at tannhelsetjenesten generelt er flink til å håndtere grunnleggende verdispørsmål.

– Blant tannleger er det stor enighet om at vi vil forsøke å bekjempe rasistiske ytringer. Saken er viktig, og jeg har



– Det er fint at spørsmålet om rasisme i tannhelsetjenesten stilles, og signalene jeg får tyder samtidig på at det er ekstremt sjelden en hører rasistiske ytringer i svenske tannklinikker, sier Chaim Zlotnik, leder Sveriges Tandläkarförbund. Foto: Erika Aminoff

vanskelig for å forestille meg en arbeidsgiver som ikke ville tatt tak i problemet hvis det skulle oppstå, fordi passivitet kan medføre risiko for å få et dårlig rykte og redusert mulighet for rekruttering av tannhelsepersonell i tillegg til tap av pasienter. Samtidig er jeg klar over at det finnes klinikker som av frykt for at enkelte tannleger skal bli valgt bort ikke legger bilder av ansatte som har annet opphav enn svensk på nettsidene sine.

Det er fint at spørsmålet om rasisme tas opp og at det diskuteres, og min mening er at problemet ikke er spesielt utbredt innenfor tannhelsetjenesten, avslutter Chaim Zlotnik.

Vi satser stort i Larvik – og vil gjerne ha deg med!



Odontia bygger en av **Norges beste tannhelseklinikker i Larvik**, som vil åpne til høsten. Til den nye klinikken tenker vi litt annerledes. Vi har lyst å sette sammen et team som velger hverandre, og som vil utvikle og etablere et sterkt og ambisiøst fagmiljø der mennesker, utvikling og nytenkning står i fokus.

- Er dere en gjeng kullinger eller gamle kjente som har tenkt at det ville vært gøy å jobbe sammen?
- Er dere tre – fire allmenntannleger og en spesialist som savner å jobbe sammen i et kollegium, som kan diskutere og løse krevende caser på tvers av kompetanse og erfaring?
- Er dere tre – fire tannleger som driver praksis i dag men som savner å forenkle driften og ønsker nye lokaler? Med et spesialistert team som bistår med økonomi, markedsføring, personal, it og drift, slik at dere kan konsentrere dere om den faglige driften?
- Er dere unge tannleger som savner å være i et miljø med kloke erfarne mentorer, som utvikler og skaper faglig prestasjon fordi de liker det – og fordi verdi for pasienter skapes over et lunsjbord med felles verdier?
- Er dere kloke gode tannleger i det offentlige som savner å jobbe i det private – gjerne ved siden av annen jobb?
- Er dere allmenntannleger med portefølje som rett og slett bare synes det ville være fint med litt forandring etter pandemien – og som elsker Vestfold!

Vi leter etter de fremste lokale tannlegene, med eller uten portefølje – så vi kan bygge kompetanse og faglig fellesskap til beste for medarbeidere og pasienter. Ta kontakt om du vil høre mer om prosjektet – eller bare bli litt bedre kjent med oss så du vet hva vi kan tilby uansett hvor du bor i dag. Vestfold og Larvik har mye å by på. Og det har Odontia Tannlegene også!

Gleder oss til å høre fra deg.

Kontakt: Kristian Bjerkvold
Tlf: 977 27 021
Mail: kb@odontia.no

ODONTIA
Tannlegene

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen



Den norske
tannlegeforening

Bli bedre kjent med studentforeningens lederduo

 **TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER I NTF**

I begynnelsen av februar hold NTF Student sitt årsmøte, hvor det ble valgt ny leder og nestleder. Møt Stine og Amalie og bli bedre kjent med studentforeningens arbeid.

Hvem er dere?

Vi er to engasjerte sjeler fra nord som brenner for studentene og faget. Vi studerer ved UiT og er på 8.semester. Litt om oss:

Stine Arnesen (22), fra Tromsø, Leder NTF Student. Jeg valgte å studere i Tromsø fordi det er hjembyen min. Ved siden av studiene går det i ett med familie, foreningsarbeid og jobb. Det er fint å kunne studere i hjembyen, jeg har den luksusen av å kunne dra hjem til familie og venner når som helst. Ellers liker jeg å gå tur, lage mat og håndarbeid.

Amalie Storaas Jensen (23) fra Setermoen, Nestleder av NTF Student. Jeg valgte å studere ved UiT, fordi det er et stort fokus på mye praksis både eksternt og internt gjennom hele studieforløpet. Ved siden av studie går mye av tiden til å nyte Tromsø sin vakre natur. Her er det fantastiske mulighetene for å gå på fjellturer, langrenn, randonee og drive på med klatring!

Hva gleder dere dere mest til å ta fatt på i studentarbeidet?

Vi håper å skape et større engasjement rundt NTF Student blant elevene ved de ulike universitetene. Vi ønsker å være mer synlig for studentene. Dette skal vi gjøre ved å blant annet holde infomøter for de nye studentene til høsten, om hva NTF Student er og hvorfor det er både bra og viktig å være medlem. Vi planlegger også å stå på stands, arrangere quiz &

foredrag, samt være minst like aktiv på sosiale medier som i fjor!

Hva er de største utfordringene studentene og studentforeningen står overfor det neste året?

Vi tror den største utfordringen for foreningen vil være å øke engasjementet blant studentene innad i foreningen. NTF Student er av og for studenter, og for at vi skal være en ressurs for studentene er vi helt avhengige av at de deltar aktivt.

Hverdagen ser ut til å gå tilbake til normalen, noe som også betyr fysisk undervisning og eksamen. Vi tror at dette kan oppleves utfordrende for enkelte studenter som er vant til en fleksibel hverdag med mye digital undervisning. Samtidig håper vi også at studentene gleder seg over å endelig kunne være sammen igjen i undervisning og på fritiden.

Hva er det morsomste med å være tillitsvalgt i studentforeningen?

Å sitte i styret er en ære. Gjennom vervene våre får vi verdifull erfaring, et bredere nettverk, og muligheten til å ha en større innflytelse og påvirkning. Det er mange goder ved å være en del av NTF Student sitt styre. Høydepunktene for året er Geilo seminaret og NTFs landsmøte. Her møter vi



NTF Students nye lederduo består av to Tromsøstudenter; leder Stine Arnesen (til venstre) og nestleder Amalie Storaas Jensen. Foto: privat.

medstudenter fra de ulike universitetene og fremtidige kollegaer. Vi gleder oss!

Har dere noen oppfordringer til Tidendes lesere?

Vi vil oppfordre Tidendes lesere til å bruke foreningen aktivt. Vi i NTF Student styret blir kjempeglade når vi får henvendelser fra våre medlemmer! I fjor fikk ikke styret arrangert noen foredrag, det ønsker vi å få til i år. NTF Student er ikke bare interessert i å høre fra studentmedlemmene, men også ordinære medlemmer i NTF. Som student er det

ikke så lett å vite hva man trenger når man står midt i en fullpakket studiehverdag, noen ganger er det kanskje lettere å se tilbake for å vite hva man manglet eller trengte mer av? Kanskje til og med noen av Tidendes lesere har noe interessant de ønsker å presentere for studentene våre? Nøl ikke med å ta kontakt med oss vi er åpen for det aller meste av innspill!

Mer informasjon om NTFs student finner du på www.tannlegeforeningen.no/student, eller på Facebook og Instagram @NTFStudent.

Nyansatt seniorrådgiver – Harry-Sam Selikowitz

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSRAÐGIVER I NTF

Harry-Sam Selikowitz er for mange et kjent navn da han i en årrekke har representert NTF både i verdens tannlegeorganisasjon FDI og i CED - Council of European Dentists. Med virkning fra 1. februar er Harry-Sam ansatt i NTFs sekretariat i en 20 prosent stilling med oppgaver knyttet til samfunnsodontologi, folkehelse og ikke-smittsomme sykdommer, samt NTFs fagkomité for antibiotikabruk og smittevern.

Vi har stilt ham noen spørsmål slik at medlemmene kan bli bedre kjent med ham:

Kan du fortelle litt om din bakgrunn?

Jeg har min tannlegeutdannelse og doktorgrad i samfunnsodontologi fra Oslo og en master i det samme fra London. På grunn av mitt doktorarbeid ble jeg «plukket opp» av FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) og har organisert og evaluert tannhelsetjenester i flyktningleirer i Asia. Jeg har i mange år vært NTFs representant i FDI (Chair Science Committee) og nå involvert i Council of European Dentists. Jeg har holdt mange forelesninger om folkehelse både nasjonalt og internasjonalt. Erfaringer som politisk leder i en bydel i Oslo og leder av styret i Oslos største apotek kan vel også nevnes.

Hva er det viktigste du kan bidra med inn til NTF?

Jeg bringer med meg min allsidige bakgrunn som klinisk tannlege, forsker og erfaring fra internasjonalt arbeid. Jeg har i flere år vært tilknyttet NTF som rådgiver på områder som sukker, folkehelse og antibiotikabruk. Dette arbeidet vil nå bli enda viktigere. NTF har også tatt initiativ til et nytt samfunnsodontologisk nettverk, hvor jeg skal delta. Nettverket har som mål å bringe mer fakta om oral helse inn i den politiske dagsorden.



Sam Selikowitz er ansatt som seniorrådgiver i NTF i 20 % stilling. Foto: Kristin Aksnes.

Hva gleder du deg mest til i den nye jobben?

Jeg er veldig inspirert av dyktige kollegaer. Jeg synes tannleger er en ubrukt ressurs i forebyggende helsearbeid generelt, og gleder meg til å bidra til å gjøre noe med dette. Jeg ønsker å være en pådriver i kampen for god folketannhelse og bidra til at tannlegene får sin rettmessige plass i helsetjenesten. Det blir også fint å kunne bidra med min erfaring i å omsette kunnskap til handling.

Hva ser du for deg blir de største utfordringene?

Det kommer klare, politiske signaler om at tannhelsesektoren står foran omstillinger.

Det er viktig at vi er så godt forberedt som mulig, slik at vi kan være med på å legge premissene. Jeg er også opptatt av sykdomsforebygging og ser det som en utfordring å få områder som sukkerforbruk og bruk av antibiotika enda mer frem. Foreningen har mange og viktige oppgaver, og dette er bare et par eksempler.

Harry-Sam (til daglig kalt Sam) har i en årrekke utvist et sterkt engasjement for å sette den orale helsen inn i et større perspektiv og utgjør en stor ressurs for tannlegestanden og foreningen. Vi ønsker ham hjertelig velkommen som seniorrådgiver og kollega i sekretariatet!

HØR PÅ OSS!

Episodene finner du på Spotify & Apple Podcasts

Mer informasjon finner du på
www.tannlegeforeningen.no/odontopod



Visste du at Odontopoden er blitt spilt over 15 000 ganger siden oppstarten?

Odontopoden er en podcast for alle som vil snakke litt om tann- og munnhelse og alt som har med det å gjøre. Målet er å skape gode samtaler som vekker interesse og gir kunnskap om tannhelse i Norge.

I løpet av sine to år har det vært mye pandemi og tannhelsepolitikk, men i 2021 var den mest populære episoden om MVA.

**Har du forslag til tema som bør tas opp?
Send en epost til cf@tannlegeforeningen.no**

HUSK NTFs OBLIGATORISKE ETTERUTDANNING!

Livslang læring er helt avgjørende for å opprettholde en høy etisk og faglig standard som tannlege, og NTF har derfor vedtatt en obligatorisk etterutdanningsordning som skal sikre kontinuerlig kompetanseheving av våre medlemmer.

Ordningen er et minimumskrav for å holde seg oppdatert på utvalgte myndighetskrav, etikk og fag.

Hva består ordningen av?

- Timekrav på 40 timers etterutdanning per to-års periode (1.1.2021 til 31.12.2022)
- Gratis obligatoriske nettbaserte kurs i Folketrygdens stønadsordning og Smittevern
- Timer gis automatisk for kurs i regi av NTF sentralt, lokal- og spesialistforeningene, lærestedene, kompetansesentrene og DOT
- Etterutdanningsaktivitet som tilbys av andre ikke-kommersielle aktører og utvalgte kurs og kongresser i utlandet kan også gi tellende timer forutsatt at det foreligger en forhåndsgodkjennelse fra NTFs sekretariat

Status på din etterutdanningsaktivitet finner du på NTFs nettsted på "Min side."



Mer informasjon om obligatorisk etterutdanning finner du på

www.tannlegeforeningen.no/OEU

Frokostseminar: Stress, press og det «perfekte» smil

MUNNHELSELAGEN 2022

Et frokostseminar om kroppspress og kosmetisk tannbehandling

Deltakere: Press – Redd barna ungdom, Velferdsforskningsinstituttet NOVA,
Norske Kvinners Sanitetsforening, NTF Student

Tid:

21. mars kl. 08:00 – 10:00

Sted:

Kulturhuset Oslo
Nettbasert

Støtt opp om årets munnhelsedag!

Markeringen av årets munnhelsedag vil ha fokus på kroppspress og det økende markedet for kosmetisk tannbehandling. Hvordan kan tannhelsetjenesten bidra til at flere unge får et godt forhold til sitt naturlige smil?

Hvordan kan jeg delta?

- Delta på frokostseminaret 21. mars (NB: fysisk deltakelse krever påmelding)
- Følg seminaret live (eller se det i opptak) på NTFs Facebookside
- Spre informasjon i sosiale medier #Munnhelsedagen

For mer informasjon se www.tannlegeforeningen.no/munnhelsedagen

Årsrapport 2021 tilgjengelig på NTFs nettsted

Årsrapporten for 2021 gir deg et enkelt og visuelt sammendrag over aktiviteter og høydepunkter for året som har gått.



I rapporten finner du mer informasjon om blant annet;

- viktige datoer og hendelser
- kommunikasjonsaktiviteter og kampanjer
- NTFs tannhelsepolitiske arbeid i 2021
- oversikt over NTFs kurs- og etterutdanningstilbud
- økonomiske nøkkeltall
- medlemstall og tillitsvalgte i NTFs organer og utvalg

Har du oppdatert din medlemsprofil?

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

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

**Den norske tannlegeforening**

Angi søkeord 

[Kontakt oss](#) 

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

Startside / Min side

Min side

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

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


Min medlemsprofil


Min kursprofil


Registrering av timer


Nettbaserte kurs


Medlemsregister


Medlemsfordeler


Kurspåmelding

Min side

[Min medlemsprofil](#) >

[Min kursprofil](#)

[Registrering av timer](#)

[Nettbaserte kurs](#)

[Medlemsregister](#)

[Bruk av NTFs logo](#)

[For tillitsvalgte](#) >

SI DIN MENING OM NTFs ETTERUTDANNINGSTILBUD

HUSK Å SVARE PÅ MEDLEMSUNDERSØKELSEN!

NTF sendte i starten av mars ut en spørreundersøkelse til alle yrkesaktive medlemmer. Undersøkelsen gir deg en unik mulighet til å være med å evaluere det eksisterende kurs- og etterutdanningstilbudet, og til å komme med behov, innspill og ønsker om format og innhold på det fremtidige tilbudet.

Undersøkelsen er åpen til slutten av mars
- benytt deg av muligheten til å si din mening!

Mer informasjon om bakgrunnen for undersøkelsen finner du i februarnummeret av Tidende. Kontakt oss på info@tannlegeforeningen.no hvis du ikke har mottatt epost med undersøkelsen





NTFs midnattssolsymposium

16. – 17. juni 2022

Clarion Hotel The Edge, Tromsø

HOLD AV DATOENE!

TEMA: Fremtidsrettet protetikk

NB: Egen parallell for tannhelsesekretærer!

Påmeldingen åpner i april

Følg med på www.tannlegeforeningen.no/kurs

Arbeidsliv

Inkluderende Arbeidsliv (IA) – hva er nå det?

IA-avtalen skal skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall og på denne måten bidra til å øke sysselsettingen.

 **LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER I NTF**

IA-avtalen, eller intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv, er et samarbeid mellom åtte hovedorganisasjoner og staten. Av de åtte hovedorganisasjonene er det fire arbeidsgiverorganisasjoner og fire arbeidstakerorganisasjoner, herunder Akademikerne hvor NTF er én av medlemsorganisasjonene.

Den første IA-avtalen ble inngått i 2001 og dagens avtale er den femte i rekken.

Gjeldende avtale utløper 31. desember 2022 og regjeringen har gitt uttrykk for at man ønsker å forhandle om en ny avtale i 2022. Det samme gjelder Akademikerne.

Mål for samarbeidet

IA-avtalens overordnede mål er å skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall og på denne måten øke sysselsettingen.

De nasjonale målene i IA-avtalen som trådte i kraft 1. januar 2019 er:

- Å redusere sykefraværet med ti prosent (sammenliknet med årsgjennomsnittet for 2018)
- Å redusere frafallet fra arbeidslivet

Det rettes en spesiell innsats mot å forhindre lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær, samt på forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

Koronapandemien som har preget arbeidslivet i nærmere to år av avtaleperioden, må forventes å gjøre det vanskeligere å vurdere effekten av tiltakene og evaluere avtalen i sin helhet enn tidligere.

Hvem er IA-bedrift?

IA-avtalen gjelder for hele arbeidslivet, og alle bedrifter i Norge kan nå kalle seg en IA-bedrift. Det er vårt inntrykk at det fortsatt er mange som ikke er kjent med at det med virkning fra 2019 ikke lenger er behov for å tegne en egen lokal IA-avtale for å få bistand fra Arbeidslivssentrene.

Skal bedriften ha tilgang på virkemidlene som ligger i avtalen, må en del faktorer være på plass:

- Du må kunne vise at ledelsen og de ansatte i bedriften samarbeider om arbeidsmiljøarbeid
- Det må være drøftet internt om dere vil benytte en utvidet egenmeldingsordning (maks 24 dager per 12 måneder, maks åtte dager sammenhengende) eller om dere skal begrense denne til folketrygdlovens bestemmelser (maks 12 dager pr 12 måneder, maks tre dager sammenhengende)
- Eller om dere vil lage en lokal ordning som for eksempel er en mellomting mellom disse.

Det presiseres at folketrygdloven er åpen for at arbeidsgiver kan velge å praktisere utvidet egenmeldingsrett.

Nye virkemidler i IA-avtalen 2019-2022

- Alle virksomheter (offentlig og privat) kan få bistand av NAV Arbeidslivssenter (regionale sentre)
- Arbeidsgiver kan søke om tilskudd til ekspertbistand fra NAV
- Arbeidsmiljøportalen.no

Spør advokaten

Nye regler om obligatorisk tjenstepensjon fra 1. januar 2022

ELIN KVÆRNØ, ADVOKAT I NTF

Hvordan lyder de nye reglene for obligatorisk tjenstepensjon?

Svar:

OTP - obligatorisk tjenstepensjon er en pensjonsordning for ansatte i privat sektor. Arbeidsgiver plikter å betale et beløp tilsvarende minst to prosent av de ansattes lønn til pensjonssparing. De fleste arbeidsgivere i privat sektor må opprette en pensjonsordning for sine ansatte.

Den 1. januar 2022 trådte det i kraft nye regler i lov om obligatorisk tjenstepensjon.

Alle arbeidsgivere som plikter å ha en pensjonsordning skal nå spare minst 2 prosent av de ansattes inntekt fra første krone.

Minstekravet til 20 prosent stilling for rett på medlemskap i pensjonsordningen fjernes.

Aldersgrensen for medlemskap i pensjonsordningen er nå 13 år.

Ansatte har rett på medlemskap i pensjonsordningen når inntekten overstiger 1 000 kroner, eller 10 000 kroner om virksomheten er en skattefri organisasjon.

Unntaksregler for sesongarbeidere fjernes.

Arbeidsgivere må ha tilpasset sine pensjonsordninger til de nye reglene senest 30. juni 2022.

Det gamle regelverket vil fortsatt gjelde i overgangsperioden.



Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

**Alt innen oral
og kjevekirurgi.
Implantatprotetikk**

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

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

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi
og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial
kirurgi

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
**Margareth Kristensen
Ottersen**
spesialist i kjeve- og
ansiktsradiologi

**God
påske!**

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

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 Bendiksbj,
annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening

Lisbeth Thomsen
lthomse@online.no

Haugaland Tannlegeforening

John Magne Qvale,
johnqvale@gmail.com

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

Hedmark Tannlegeforening

Petar Ninkov,
tlf. 402 15 432,
pjerns@hotmail.com

Nordland Tannlegeforening

Connie Vian Helbostad,
conhel@nfhk.no

Olav Kvitnes,
tlf. 909 14 325

Nordmøre og Romsdal Tannlegeforening

Unni Tømmernes,
tlf. 47 84 88 05

Nord-Trøndelag Tannlegeforening

Anne Marie Veie Sandvik,
tlf. 92 05 40 64

Hans Haugum,
tlf. 90 96 92 97

Oppland Tannlegeforening

Pål Vidar Westlie,
paalvidar@tannlegewestlie.no

Hanne Øfsteng Skogli,
tlf. 93 43 72 23

Oslo Tannlegeforening

Finn Rossow
tlf. 90 74 81 84

Harald Skaanes,
tlf. 92 82 27 72

Rogaland Tannlegeforening

Knut Mauland,
tlf. 90 87 08 99

Mona Gast
Mona@tsmg.no

Romerike Tannlegeforening

Sven Grov,
tlf. 92 09 19 73

Nureena Khan
tlf. 98 44 11 64

Sogn og Fjordane Tannlegeforening

Synnøve Leikanger,
s.leikanger@gmail.com

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

Telemark Tannlegeforening

Ståle Bentsen,
stbent@online.no

Troms Tannlegeforening

Elsa Sundsvold,
ehi-sund@online.no

Ninni Helen Haug
tlf. 97 09 11 67

Vest-Agder Tannlegeforening

Alfred Gimle Ro,
alro@online.no

Vestfold Tannlegeforening

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

Svein Tveter,
tstveter@gmail.com

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

Når er det greit for tannleger å reklamere for tjenestene?

✍ MARIANN SAANUM HAUGE, NTFs ETIKKRÅD

Et par tiår tilbake var reklame for tannlegetjenester i stor grad begrenset til nøkterne notiser i avisen med informasjon om at «tannlege sånn og sånn» tar imot nye pasienter. I dag er bildet helt annerledes. Både store kjeder og mindre tannlegekontor reklamerer for tjenestene sine på en langt mer aktiv måte enn før, ofte via nettkanaler. Men hva er greit, og hva er ikke greit, når en tannlege vil synliggjøre tjenestene sine?

Som tannleger har vi lov til å reklamere for tjenestene våre, men det er en del hensyn å ta hvis vi skal gjøre dette med etikken på vår side. Vi har fire overordnede etiske prinsipper:

Ikke gjøre skade; Ta hensyn til pasientens selvbestemmelsesrett; Gjøre godt; Være rettferdig.

Vi må alltid spørre oss selv om reklamen vi lager kan komme i konflikt med disse prinsippene.

Det er kanskje ikke åpenbart for alle at vi kan gjøre skade på pasienter (1. prinsipp) ved å reklamere. Men det kan vi, og dette beskrives i NTFs policydokument *NTFs syn på nødvendig helsehjelp og kosmetisk behandling*. Hvis vi løfter blikket er det ikke vanskelig å se hvordan reklame for bleking eller usynlig tannregulering kan være med på å skape økt kroppspress i samfunnet, og dermed bidra til å skape uhelse blant dem som ser reklamen. Dette er ikke forenlig med vårt virke som helsepersonell. Tannleger skal ikke reklamere for behandling som har til hensikt å forbedre pasientens utseende. Vi mener at å bidra til økt kroppspress ved reklame for kosmetisk behandling er et brudd på paragraf 1 i NTFs etiske regelverk: «En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn».

Vi må være sannferdige i reklamen. Det betyr for eksempel at vi må være nøye med at titler og ferdigheter vi beskriver er korrekt gjengitt. Å beskrive seg som «spesialist i tannlegeskrekk», slik etikkrådet har sett flere tilfeller av på klinikkers hjemmesider, er ikke greit. Det finnes ingen spesialisering innen behandling av tannbehandlingsangst, og følgende

er informasjonen usann. Når rådet oppdager slike overtredelser kontakter vi den aktuelle klinikken for å påpeke at det er et brudd på paragraf 19 i det etiske regelverket: «*En tannleges annonsering må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende. En tannlege må ikke overfor publikum drive produktreklame for medikamenter og forbruksvarer til pasienter eller for utstyr til bruk i tannlegevirksomhet. Faglig omtale av produkter og utstyr i artikler, foredrag o.l. beregnet på allmennheten og uten vinningsøyemed anses ikke som produktreklame. Salg av pasientrelaterte forbruksvarer fra praksis anses ikke som produktreklame*».

Hva med reklame som sier at man kan tilby undersøkelser mye billigere enn konkurrentene? Eller kanskje til og med tilbyr gavekort på videre behandling? Tannleger har fri prisfastsetting og prislistene skal være offentlig tilgjengelige. Reklame med prisopplysning er altså ikke i utgangspunktet problematisk eller ulovlig. Spørsmålet er om lavpriskampanjer kan være villedende overfor pasienten. Hvis prisen er så lav at undersøkelsen gir et tap for klinikken, må pengene hentes inn gjennom annen behandling. Hadde pasienten kjent til hele sannheten, kan det hende de ville vært litt mer tilbakeholdne med å oppsøke klinikker som kjører kampanjepriser.

Også paragraf 21 i NTFs etiske regler kan være aktuell i reklame-spørsmål. Den lyder: «*En tannleges uttalelser til offentligheten bør gis en generell form. Opplysninger må ikke virke villedende overfor publikum eller i sin form være egnet til å skade standens anseelse. Tannlegen bør på forhånd sikre seg adgang til å kontrollere at det som offentliggjøres, stemmer med det vedkommende har uttalt*».

Kanskje bør vi stoppe opp og spørre oss selv hva slags lys reklamen setter oss i – før vi sender den ut? Er den sannferdig, ikke skadelig og ivaretar den både vår egen og standens anseelse? Framstår vi som butikk og skjønnhetssalong, eller som en seriøs tilbyder av en helsetjeneste som er nødvendig for pasienten?

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

18.–20. mars	Geilo	NFOKOMs vintermøte
21. mars	Oslo / Nettbasert	Frokostseminar – Munnhelsedagen
22. mars	Nettbasert	Webinar OTF - Dentale traumer
24.–25. mars	Trondheim	Midtnorge-Møtet
28. april	Haugesund	Medlemskurs Haugaland TF
20.–21. mai	Loen	Loenmøtet
31. mai	Nettbasert	Webinar OTF – ØNH for tannleger
16.–17. juni	Tromsø	NTFs Midnattssolssymposium 2022
1. sept	Haugesund	Slimhinneidelser. Medlemskurs Haugaland TF
16. sept	Nettbasert	NTFs digitale fagdag
3.–5. nov	NOVA, Lillestrøm	NTFs landsmøte

Andre kurs, møter og aktiviteter

28. mars	Oslo	KS I I kurs
29.–30. mars	Oslo	NTFs tariffkonferanse
30.–31. mars	Oslo	Forum for etterutdanning
7.–8. april	København	Tandfaglige dager
21.–23. april	Antalya, Tyrkia	EFCD – ConsEuro
08.–09. juni	Oslo	Hovedstyremøte
09.–10. juni	Oslo	Forum for tillitsvalgte
14.–15. juni	Sandefjord	Samfunnsodontologisk forum
15.–18. juni	København	EuroPerio 2022
15.–18. juni	Lisboa, Portugal	EAPD Congress 2022
20.–25. juni	Nettbasert	IADR general session
31. aug	Oslo	Hovedstyremøte
29. sep–02. okt	Mumbai	FDI World Dental Congress
13. okt	Oslo	Hovedstyremøte
16.–18. nov	Gøteborg	Odontologisk Riksstämman
23.–24. nov	Oslo	Hovedstyremøte
24.–25. nov	Oslo	NTFs ledermøte

Våren 2022 holdes følgende TSE moduler

Modul	Sted	Tid
Modul 7 Restorativ behandling	Molde/Kristiansund	28.–29. januar og 1.–2. april
Modul 8 Spes. faglige utfordringer	Vestfold	Dato Ikke bestemt
Modul 9 Endodonti	Alta	10.–11. januar og 14.–15. februar
Modul 10 Periodontale sykdommer	Kristiansand	10.–11. februar og 31. mars–1. april

Les mer om de ulike modulene på [www.tannlegeforeningen.no/TSE NTFs etterutdanning](http://www.tannlegeforeningen.no/TSE%20NTFs%20etterutdanning)

OBLIGATORISK ETTERUTDANNING

Gjeldende regler

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

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



Dentalstøp
Tannteknikk

@ post@dentalstoep.no

☎ 55 59 81 70

🌐 dentalstoep.no

- ➔ Monolittisk zirconia ...
Ingen porselen, ingen «chipping»
- ➔ Vi tar imot digitale avtrykk fra alle
intraorale scannere
- ➔ Arbeider på alle kjente implantatsystem





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



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

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

SMÅ GREP, STOR FORSKJELL

facebook.com/smaagrep



Helsedirektoratet

Gjør deg klar til Tidendes leserundersøkelse

Du som er yrkesaktiv tannlege og Tidende-leser vil kanskje snart høre fra oss.

200 av Tidendes yrkesaktive lesere vil bli kontaktet på telefon når Norstat, på vegne av Signifikans, gjennomfører Tidendes leserundersøkelse i perioden 21. – 29. mars.

Leserundersøkelsen, som vil avdekke hvordan dere leser Tidende, på papir, nett og app, og hva dere synes om ulike stoff-

kategorier, gjennomføres nå for åttende gang.

Vi håper dere, som oss, ser nytten i at vi innhenter informasjon for å se hvordan deres behov og ønsker i forbindelse med Tidende utvikler seg.

Redaksjonen takker på forhånd alle som tar seg tid til å svare på spørsmålene. Vi er avhengige av deres tilbakemeldinger for å kunne forbedre og videreutvikle Tidende.

Personalia

Dødsfall

Egil Rage, f. 28.05.1939, tannlegeeksamen 1964, d. 01.02.2022

Svein Thorbjørnsen, f. 23.12.1942, tannlegeeksamen 1967, d. 06.10.2021

<< tilbakeblikk

19/22

Nye oppdagelser

Hvad vi vet om vitaminer

Vi vet virkelig litt om vitaminer. De som haaner dem, fordi de ikke har set et vitamin, har heller aldrig set østenvinden, men de har følt dens virkninger. Vitaminer kjendes paa sine virkninger.»

Intraoral røntgenfotografering

Sedan Wilhelm Konrad Röntgen år 1895 i Würzburg gjorde sin stora upptäckt av de s.k. X-strålarna, ha vi tandläkare i allt högre grad börjat draga nytta av den, och den dagen är väl ej aflägsen då en röntgenapparat hör till den samvetsgranne tandläkarens nödvändigaste inventarier.»

🕒 Tidende nr. 3, mars, 1922

19/72

Honorartariffen vedtas

«Det ekstraordinære representantskapsmøtet i N.T.F. i begynnelsen av mars fattet vedtak som det kanskje er overdrevet å kalle historiske i betydning, men som det i hvert fall er berettiget å stanse opp ved. Jeg sikter til beslutningen om at N.T.F. skal søke innført veiledende takster for tannbehandling, og prinsippvedtaket om foreningens positive holdning til at tannsykdommene må komme på linje med andre sykdommer når det gjelder trygderefusjon av utgiftene til behandlingen.»

🕒 Redaktør Ivar Mjør
Tidende nr. 3, 1972

20/12

Nå kommer appene

«Mobilapplikasjoner, eller apper til mobiltelefoner er populære, også hos Forbrukerrådet. De lanserte sin første i fjor, hvor en kan sjekke om toget er i rute, og fortsatte med appen for å sjekke innholdet i kosmetikk.

– Det ble en ufattelig suksess. Få uker var gått før vi så de første reklamene der det ble fremhevet at produktet var «uten parabener». Dette er forbrukermakt på sitt beste, sier direktør Randi Flesland i Forbrukerrådet.

Over 100 000 har lastet ned kosmetikk-appen. Flesland ser for seg en videreutvikling av både apper og ulike forbrukerportaler. Portalen for tannhelse lanseres som kjent i mai, og portaler for finans og dagligvare er på trappene.»

🕒 Fra spalten Siste nytt først – På nett
Tidende nr. 3, 2012

TGS
TANNLEGENES
GJENSIDIGE
SYKEAVBRUDDSKASSE

www.sykeavbruddskassen.no

TGS – forsikringsselskap for medlemmer av Den Norske Tannlegeforening



Tellekantsystemet under vurdering

Norge kan komme til å gjøre som danskene: Å avvikle tellekantsystemet i forskning. Ordningen, som er omdiskutert både i Norge og andre land, innebærer at noe av finansieringen av universitetene kommer i form av betaling for publikasjoner. Kritikere hevder at dette fører til mer kvantitet enn kvalitet i forskningen. I desember besluttet derfor den danske regjeringen å avvikle den såkalte resultatbaserte modellen for fordeling av basismidler.

Det norske finansieringsutvalget, ledet av tidligere styreleder ved NMBU (Norges miljø- og biovitenskapelige universitet), Siri Hatlen, vurderer nå finansieringssystemet ved landets universiteter og høyskoler.

Etter planen skal utvalget levere en rapport til Kunnskapsdepartementet 17. mars, der de kommer med sine anbefalinger for finansiering av forskning og høyere utdanning, skriver Khrono på sine nettsider 9. februar..

Utvidet mandat

Flere, blant annet de eldste universitetene som Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen, var kritiske til sammensetningen av finansieringsutvalget, og krevde at Støre-regjeringen skulle legge det ned og oppnevne et nytt.

Men i november utvidet forsknings- og høyere utdanningsminister Ola Borten Moe og

Kunnskapsdepartementet heller mandatet og opprettholdt utvalget.

Den nye regjeringen har presisert at de ønsker at basisfinansieringen skal økes, at de ønsker en modell der ikke-sentrale tilbud og flercampusinstitusjoner skal få bedre uttelling, og de presiserer at de ønsker at det skal bli mer attraktivt å tilby kortere etter- og videreutdanninger.

Alle endringene utvalget foreslår skal i utgangspunktet kunne gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer, men «ta hensyn til mulighetene for at bevilgningene fremover også kan bli økt eller redusert», heter det i det utvidede mandatet.

Reaksjoner fra Helsetilsynet i 2021

Til sammen åtte tannleger mottok administrative reaksjoner fra Helsetilsynet i 2021. Seks fikk tilbakekalt autorisasjonen, én fikk begrenset autorisasjon og én fikk advarsel.

Totalt mistet 155 helsepersonell til sammen 158 autorisasjoner. Dette er en økning på 30 tilbakekall sammenlignet med 2020. Den hyppigste årsaken til at Helsetilsynet tilbakekalte autorisasjonen, er som tidligere år misbruk av rusmidler og atferd uforenlig med yrkesutøvelsen, skriver Helsetilsynet i sitt nyhetsbrev den 7. februar.



ADS 220
Intensive Protection

- Rapid and effective anti-plaque action
- It keeps the gums in good condition
- Ideal before and after a dental treatment

BEST DENTAL TRADING Tlf.: 75 64 65 66
bestdental@bestdental.no

Klokka 0000 på utgivelsesdato
www.tannlegetidende.no



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





I 1893 ble landets første skole for tannlegeundervisning, Statens poliklinikk for Tandsykdomme, etablert i Theatergaten 18. Her er første kull, fra samme år. Fra billedarkivet ved Det odontologiske fakultet, UiO.

Tegn støttemedlemskap i Norsk odontologihistorisk forening, NOHF!

Adresse: NOHF c/o Nils Rune Tønnessen, Gardvegen 24 B, 2615 Lillehammer. Telefon: 90 25 60 60. E-post: nils.rune@outlook.com

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

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

STILLING LEDIG

KJEVEORTOPED SØKES

Godkjent spesialist i kjeveortopedi søkes til veletablert praksis i søndre del av Nittedal. Dagens kjeveortoped har jobbet 80% og skal trappe ned. Vi søker en kvalitetsbevisst kjeveortoped som tar ansvar for egne pasienter.

For spørsmål: e-post ohekve@hotmail.com

DRAMMEN

Moderne tannlegesenter i Drammen sentrum søker en spesialist i periodonti for samarbeid. Omfang kan diskuteres.

Henvendelse til: tannlege00@gmail.com

FREDRIKSTAD

Tannklinikk i Fredrikstad søker erfaren tannlege til 100% stilling. Moderne klinikk, sentral plassert i Fredrikstad. Alle søknader blir behandlet konfidensielt. Søknad sendes til:

tannklinikkfredrikstad@gmail.com.

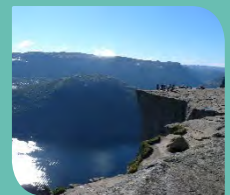


TANNHELSE
ROGALAND

Ønsker du å jobbe i et stort fagmiljø?

Da er Tannhelse Rogaland noe for deg!

Ledige stillinger er annonsert på www.tannhelserogaland.no.



Søknadene behandles fortløpende

Les om oss på www.tannhelsehuset.no

Tannhelsehuset Haugesund AS søker:

TANNLEGE

På grunn av økt pasientpågang ønsker vi å utvide med flere tannleger ved våre kontorer i Haugesund.

Vi kan tilby

- 100% stilling som kontraktør-/assistenttannlege
- Velutstyrte og moderne klinikker
- Godt faglig og sosialt miljø i en voksende bedrift
- Spennende mulighet for den rette kandidaten!

Søker må ha norsk autorisasjon som tannlege, og beherske norsk muntlig og skriftlig. Godt humør og stå-på-vise verdsettes.

Søknad med CV sendes på e-post til Tannhelsehuset Haugesund AS. For nærmere informasjon om stillingene kan du kontakte Baard Førre eller Eirik Vee på telefon 52721960.

E-post:

strandgaten@tannhelsehuset.no
247bygget@tannhelsehuset.no

Tannlege Erik Pedersen AS/ Alero helse AS søker ny Kjeveortoped/ Ortodontist

Tannlege Erik Pedersen AS/ Alero Helse AS søker etter en Kjeveortoped/ Ortodontist til å bli med i vårt team. Klinikken vår holder til i nye moderne lokaler midt i Kristiansand sentrum og har gjennom flere tiår bygget opp en solid pasientbase og godt rykte. Suksessen vår er basert på vårt fokus på faglig ekspertise, personlig pasienthåndtering og godt samarbeid i teamet. Tannlege Erik Pedersen AS består i dag av spesialist i kjeveortoped Erik Pedersen, en tannlege og daglig leder, en tannpleier, tre tannhelsesekretærer og en resepsjonist.

Vi har nå utvidet klinikken med tre toppmoderne tannlegestoler, skannere og annet moderne utstyr i nyrenoverte lokaler. Derfor ser vi nå etter en ny kjeveortoped som vil samarbeide med en av Norges mest erfarne kjeveortopeder og være med på den videre utviklingen av klinikken.



Vi ser etter deg som er:

- Opptatt av faglig utvikling og samarbeid
- Kan jobbe selvstendig og bidra positivt til teamet
- Har gode kommunikasjon- og samarbeidsevner
- Fleksibel og kan jobbe i høyt tempo

Vi kan tilby:

- Stor pasientbase
- Faglig utvikling
- Godt samarbeid og arbeidsmiljø
- Moderne utstyr og klinikk fra 2020
- Honorar tilsvarende 50% av egen omsetning.
- Mulighet for gradert stilling

Dersom du har noen spørsmål til stillingen, vennligst kontakt Siw Steffensen på 922 26 380 eller siw-ste@online.no

Vi håper at du har lyst til å søke, hvilket du gjør ved å sende CV og kort beskrivelse av deg selv til mail: siw-ste@online.no

ASKER

Vi ønsker å annonsere etter spesialist eller spesialistkandidat i endodonti.

2 dager i uken med mulighet for utvidelse og innkjøp i praksis etter avtale.

Gode betingelser.

Oss: Asker Tannhelse Smuget 1 B i Asker sentrum i fine lokaler med god pasienttilgang.

I dag: 2 kjeveortopedier, 1 endodontist, 1 protetiker og en periodontist samt en allmennpraktiker.

Asker Tannhelse, post@askertannhelse.no, tlf. 66786500

LEDIG BEHANDLINGSROM

Ledig behandlingsrom, i praksis sentralt i Oslo med to tannleger, for kollega med egne pasienter, eller for yngre kollega som vil bygge opp portefølje i påvente av eventuell overtakelse.

Gunstige betingelser i oppstartsfase.

Kontakt: post@rptannhelse.no

TANNLEGEVAKT OSLO S

Søker tannlege i heltid/deltid stilling som kan jobbe selvstendig.

Moderne klinikk med gode muligheter.

Oppstart etter avtale.

Søknad sendes på mail.

tannlegers@gmail.com eller kontakt Singh 41238950

TANNKLINIKK I KVINESDAL

Veletablert Tannklinikk i Kvinesdal søker leietannlege, midlertidig eller fast, evt. kjøper, grunnet sykdom.

Klinikken har en godt innarbeidet pasientportefølje,

moderne utstyr og orden på HMS-rutinene.

Klinikken har ansatt tannhelsesekr., samt tilknyttet leie-tannpleier.

Betingelsene er konkurransedyktige. Vi er åpne for fleksible ordninger.

Ved interesse ta kontakt med styreleder Bernt Atle Enger på 90666405 eller e-post baenger@pro-revisjon.no



TANNLEGE
GORSET

Assistenttannlege søkes til travel klinikk i Oppdal, Trøndelag

Vi er i dag 4 tannleger og 4 sekretærer. Stilling blir ledig i mai. Vi ønsker en tannlege som er kvalitetsbevisst og trivelig med gode muntlige og skriftlige norsk-kunnskaper. Autorisasjon påkrevet.

Klinikken har 5 behandlingsrom, OPG, 3shape. Opus. Pasientgrunnet i regionen gir en travel, variert, utfordrende og spennende hverdag!

Hvis du er interessert ring 92411788 eller send mail til tannlege@gorset.no

TANNLEGE SØKES TIL UAVHENGIG KLINIKK SENTRALT I DRAMMEN.

Vi utlyser tannlegestilling i forbindelse med svangerskapsvikariat til og med juni 2023.

Stillingen er i utgangspunktet tre dager i uken, men det er muligheter for å fylle opp ytterligere, samt muligheter for fortsatt engasjement i etterkant av vikariatet.

Er du selvgående, strukturert, flink med mennesker og glad i faget? Ønsker du å være med på å utvikle noe eget?

Vi kan tilby en fleksibel arbeidssituasjon med konkurransedyktige vilkår og muligheter for eierskap på sikt. Både nyutdannede og erfarne tannleger med eller uten eksisterende portefølje oppfordres til å ta kontakt.

Henvendelser til jck@affinityship.com behandles konfidensielt.

Oppstart fortløpende etter avtale.

ÅLESUND

BLINDHEIM TANNLEGESENTER søker tannlege i 100% stilling fra sommer 2022.

Søker engasjert, kvalitetsbevisst og omgjengelig kandidat. Krever norsk autorisasjon, og må beherske norsk muntlig og skriftlig.

Vi er klinikk med 4 tannleger og oralkirurg tilknyttet 7 behandlingsrom.

En av tannlegene begynner sin spesialistutdanning, og vi har da en pasientliste tilgjengelig.

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

STILLING SØKES

SKILLED DENTIST AVAILABLE!

Currently working in Haugesund, Norway and in Helsinki, Finland.
Can also carry out locum work and practice development!
General dentist with ability to seamlessly perform all specialist dental treatments.
CV at www.dentalXfactor.com tel+358405282550
Email: sdrjeeves@gmail.com
Jeevana Subasinghe.

KJØP & SALG

TANNLEGEKONTOR LEIES UT

Tannlegekontor leies ut umiddelbart, står klart til å ta imot pasienter i Fredrikstad sentrum. Ellers utstyret kan selges - Stern Weber unit 15 år gml. med fullt servise, fungerer som det skal og digital rtg. Digora- 4 år gammel ferdig betalt, kjøpt fra Unident. Henv. 450 78738, alsipodental@gmail.com.

BRYNE

Sentralt beliggende forretningsbygg med bl.a. butikker, treningssenter, legesenter er til leie lokaler på 240 m2. Bryne er en by i vekst, midt på Jæren i Rogaland, og med et stort ressursrikt omland. Bygget ligger i kort avstand til buss- og jernbanestasjon. Gode parkeringsmuligheter. Henv. Oddvar Gilje mob. 92850812.

MODERNE TANNKLINIKK MIDT I OSLO SENTRUM VURDERES SOLGT

Dette er en veletablert moderne praksis i effektive og lyse lokaler. Høy standard, moderne utstyrt klinikk med 2 behandlingsrom, 2 uniter, venterom, kjøkken/hvilerom og pasienttoaletter. Klinikken har en effektiv steril, digital røntgen og Opus. Det er meget lav husleie og lang leiekontrakt. 5-600 recallpasienter. Klinikken ligger i et topp moderne, attraktivt fullservicebygg. Fellesarealene, som nylig er blitt oppgradert, inneholder et representativt inngangsparti, stor felles terrasse, garderobe-anlegg, sykkelparkering, garasje/P-plass og kantine. Klinikken ligger sekunder fra en sentral T-banestasjon og nær trikk og buss. Overtakelse sommer 2022. Vennligst svar på e-post oralhelse1@gmail.com som inneholder mobilnummer.

LITEN ETABLERT SOLOPRAKSIS PÅ LILLEAKER I OSLO SELGES.

Alt av utstyr følger med.
Ligger lett tilgjengelig i et område under stor utvikling.
Kontakt tannlege.tveiten@gmail.com.

TANNKLINIKK SENTRALT I FØRDE I SUNNFJORD TIL SALGS

Klinikken er ca. 50 m2 og har eit behandlingsrom. Det følger også med Cerec MCXL
Huselige kr. 6.400,- pr. måned.
Kontakt: 996 10 586



- Oral kirurgi
- Oral medisin
- Implantat
- Benoppbygging og bentransplantasjon
- Bløtvevsplastikk
- Tanntransplantasjon
- Kjeve og ansiktsradiologi
- Intravenøs sedasjon og medisinsk overvåking
- Oral protetik

Velkommen til Oralkirurgisk Klinik!

Oralkirurgisk Klinik er en spesialistklinik 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 protetik:

Jørn Aas

Anestesilege:

Dr. Odd Wathne

Sentralt beliggende på Majorstua

Oralkirurgisk Klinik
Sørkedalsveien 10 A,
0369 Oslo

post@oralkirurgisk.no
23 19 61 90

Ønsker du å bli en del av teamet?

Vi søker erfaren og motivert
tannhelsesekretær fulltid/deltid

Kontakt:

line.beate.wathne@orisdental.no

ORALKIRURGISK KLINIKK

En del av  ORIS DENTAL

oralkirurgisk.no
orisdental.no



Trådløst Pussevinkelstykke

- > Fleksibel behandling uten kabler
- > Enkel hastighetsregulering med trådløs fotkontroll
- > Optimal hastighet for skånsom og effektiv polering / rengjøring
- > Roterende polering innebærer mindre aerosoler



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

proxéo ^{TWIST}