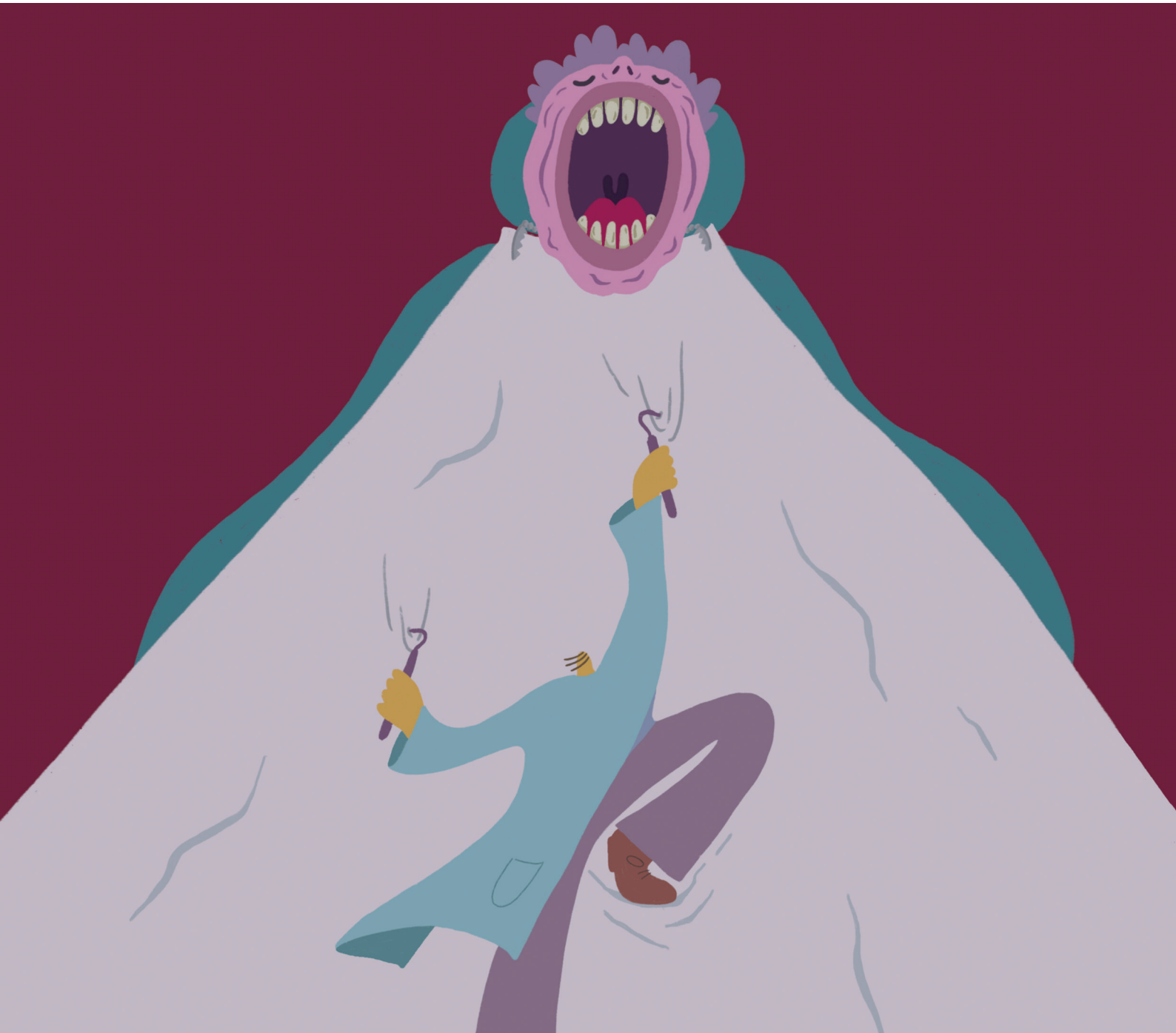
tidende

DEN NORSKE
TANNLEGEFORENINGS
TIDENDE

THE NORWEGIAN DENTAL JOURNAL
132. ÅRGANG · #4 · 2022



NY OG FORBEDRET!

ScanOrder

- Nå med full lagerstyring

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

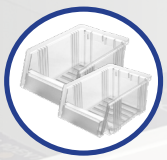
Ønsker du tilgang til Lagerstyring i din ScanOrder?

Ta kontakt med oss , vi hjelper deg i gang!

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

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

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



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

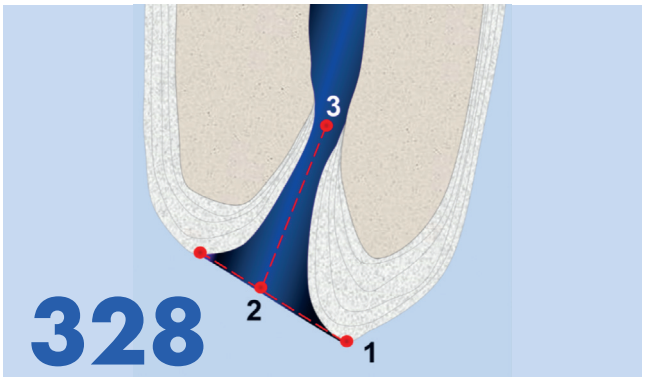
LIC SCADENTA

Er du interessert i ScanOrder?

Ta kontakt med oss, vi hjelper deg i gang!

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

313–420



314 Siste nytt først

317 Leder

Takk for hjelpen – og vi må hjelpe dem som trenger det

319 Presidenten har ordet

Munnhelse i et utvidet helseperspektiv

320 Vitenskapelige artikler

320 Hans R. Preus, Anne Merete Aass og Jostein Grytten: Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus
328 Gunel Zakariyya og Inge Fristad: Hypersementose og endodontiske implikasjoner

250 Kasuistikker

336 Runa Das, Eva Børstad, Astrid Jullumstrø Feuerherm, Gunilla Pousette Lundgren, Göran Dahllöf og Marit Slåttelid Skeie:Tidlig kroneterapi utført hos ungdommer med alvorlig Amelogenesis Imperfecta forbedrer livsutfoldelsen – tre kasuistikker
344 David Nikolai Breidablik Vatne og Lado Lako Loro: Oralt verrukøst karsinom. Pasienten ønsket ikke behandling
352 Anette Kubon, Anne Christine Johannessen, Friedemann Leh og Turid Løkeland: Mukosal CD30+ lymfoproliferativ sykdom – en sjelden slimhinnelidelse

358 Aktuelt fag

358 Sjögrens syndrom: Et prosjekt i forskerlinjen i odontologi

360 Doktorgrad

360 Sonja Yr Løken: Forebyggende arbeid i tannhelsetjenestens tilbud til barn og unge. Anbefalinger, rutiner og samarbeid
361 Sanja Petronijevic: IgA og IgG anti-amelogenine autoantistoffer hos barn med ubehandlet cøliaki

363 Bivirkningsskjema

366 Kronikk

366 Einar Sletten: Kan fjerning av amalgamfyllingar redusere faren for Alzheimers sjukdom?

368 Aktuelt

368 Krig er bare smerte, tårer og frykt

372 Kommentar og debatt

372 Gratis tannhelse er dyrere for alle (Trond Nedal, Liberalistene Møre og Romsdal)
374 Svar til Trond Nedal: Vår felles helsetjeneste gir best tjenester (Even A. Røed, Stortingsrepresentant Arbeiderpartiet)

378 Fra NTF

378 NTFs symposium 2022 – en vellykket hybridløsning
380 Flere kvinner og stadig yngre tannleger i DOT
382 På vei mot en utredning av tannhelsetjenestene
385 Camilla er tilbake!
386 Velkommen til NTFs nye lokaler!
388 Oversikt over UTVer
391 Håndhygienedagen 2022
392 Midnattssolsymposiet
393 Kragerøkurset 2022
394 Villa Sana – kurs våren 2022
396 Arbeidsliv: Norsk autorisasjon – norsk språk … igjen
398 Norwegian Authorization – Norwegian Language Proficiency … once again
401 Spør advokaten: Reisekostnader ved ansettelsesintervju
402 Oversikt over kollegahjelpere
403 Snakk om etikk: Saksbehandling ved klage på overtredelse av de etiske reglene og tilgjengeliggjøring av vedtak
404 Kurs- og aktivitetskalender

406 Notabene

406 Tilbakeblikk
406 Personalia
414 Minneord
415 Boknytt

414 Kunngjøring

414 Ekstraordinært opptak til spesialistutdanning i pedodonti med studiestart høsten 2022

419 Stillinger – Kjøp – Salg – Leie

Tidsskriftboikott av russiske forskere?

Foto: Yay Images.

Et medisinsk tidsskrift har besluttet å nekte forskere fra Russland adgang. – Et uttrykk for solidaritet, sier redaktøren, ifølge forskerforum.no.

Norge og en rekke andre land har som kjent fryst vitenskapelig samarbeid med russiske institusjoner. Det er imidlertid få vitenskapelige tidsskrifter som har satt foten ned for forskningsartikler fra Russland.

Men minst ett tidskrift, Journal of Molecular Structure, som utgis av storforlaget Elsevier, har bestemt seg for at de ikke lenger vil vurdere manuskripter fra forskere som jobber ved russiske institusjoner.

Redaktør Rui Fasto begrunner boikotten med at invasjonen av Ukraina er et folkerettsbrudd.

– Vår beslutning opprettholdes til internasjonal lov er gjeninnført, sier han.

Han understreker han at det ikke er russiske forskere de boikotter, bare dem som jobber ved institusjoner i Russland.

– Det er ikke rettet mot russiske forskere, som absolutt fortjener all vår ærbødighet og respekt, men mot russiske institusjoner.

Til Science sier han at dette er et «uttrykk for solidaritet til alle menneskene som er berørt av konflikten».

Elsevier vil ikke gi noe tall på hvor mange tidsskrifter som har tatt et slikt standpunkt, men sier det er «veldig lavt».

Forlaget vil ikke ta noe standpunkt til boikott av artikler fra Russland, men overlater til tidsskriftene selv å avgjøre dette.

Selskapet Claviate, som driver databasen Web of Science, har imidlertid kunngjort at de avslutter all kommersiell virksomhet i Russland. Databasen Web of Sciene viser blant annet hvor mye artikler blir sitert. Selskapet har også bestemt seg for at de ikke lenger skal vurdere nye tidsskrifter fra Russland og Hvitterussland til Web of Science.

Rådet for unge forskere i Ukraina har skrevet brev til Elsevier og Claviate. Der ber de om at russiske tidsskrifter fjernes fra databasene og at russiske forskere ikke lenger skal få sitte i tidsskriftenes redaksjonskomiteer.

Russiske myndigheter har på sin side fjernet et krav om offentlig finanisiert forskning i Russland skal publiseres i anerkjente, internasjonale tidsskrifter.

Naturen gjorde folk mindre deprimert

Foto: Yay Images.

De som tilbrakte mer tid i grøntområder under pandemien, rapporterte om mindre depresjon og angst, skriver forskning.no.

Det tok ikke lang tid etter at koronaviruset først ble oppdaget i den kinesiske byen Wuhan i desember 2019 før smitten hadde spredd seg. På kort tid preget pandemien hele verden og tiltak ble iverksatt for å få ned smitten, og det ikke uten konsekvenser.

En rekke mennesker sto ikke bare i fare for å miste nære og kjære, men også redselen for å miste jobben, sosial kontakt og den normale hverdagen vokste.

Pandemien preget altså ikke bare den fysiske helsen i form av selve sykdommen, men også den psykiske helsen til mange.

Pandemiens påvirkning på den psykiske helsen ble raskt et tema hos forskerne.

Nå viser en ny studie gjort av amerikanske forskere at de som hadde bedre tilgang til grøntområder i løpet av det første året av koronapandemien rapporterte betydelig mindre depresjon og angst.

Dersom man hadde grøntområder like utenfor hjemmet, kunne se ut av vinduet mot en park eller til og med dersom man bare hadde en grønn potteplante på stuebordet ville det bedre den psykiske helsen under pandemien, ifølge forskerne.

Ifølge en teori, kjent som «biofili-hypotesen», har mennesker en medfødt tendens til å bruke grønne områder.

Det beroligende miljøet påvirker stresshormoner på en måte som kan få oss til å føle oss friskere, forklarer en av forskerne bak studien Colleen E. Reid i en pressemelding.

– Ideen er at vi har utviklet oss med naturen, og bare i den siste tiden har vi levd i betongjungelen, sier Reid videre i pressemeldingen.

Førsteamanuensis i friluftsliv ved Høgskulen i Volda, Helga Synnevåg Løvoll, mener naturen bidrar til mer enn å senke stress.

Hun har forsket mye på positive følelser, opplevelser og motivasjon knyttet til friluftsliv. Løvoll er også opptatt av estetikken, alt det vakre vi har rundt oss i naturen.

– Dersom man lærer seg å legge mer merke til det estetiske aspektet ved naturen kan det røre ved følelser som er viktige for vår moral og orientering i livet.

Løvoll sier at dette også godt kan skje ved et kulturarrangement, og at forskning viser at det oftest skjer i møte med natur.

Opplevelsene kan gi en forståelse av at man er en del av noe større enn seg selv, forteller hun.

Studien er basert på data hentet fra spørreundersøkelser gjort fra november 2019 til januar 2021 på deltakere i ulike nabolag i Denver i USA, samtidig som forskerne hentet inn satellittbilder som viser deltakernes nærhet til grøntområder.

Referanse: Colleen E. Reid mfl. Perceptions of green space usage, abundance, and quality of green space were associated with better mental health during the COVID-19 pandemic among residents of Denver. Plos one, 2022. Doi.org/10.1371/journal.pone.0263779

Vil ikke love mer til formidling

Foto: Foto NTB Kommunikasjon, Statsministerens kontor.

Ekspertutvalg foreslår en egen indikator for formidling, men statsråd Ola Borten Moe er lunken.

– Hvis du er forsker. Skal det da være slik at siden du ikke får ekstra betalt for akkurat dette, er det ikke viktig, og jeg gidder ikke holde på med det? Det er ikke sånn. Det bør i hvert fall ikke være sånn, sa forsknings- og høyere utdanningsminister Ola Borten Moe (Sp) om formidlingsdelen av forskningen, da han 30. mars tok imot rapporten om akademisk ytringsfrihet, NOU 2022: 2 (Norges offentlige utredninger), med undertittel: «God ytringskultur må bygges nedenfra, hver dag».

Ekspertgruppen mener at formidling i større grad må likestilles med de to andre samfunnsoppdragene, forskning og undervisning. Kierulf-utvalget mener at det må jobbes med god formidlingskultur ved utdanningsinstitusjonene, og foreslår en egen formidlingsindikator og lovfesting av opplæring i akademisk frihet.

Forsknings- og høyere utdanningsminister, Ola Borten Moe (Sp), er skeptisk til å sette inn tiltak for formidling.

– Det kan ikke være slik at hver gang noen skal gjøre det som egentlig er jobben deres, som man allerede får betalt for, skal en ha enda mer betalt for det, sier han til Khrono.

Moe uttrykker ellers at han liker rapporten:

– At verdier som ytringsfrihet betyr noe for oss er blitt veldig mye tydeligere de siste månedene. Nå er det krig i Europa igjen. Det er også en verdikrig. Det er kanskje lett å tenke at ytringsfrihet, menneskerettigheter, fred og frihet er en selvfølge. Ikke minst i et mett samfunn som vårt eget, men det er ikke det, sa han.

Rekordmange eldre har tatt influensavaksine

Foto: Yay Images.

Fire av ti har tatt vaksine mot influensa denne sesongen. Blant dem over 65 år er antallet nesten det dobbelte. Det kan komme godt med dersom en influensabølge er på vei, heter det i en pressemelding fra Apotekforeningen 23. mars.

I undersøkelsen gjennomført av Norstat, oppgir 75 prosent av de over 65 år at de har tatt vaksinen mot sesonginfluensa høsten 2021/vinter 2022. Ifølge FHI var vaksinasjonsdekningen blant personer over 65 år, 59 prosent i sesongen 2020/2021.

– Undersøkelsen viser at kvinner og de over 65 år er «flinkest» til å følge myndighetenes anbefaling om å ta influensavaksine hver sesong. Da er sannsynligheten for å bli alvorlig syk også redusert, spesielt hvis det kommer en influensabølge nå, sier Hanne Andresen, fagdirektør i Apotekforeningen.

Fordi vi ikke har hatt en «vanlig» influensasesong der rundt 100 000 smittes årlig, er det lav immunitet i befolkningen.

– Det har vært en rolig influensasesong hittil, men nå viser rapportene fra Folkehelseinstituttet at flere laboratorieprøver slår ut på influensa, sier Andresen.

Kombinasjonen av lav immunitet i befolkningen og intensiteten i årets virusvariant skaper uro hos Folkehelseinstituttet (FHI), skriver nrk.no.

– Av denne grunnen er det derfor uro for at det neste influensautbruddet kan bli omfattende med mange syke, sier lege ved FHI, Trine Hessevik Paulsen, til nrk.no.

Ifølge Norstat-undersøkelsen oppgir flesteparten (45 prosent) at de har tatt influensavaksinen hos fastlegen sin eller på et legesenter. Rundt 1 av 4 har tatt influensavaksinen i regi av jobben (23 prosent), 16 prosent har tatt den på kommunens vaksinasjonssenter og 15 prosent oppgir at de har tatt influensavaksinen i et apotek.

Et representativt utvalg på 1017 personer er spurt, hvorav 229 var over 65 år. Undersøkelsen ble gjennomført av Norstat, på oppdrag fra Apotekforeningen, i uke 9.

maxfac DENTAL – vi gjør implantat-Norge billigere!

OSSTEM TRYGT ENKELT RIMELIG
Verdens 6. største implantatprodusent

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 implantatprotetikk

3,89% Oljefondets eierandel i Osstem

Les mer: **dentalnet.no/uniqa**

dental sør
OPPLEV 1. KLASSE

Bli med på Norgeslanseringen i Oslo og Mandal!
Sjekk ut dentalnet.no/uniqa for mer info.

Dental Sør AS | Tlf. + 47 38 27 88 88 | post@dentalnet.no | www.dentalnet.no

REDAKTØRANSVAR

FORSIDEILLUSTRAJON
@heiaklubben / Helene Brox

REDAKSJON
Ansvarlig redaktør:
Ellen Beate Dyvi
Vitenskapelige redaktører:
Nils Roar Gjerdet
Jørn Arne Aas
Redaksjonssjef:
Kristin Aksnes
Redaksjonsråd/Editorial Board:
Linda Z. Arvidsson, Ellen Berggreen, Morten Enersen, Jostein Grytten, Anne M. Gussgard, Anne Christine Johannesen, Sigbjørn Løes, Nina J. Wang, Marit Øilo
Redaksjonskomité:
Malin Jonsson, Anne Rønneberg, Anders Godberg, Kristin S. Klock, Odd Bjørn Lutnæs

ABONNEMENT
For ikke-medlemmer og andre abonnenter:
NOK 2 300,-

ANNONSER
Henv. markedsansvarlig Eirik Andreassen,
Tlf: 977 58 527
e-post: annonse@tannlegetidende.no

TELEFON OG ADRESSE
Haakon VIIs 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

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

PRESSENS FAGLIGE UTVALG

TRYKT I NORGE NO - 1470

Fagpressen OPPLAGSKONTROLLERT

MILJØMERKET TRYKKSAK 07 MEDIA – 2041 0379

Takk for hjelpen – og vi må hjelpe dem som trenger det

Foto: Eivind Nilsen, Clean Shot Photography.

I dagene mellom 21. og 29. mars ble flere av våre lesere oppringt, etter å ha blitt trukket ut til å delta i Tidendes leserundersøkelse 2022. Markedsundersøkelsesbyrået Signifikans har utarbeidet leserundersøkelsen i samarbeid med Tidende, basert på tidligere gjennomførte undersøkelser, og Norstat gjennomførte ringerunden og intervjuene.

Intervjuerne sier at respondentene, dere altså, var positive til undersøkelsen og at inntrykket er at dere syntes det var interessant å delta og svare på spørsmålene om tidsskriftet. Det er hyggelig å høre.

Det er lett å forestille seg at det er vanskelig å leve i uvisshet og frykt, slik mange nå gjør. Måtte det være mulig å lindre noe av denne smerten.

Vi i redaksjonen sier takk for hjelpen. Det er viktig for oss å få høre lesernes mening, ris og ros. Ikke minst det første, slik at vi kan forbedre oss på områder leserne synes er viktig. Nå venter vi derfor spent på analysen og rapporten som blir presentert for oss om noen få dager.

I maiutgaven av Tidende vil vi presentere resultatene for dere lesere.

I mellomtiden håper vi dere finner interessant lesestoff også i denne utgaven av Tidende.

Vi opplever god tilgang på variert fagstoff for tiden, som vi har glede av å presentere for leserne. Det bør være noe av interesse for de fleste, tenker vi, og håper vi har rett i det.

Det er fortsatt krig i verden, og det er kommet en god del nye flyktninger til Norge. Flere vil komme, og helsepersonell, inkludert tannleger, vil få oppgaver å løse for å hjelpe disse. Samtidig vil flere av dem mest sannsynlig være tannhelsepersonell selv, med ønske om og behov for jobb. Det kan bli krevende. Samtidig: Noen som er kommet til Norge har yrkesbakgrunn og utdannelser de ikke får brukt, og noen av dem har fått jobb i tannhelsetjenesten.

En god del, både ukrainere og russere, har bodd i Norge en god stund allerede, og har fulgt krigen på avstand, herfra, fra første dag. Det er også en krevende situasjon og være i, særlig for dem som har sine kjære der krigen pågår. Noen av dem dette gjelder jobber som tannhelsespersonell, og Tidende har snakket med to av dem, den ene fra Russland, den andre fra Ukraina.

«Krig er bare smerte, tårer og frykt», sier Marina Brakstad, fra Russland, som nå er bosatt på Sunndalsøra og jobber som tannhelsesekretær i en privat tannlegepraksis.

«Alt jeg greier å tenke på, er krigen», sier Olga Johansen. Hun er fra Ukraina og er nå bosatt og jobber i Tromsø, som tannhelsesekretær ved kompetansesenteret. Hun tenker på at byene i Ukraina blir bombet og ødelagt, og at foreldrene hennes er der: – Hjembyen min, Zaporizhzhia, ble bombet i morgentimene i dag. Der vokste jeg opp og bodde i 36 år av mitt liv, forteller hun mot slutten av mars. – Jeg snakker vanligvis med foreldre mine to til tre ganger om dagen. Sist vi snakket var i dag tidlig, før bombene falt, forteller hun videre.

Det er lett å forestille seg at det er vanskelig å leve i uvisshet og frykt, slik mange nå gjør. Måtte det være mulig å lindre noe av denne smerten.

Ellen Beate Dyvi
Ansvarlig redaktør

DentalCall

Forenkler og effektiviserer internkommunikasjon på tannklinikken

Klinikker over hele Norge har tatt DentalCall i bruk fordi det er enkelt og smart:

- Består av knapper, mottaker-pagere, display
- Benytter radiosignal – ikke behov for (trådløst) nettverk
- Signalfremføringen er tilpasset tannklinikker som er bygget i henhold til strålevernforeskriften
- Knappene og mottaker-pagerne er produsert for å kunne desinfiseres
- Enkelt å gjøre endringer/ utvidelser
- Klart til bruk ved mottak

Test DentalCall

Gå inn på **dentalcall.no** og send oss litt informasjon i det enkle skjema, eller send oss en epost på **hei@callsystems.no**.

Basert på informasjon om antall behandlingsrom, assistenter, steril, resepsjon, mv. tilpasses et DentalCall oppsett dere kan teste uten forpliktelse til kjøp.

Mottaker-pager

Meldingene fra de ulike knappene sendes til mottaker-pageren. Ny melding varsles med lyd og/ eller vibrasjon (valgfritt). Enkel å feste i arbeidsuniformen som vist på bilde.

Tilkallingsknapper

Disse plasseres i behandlingsrom, resepsjon mv. Hver knapp sender en unik melding som typisk er Stol 1, Rom 1, Resep, m.v.

Display

Mange klinikker setter opp et display i sterilen, pause- rom og resepsjon.

Knappene/panelene benytter batterier (1-2 år før batteriskift er nødvendig) • Mottaker-pagerne er oppladbare • Garanti 1 år – inntil 3 år med serviceavtale.

Les mer på dentalcall.no

Idéhuset Albretsen

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

CSN holder til i Tønsberg og har siden 2015 solgt og levert de beste produktene og tjenestene innen trådløs servicekommunikasjon.

CSN
Call Systems Norge

Munnhelse i et utvidet helseperspektiv

Verden kommer stadig nærmere vår del av verden, vårt liv og vårt yrkesliv. Krigen i Ukraina har tydeliggjort behovet for samarbeid og allianser, og behovet for at vi strekker ut en hånd for å hjelpe. Dette behovet er ikke nytt, men det er økende. Flyktninger kommer fra mange områder i verden, og selv om det ikke skrives mye om de andre landene i mediene, så er de ikke glemt. Helse- og omsorgstjenesten i Norge arbeider hardt for å ivareta disse menneskene på best mulig måte. I dette har hele tannhelsetjenesten en viktig rolle. Mange av flyktningene kommer fra land som har dårligere munnhelse enn det vi er vant til i Norge. Kariesproblemer, munnhulesykdommer, uoppdagede helseplager, liten eller ingen tidligere erfaring hos munnhelsepersonell, manglende opplæring i egenomsorg av tenner og språkproblemer gir faglige utfordringer og behov for faglig utvikling og etterutdanning. Min erfaring er at nå mobiliserer også tannlegene og alle aktørene innen tannhelsetjenesten. Vi strekker oss litt lenger. Det blir jeg stolt av å se. Vi er en viktig del av helsevesenet!

NTF er i disse dager i gang med en rekke endringsforslag til helsemyndighetene innenfor tann- og munnhelsefeltet. Vi arbeider aktivt politisk mot alle partiene på Stortinget for å få til en forståelse for at en helhetlig gjennomgang av hele tannhelsefeltet er meget viktig. Bare da kan vi få til en målrettet, rettferdig og ivaretagende tjeneste som følger utviklingen av resten av helse- og omsorgstjenesten og samfunnsutviklingen.

Et godt eksempel på behovet for modernisering av både Tannhelsetjenesteloven og Folketrygdloven er utviklingen innenfor psykisk helsevern. På 80-tallet da Tannhelsetjenesteloven ble vedtatt ble pasienter innlagt i lang tid på institusjoner. I dag overføres personer med psykiske helseplager raskt til kommunehelsetjenesten og til oppsøkende helsevern som ACT, FACT og liknende. Utviklingen har rett og slett løpt fra loven. På toppen av dette kreves det at personen må være alvorlig syk for at rettigheter skal utløses. Totalt sett medfører dette at mange pasienter mister rettigheter. NTF har sammen med Psykologforeningen, Norsk psykiatrisk forening og Norsk forening for allmennmedisin påpekt dette til Helse- og omsorgsdepartementet med forslag om å forlenge rettighetene i seks måneder etter at personen er utskrevet, friskmeldt eller er overført til ambulerende psykisk helsevern. Det samme mener vi må gjelde for Folketrygdens § 5.6 punkt 14. Det vil sikre at personene det gjelder i større grad har restkapasitet til undersøkelse og behandling i munnhulen. Og vi mener at dette må endres nå, før vi får en helhetlig gjennomgang av tjenesten. NTF er også i dialog med Norsk forening for allmenmedisin for å se på behovet for legeerklæringer. Det er min klare mening at tannleger er best egnet til å vurdere om en person ikke kan klare å utføre egenomsorg i munnhulen, mens legeerklæringen er mer aktuelt i enkelte situasjoner utover dette. Tannleger er den gruppen innenfor helsevesenet som har breddekompetanse på munnhulen, og det er derav både gode, faglige argumenter for et redusert krav til legeerklæringer, samtidig som at dette bidrar til at fastlegene i mindre grad belastes med unødvendige henvendelser fra tannlegene.

Foto: Kristin Aksnes.

Min erfaring er at nå mobiliserer også tannlegene og alle aktørene innen tannhelsetjenesten. Vi strekker oss litt lenger. Det blir jeg stolt av å se. Vi er en viktig del av helsevesenet!

Jeg har mange ganger sagt at jeg er stolt av å være tannlege og at jeg er stolt av å være en del av NTF. Jeg har tidligere takket studentene, universitetene, lærerne, forskerne, de tillitsvalgte i lokal- og spesialistforeningene og sekretariatet. Denne gangen har jeg lyst til å takke folka i utvalg av tillitsvalgte, UTVene. Disse er NTFs forlengede arm ut i fylkeskommuner, stat og samskipnad. Tannleger som bruker av sin tid for å gjøre arbeidsforholdene stadig bedre for alle våre medlemmer i offentlig tannhelsetjeneste og ved våre læresteder. Takk!

Jeg vil også takke alle dere som har svart på NTFs undersøkelse om kurs- og etterutdanningstilbudet. Dere bidrar til å gjøre NTF til en enda bedre forening for alle medlemmer.

NTFs visjon er; *dyktige og tilfredse medlemmer med fornøyde pasienter i en befolkning med god oral helse.*

Takk for at dere bidrar.

HOVEDBUDSKAP

- Det var utilstrekkelig forebyggende tiltak mot munnhulesykdommer i sykehjemmene.
- 32,5% av beboerne hadde fullt tannsett fra og med andre premolar til andre premolar i begge kjever.
- Mer enn 40% hadde utilstrekkelig munnhygiene for å forebygge karies og periodontitt
- I underkant av 25% opplevde smerter, uprovoserte eller provoserte
- Undersøkelsesforholdene for tannhelsearbeiderne var utfordrende, til dels umulige, og gjorde forebyggende tiltak og diagnostikk vanskelig.

Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus

Hans R. Preus, Anne Merete Aass og Jostein Grytten

Få undersøkelser belyser orale tilstander hos beboere i norske sykehjem. Denne undersøkelsen ble gjort i 2018/2019 sammen med Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) i Akershus. Et egenutviklet, nettbasert registreringsskjema ble brukt til registreringer. Ti tilfeldig utvalgte beboere ved 36 av Akershus sykehjem ble klinisk undersøkt på sykehjemmene der de bodde. Totalt 357 beboere ble undersøkt, hvorav 70% var kvinner og 30% menn. 80% var over 75 år. Tannsett med funksjonelle tenner fra og med 2. premolarer i begge kjever ble registrert hos 32,5 % av beboerne. Resten manglet eller hadde flere enn en dysfunksjonell tann, mens få manglet mer enn 5 - 6 funksjonelle tenner i nevnte tannrekker. Få hadde helproteser eller implantater. Munnhygienen var utilstrekkelig, mens de gingivale konsekvenser av dette var små. Undersøkelsesforholdene gjorde det umulig å diagnostisere karies, med unntak av grave lesjoner. Smerter, uprovoserte og provoserte, ble funnet hos i underkant av 25% av beboerne. Det viktigste funnet var manglende samsvar mellom mengde plakk hos beboerne og gingivale- og slimhinnelidelser, og at arbeidsforholdene for tannhelsepersonellet var utfordrende.

FORFATTERE

Hans R. Preus, professor emeritus. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo
Anne Merete Aass, professor. Avdeling for periodonti, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo
Jostein Grytten, professor. Institutt for samfunnsodontologi, Det odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo

Korresponderende forfatter: Hans R. Preus; adresse: Avd. for periodonti, IKO, Postboks 1109 Blindern, 0317 Oslo. E-post: hpreus@odont.uio.no

Akseptert for publisering 06.03.2022.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Preus HR, Aass AM, Grytten J. Munnhelse i sykehjem – en undersøkelse gjort i Akershus. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 320-6.

Norsk MeSH: Tannhelseundersøkelser; Munnhelse; Institusjoner for heldøgns pleie og omsorg (Sykehjem); Eldretannpleie

Cirka 40 000 eldre bor fast på sykehjem i Norge (1). Befolkningen eldes (2), og mens 4,2% av dagens nordmenn er 80 år og eldre, forventes at denne aldersgruppen å øke med en faktor på 4 innen år 2100 (3). Antallet faste sykehjemplasser i 2014 var litt under 45 000, men forventes å øke til 100 000 i 2030 (4). I løpet av de siste tiår har det imidlertid vært ønskelig å legge til rette for at eldre skal kunne bo lenger hjemme på grunn av de høye kostnadene ved institusjonalisert omsorg (5,6). En konsekvens av dette, og fordi folk lever lenger, er at den generelle sykehjembefolkningen preges av multimorbiditet. Åtti prosent viser grader av demens eller atferdsforstyrrelser, gjennomsnittlig står hver beboer på 6 -7 medikamenter (7), hvorav 70% bruker mer enn ett psykotropt medikament (8). Fra et oralt helseperspektiv er dette en utfordring for den enkelte, og for sykehjemansatte som må overvåke daglig munnhygiene.

Beboere i sykehjem har rett til offentlig finansiert tannpleie. Mens det er noe kunnskap om munnhelsen til sykehjembeboere, kommer de fleste rapporter fra utvalgte sykehjem, uten at man kan trekke konklusjoner til hele befolkningen av eldre sykehjembeboere på det grunnlag (9). Til tross for «senior alert», som er ett av Sveriges nasjonale kvalitetsregistre for overvåkning av eldreomsorgen (10), er det ikke tilstrekkelig fokus på den generelle helsen til dagens institusjonaliserte eldre i Skandinavia (11), og enda mindre er kjent om deres munnhelse. De eksisterende vitenskapelige dataene er litt for gamle til være relevante for dagens situasjon (12 - 18).

Mål med studien

Å evaluere munnhelsestatus hos sykehjembeboere i Akershus fylke, og å samle informasjon om og evaluere organisatoriske og arbeidsrelaterte spørsmål i forhold til munnpleie blant de som forestår tannhelsearbeidet blant sykehjembeboere.

Materiale og metoder

Utvalg

Sykehjemnivå

Alle sykehjem i «gamle Akershus fylke 2018» som hadde over 20 beboere, og som ikke var spesialsykehjem for demente, utgjorde utvalget.

Beboernivå

Basert på funnene fra Solemdal (19) antas antall tenner hos sykehjembeboere å ha et standard avvik på 3,3. Et beregnet «sample size» på 10 beboere per sykehjem ville resultere i et konfidensintervall på 4 for det gjennomsnittlige antall naturlige tenner som er tilstede.

Utvalg – beboernivå

På hvert sykehjem ble ti beboere tilfeldig trukket ut til undersøkelse.

Inklusjonskriterier: Alle beboere som var i stand til, villige og komfortabel med undersøkelse. Eksklusjonskriterier: Ble vurdert av kompetent personell ved sykehjem, dvs. sykehjemlederen og/eller den behandlende lege basert på RASK registrering (20) av demens, General Medical Health Rating (GMHR) (21), komorbiditet (22).

Gjennomføring av undersøkelsen

Kontakt med institusjonene

En e-post ble først sendt til den ansvarlige kommunens «helse- og sosialsjef/virksomhetsleder» med en invitasjon til å delta i studien. Hvis akseptert, ble det bedt om tillatelse til å kontakte det/de aktuelle sykehjem(ene). En e-post ble deretter sendt til den identifiserte sykehjemlederen med relevant informasjon og det ble bedt om tillatelse til å utføre studien på det stedet. Denne kontakten ble støttet av sykehjemarbeidernes to fagforeninger (Sykepleierforbundet og Fagforbundet). Hvis en sykehjemleder mente at studien ikke skulle/kunne gjennomføres på nevnte sykehjem, ble dette akseptert uten diskusjon eller krav om begrunnelse.

Når alle involverte parter var positive til prosjektet, ble det bli satt en dato for å besøke sykehjemmet for registrering. «Informert samtykke»-dokumenter (REK godkjent) ble sendt til medarbeiderne fra Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) som skulle foreta undersøkelsen.

Prosjektledelsen (AMA/HP) var de eneste personene med full kjennskap til sykehjemmene og deltakerlistene. «Lederen for helse og omsorg» var informert (og bekreftet tillatelse gitt) om deltakende sykehjem i sin egen kommune, og direktøren for fylkestannhelsetjenesten og deres lokale DOT visste om de utvalgte sykehjemmene i sine egne geografiske områder. Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av nettskjema konstruert av prosjektleder (AMA/HP), og satt opp av Universitetets senter for informasjonsteknologi (USIT). All dataoverføring var i samsvar med reglene fastsatt av «Services for Sensitive Data» (TSD), og garantert av USIT. Alle data, kommuneliste og deltakende sykehjem slettes i henhold til godkjenning gitt av de regionale forskningsetiske komiteer (REK).

Undersøkelsen ble gjort av tannhelsepersonell i DOT, som normalt forestår slike tjenester på de sykehjem de er tilknyttet. I hovedsak ble den utført av tannpleiere, mens i noen få sykehjem foresto tannlege undersøkelsen. Teamene var i hovedsak på 3 personer, mens i et fåtall tilfeller var det bare 2 i teamene. Et eget skjema (i TSD) var utarbeidet for formålet og som ble detaljert gjennomgått i allmøte, og deretter i lokale møter, med de ansatte i DOT før under-

Tabell 1. Beboernes alder og i hvilken situasjon undersøkelsen ble gjort. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)

Variabel	Antall beboere	Prosent
Alder		
< 65 år	4	1,1
65-75 år	28	7,8
> 75 år	296	82,9
Ikke oppgitt	29	8,1
Utføring av undersøkelsen		
I tannlegestol	36	10,1
I lenestol/ i spisestuestol/på krakk	167	46,8
I rullestol	100	28,0
Sittende i seng	18	5,0
Liggende i seng	36	10,1

Tabell 2. Antall manglende/ikke-funksjonelle tenner fra annen premolar til annen premolar i begge kjever (sterkt mobile eller frakturert). Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)

Antall tenner	Antall beboere	Prosent
0	116	32,5
1	76	21,3
2	50	14,0
3	34	9,5
4	17	4,8
5	10	2,8
6	10	2,8
7	6	1,7
8	4	1,1
9	6	1,7
10	13	3,6
11	3	0,8
12	1	0,3
13	2	0,6
14	0	0,0
15	3	0,8
16	1	0,3
17	1	0,3
18	2	0,6
19	0	0,0
20	2	0,6
I alt	357	100,0

søkelsen startet. Kalibreringsmøter ble gjennomført og prosjektledelsen (AMA, HP eller begge) deltok ved undersøkelsen av de 3 - 5 første beboerne på listen i samtlige sykehjem. Undersøkelsesprotokollen og skjema (Nettskjema TSD USIT) var utformet for en grov undersøkelse og var ikke laget for detaljert undersøkelse av tenner, gingiva og slimhinner. Registrering av plakk og gingivas tilstand ble gradert etter «mucosal-plaque index (MPS) (23), mens munntørrhet ble diagnostisert ved «speiltest». Det er viktig å understreke at i denne undersøkelsen, som i stor grad ble gjort under svært vanskelige forhold (se under), ble et og annet spørsmål/registrering oversett/ikke gjort, og disse er markert i tabellene som «manglende».

Undersøkelsen er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2016/594/REK sør-øst C). Prosjektet ble ikke ansett som meldepliktig av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (54150/3). Alle beboere med samtykkekompetanse ble forelagt et informert samtykkeskjema til signering før evt. undersøkelse. I de tilfellene en beboer fysisk ikke klarte å signere, ble det akseptert at beboer godkjente samtykkeskjema og at minst to personer av sykehjempersonalet var til stede for å bekrefte samtykket. I et fåtall tilfeller ble pårørende bedt om samtykke ved at de kunne signere samtykkeskjema som et nettskjema i TSD. Samtykkeskjema var godkjent av REK.

Resultater

I Akershus fylke var det i 2018 ca. 50 sykehjem med nok beboere til å inkluderes i undersøkelsen. Tretti-seks sykehjem valgte å bli med på undersøkelsen. Et fåtall svarte ikke på henvendelsen vår, mens resten enten ikke ønsket å delta eller var for spesielle beboere – for eksempel beboere med uttalt grad av demens.

I hvert av de 36 deltagende sykehjemmene ble 10 tilfeldig utvalgte beboere undersøkt, men fordi to beboere ikke ønsket å la seg undersøke (uansett grunn), og én ønsket å avbryte undersøkelsen underveis (uansett grunn) gjennomgikk 357 beboere undersøkelsen i sin helhet. Av disse var 251 (70,3%) kvinner og 106 (29,7%) menn. Aldersfordelingen av beboere er vist i tabell 1. Over 80% av beboerne var 75 år eller eldre.

Ti prosent av beboerne ble undersøkt i tannlegestol, 74 % ble undersøkt i lene - eller rullestol, mens 15% sittende eller liggende i seng (tabell 1).

Funksjonelle tenner hos beboer

Tabell 2 viser antall tenner som manglet eller som var uten funksjon fra og med annen premolar til og med annen premolar i begge kjever. En tann ble definert som ikke-funksjonell dersom den var så frakturert eller så mobil at den ikke fungerte til tygging. Tenner som fungerte til tygging til tross for mobilitet, frakturerte kusper

Tabell 3. Antall manglende/ikke-funksjonelle premolarer (sterkt mobile eller frakturert). Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)

Antall premolarer	Antall beboere	Prosent
0	141	39,5
1	81	22,7
2	42	11,8
3	28	7,8
4	38	10,6
5	13	3,6
6	8	2,2
7	2	0,6
8	4	1,1
I alt	357	100,0

Tabell 4. Hvilke typer protetiske erstatninger boeboerne hadde. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)

Type protetikk	Antall beboere	Prosent
Ingen	276	77,3
Hel avtakbar overkjeveprotese	60	16,8
Hel avtakbar underkjeveprotese	17	4,8
Dekkprotese på 2 implantater overkjeve	1	0,3
Dekkprotese på 2 implantater underkjeve	2	0,6
Dekkprotese på 3/4 implantater overkjeve	0	0,0
Dekkprotese på 3/4 implantater underkjeve	1	0,3
I alt	357	100,0

Tabell 5. Munnhygiene. Tannpuss, renhold mellom tennene og behandling/ettersyn siste år. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)

Variabel	Antall beboere	Prosent
Antall ganger tannpuss per dag		
Ingen	5	1,4
1 gang per dag	111	31,1
2 ganger per dag	194	54,3
Mer enn to ganger per dag	22	6,2
Vet ikke/kan ikke svare	25	7,0
Renhold mellom tennene		
Ikke renhold	198	55,5
Tanntråd	12	3,4
Tannstikker	105	29,4
Mellomromsbørster	13	3,6
Vet ikke/kan ikke svare	29	8,1
Hjelp til tannpuss fra personalet		
Aldri	224	62,7
Alltid	74	20,7
Av og til	44	12,3
Vet ikke/kan ikke svare	15	4,2
Behandling/undersøkelse siste år		
Ja	236	66,1
Nei	89	24,9
Vet ikke/kan ikke svare	32	9,0

eller fyllinger ble definert som funksjonelle. Broledd og funksjonelle del-protesetenner ble registrert som funksjonerende tenner, mens helproteser ble regnet som manglende tenner i en/begge kjever. Dekkproteser på implantater ble regnet som funksjonelle tenner

116 av 357 beboere (32,5%) hadde funksjonelle tenner fra og med annen premolar i begge kjever (tabell 2). Drøyt 20% prosent av beboerne manglet eller hadde bare én ikke-funksjonell tann. Tyve prosent av beboerne manglet eller hadde mellom 3 og 6 ikke-funksjonelle tenner. Svært få beboere hadde mer enn 6 manglende eller ikke-funksjonelle tenner.

Tabell 3 viser andelen beboere som manglet eller hadde ikke-funksjonelle premolarer. Av 357 beboere hadde om lag 40% samtlige funksjonelle premolarer. Nesten 23% manglet 1 premolar, mens bare 1,1% manglet alle 4 premolarer.

Nesten 80% av beboerne hadde sine egne tenner (tabell 4). Om lag 20% hadde helprotese, mens dekkproteser og implantater var sjeldne.

Munnhygiene

Om lag 85% av beboerne oppga at de pusset tennene en eller to ganger per dag. Ca. 50% pusset tennene to ganger (tabell 5). Litt under halvparten utførte renhold mellom tennene, men kun et fåtall gjorde dette regelmessig (dvs. daglig). Mellomroms-renhold ble i stor grad rapportert som tilfeldig bruk av tannstikker, mens mellomromsbørster var så å si ukjent for både beboere og pleier. Over 60% av beboerne utførte munnhygienen selv, mens 20% alltid fikk hjelp til munnstellet. 66% hadde fått undersøkt, renset eller reparert skadde tenner i året som gikk.

Tabell 6. Forekomst av ulike tilstander i munnhulen hos beboerne. Antall beboere og fordeling i prosent (n=357)

Variabel	Antall beboere	Prosent
Belegg/tannstein/plaque		
Ikke synlig med blotte øye	61	17,1
Mindre omfang langs gingiva	150	42,0
Moderat ansamling	91	25,5
Rikelig, dekker >50% av flatene	55	15,4
Gingivas tilstand		
Normalt utseende	145	40,6
Mild inflammasjon	110	30,8
Middels inflammasjon	82	23,0
Sterk inflammasjon	19	5,3
Puss fra minst ett site	1	0,3
Foetor ex ore		
Mild/normal/ikke	318	89,1
Moderat	35	9,8
Mye	0	0,0
Glemt å undersøke/føre svaret i skjema	4	1,1
Smertefølelse		
Uprovosert:		
Jeg har alltid smerter/ubehag	3	0,8
Jeg har smerter/ubehag av og til	47	13,2
Jeg har aldri vondt i munnen	294	82,4
Manglende svar/kunne ikke svare	13	3,6
Provosert:		
Jeg har alltid smerter/ubehag	2	0,6
Jeg har smerter/ubehag av og til	35	9,8
Jeg har aldri vondt i munnen	308	86,3
Manglende svar/kunne ikke svare	12	3,4
Munntørrhet. (Undersøkt ved speiltest)		
Ikke munntørr	292	81,8
Moderat munntørr	58	16,2
Svært munntørr	7	2,0
Slimhinnelidelser		
Normale slimhinner	339	95,0
Hvitlige/rødlige slimhinnetilstander	0	0,0
Klinisk sopp	5	1,4
Annet/udiagnostisert	13	3,6

Tilstander i munnhulen - konsekvens av dårlig munnhygiene

Litt over 40% hadde synlig plakk langs gingivalranden (tabell 6), mens 15% hadde betydelige mengder belegg, som dekket over 50% av tannflatene.

Gingivas tilstand var normal hos 40%, og mild inflammasjon hos 30% (tabell 6). De resterende 30% hadde betydelig gingival inflammasjon. Lommedybder eller klinisk festenivå ble ikke målt.

Vurdering av «dårlig ånde» (foetor ex ore) ble gjort, og gradert i ingen-lite/moderat (dvs. at undersøker kunne leve med det under undersøkelsen) og mye (som indikerte at undersøker måtte beskytte seg under undersøkelsen). Nesten 90% av beboerne hadde ikke «dårlig ånde» eller bare en mild form (tabell 6).

Nesten 14% prosent hadde smerter i tenner/munnhule av og til eller ofte uten at de spiste/tygget (uprovosert), mens 10% hadde smerter av og til eller alltid mens de spiste/tygget (provosert). Det ble funnet munntørrhet ved speiltest hos 18% av beboerne (tabell 6).

De aller fleste (95%) hadde normale slimhinner, mens et fåtall ble funnet med klinisk sopp og andre udiagnostiserte slimhinneforandringer. En av 357 beboer ble diagnostisert med eksponert ben under en underkjeveprotese, og det var i omfang 1 - 4mm.

Diskusjon

Denne undersøkelsen ble gjennomført i sykehjem i Akershus fylke, som nå er en del av Viken. Generalisering av funnene til de øvrige fylker må derfor gjøres med forsiktighet.

Funnene viste at det var få beboere som hadde smerter eller ubehag, ble diagnostisert med munntørrhet eller hadde diagnostiserbare slimhinneforandringer. Undersøkelsespersonenes opplevelse av beboers «dårlig ånde» var heller ikke alarmerende.

En relativt høy andel av beboere hadde en eller flere manglende tenner fra og med 2. premolar til 2. premolar i begge kjever. Dette anses som tilstrekkelig funksjonell tannrekke av WHO (24). Som ikke-funksjonelle tenner definerte denne undersøkelsen større frakturer og alvorlig mobilitet som hadde etterlatt en tann uten tyggeeffekt. Kun et fåtall hadde helproteser i en eller begge kjever (22%), og et neglisjerbart antall hadde implantaterstatninger, enten på tann-nivå eller som forankring for dekkprotese. Manglende tenner kan være et personlig problem for den enkelte eller vil kunne medføre redusert evne til tygging.

Munnhygienen var gjennomgående utilstrekkelig, selv om noen fikk hjelp til daglig munnstell. Til tross for at karies/rotkaries ble forsøkt diagnostisert er dette ikke rapportert fordi undersøkelsesforholdene var så utfordrende at slike tilstander ble oversett (bortsett fra grave tilfeller). Som vist i tabell 1 ble undersøkelsen oftest gjennomført med beboer sittende i rullestol eller annen stol.

Svært få sykehjem hadde tannlegekontor til disposisjon, mens samtlige hadde egne dedikerte rom til fotpleie. I samtlige tilfeller der beboer ikke ble undersøkt i tannlegestol, var lysforholdene svært utfordrende. Undersøkelsesteamene brukte hodelykter som en i teamet holdt i hånden og lyste inn i munnen på beboer. Arbeidsstillingene var utfordrende da undersøker ofte satt på kne foran beboer, eller måtte stå krumbøyd over en rullestol eller annen stol/seng.

Konsekvensen av utilstrekkelig munnhygiene er kjent. Alle orale lidelser fra karies til periodontitt og slimhinnelidelser er påvirket av dette. Ikke minst fordi mange av beboerne hadde en varierende grad av munntørrhet. Det merkeligste var at gingivas tilstand var gjennomgående klinisk god til tross for utilstrekkelig munnhygiene. Dette kan komme av at beboer hadde adaptert seg til den økende mikrobielle belastning forbundet med kontinuerlig belegg på tennene, et hypotetisk fenomen som er lite belyst i litteraturen.

DOT har i dag ansvaret for tannhelsetilbudet til institusjonsbeboere. Dekningsgraden er imidlertid lav, og den varierer mye mellom fylker. For eksempel, i fylket med best dekning (Vestfold og Telemark) fikk 99,9% av beboerne tilsyn i 2020 (25). Andelen i fylket med dårligst dekning (Oslo) var 48,8%. På landsbasis fikk 68,3% av beboerne tilsyn i 2020. Andelen som ble undersøkt og behandlet var lavere – på landsbasis 42,4%. Her var andelen høyest i Vestland fylke (55,9%) og lavest i Møre og Romsdal (28,0%). (25)

Tilsynsbegrepet, slik det er definert av Statistisk sentralbyrå (SSB), innebærer at pasientene har fått opplæring i forebyggende tiltak, men ikke at de har fått regelmessig hjelp til munnstell av tannhelsepersonell (25). Siden disse pasientene har begrenset evne til å utføre munnstell selv, har opplæring i seg selv begrenset verdi, noe våre resultater underbygger. Munnhygienen hos pasientene i denne studien var ikke tilfredsstillende. Institusjonsbeboerne bør ha daglige munnhygienerutiner. Det er ikke å forvente at sykehjempersonalet skal kunne gjøre dette riktig og systematisk. En mulighet er å gi ansvaret til en spesielt utdannet hjelpepleier eller tannpleier som gjør dette arbeidet hver morgen og kveld. Dette vil spare beboerne for mye ubehag og psykisk belastning, samt at det vil spare samfunnet for store summer gjennom forebygging av skader. Bruk av tannpasta med høyt innhold av Fluorider, for eksempel Duraphat tannpasta (Colgate Palmolive AS, Virum, Danmark), blir å anbefale som et absolutt minstekrav.

For å få dette til kreves det at Den offentlige tannhelsetjenesten allokerer enda mer tannpleieressurser til institusjonspasienter. Det synes lite sannsynlig at DOT vil eller kan gjøre det, gitt at det har vært en underdekning av tannhelsetilbudet til denne gruppen pasienter over lang tid (25). En alternativ mulighet er å tenke seg at denne delen av tannhelsetilbudet forankres på kommunalt nivå, og blir samkjørt med kommunens øvrige helse- og omsorgstilbud rettet mot de eldre som bor på institusjon (26). Gevinsten kan være at munnpleie blir integrert med det øvrige pleietilbudet til disse pasientene. Ansvaret for pasientens helse, tannhelse inkludert, blir da overlatt til ett forvaltningsorgan (kommunen) og ikke til to (kommunen og fylkeskommunen). En slik organisering er også helt i tråd med dagens tenkning om at «munnen er en del av kroppen», noe som tilsier at en og samme tilbyder har ansvar for både den generelle pleien til disse pasientene og for munnpleien. Kommunene har i dag ansvar for drift av sykehjemmene. Om de også fikk ansvaret for tannhelsetilbudet til pasientene på sykehjemmene ser de kanskje også nødvendighetene av å ha et tannlegekontor der. På den måten kan pasientene også få et bedre behandlingstilbud enn det de i dag får i Den offentlige tannhelsetjenesten.

Vårt viktigste funn i denne undersøkelsen var, overaskende nok, at forholdene tannhelsearbeiderne arbeidet under var under enhver kritikk. Vanskelige lysforhold og tilgjengelighet, ergonomi og arbeidsstillinger var så gjennomgående utfordrende at vi mener disse forhold gjorde at undersøkelsene ikke muliggjorde forsvarlig diagnostisering av lidelser og funn. Mange av tannhelsearbeiderne uttrykte fortvilelse over undersøkelsesforholdene og at de følte det leit å gå hjem etter en dag der de visste de ikke hadde fått gjort en god jobb (for pasienten).

For mange år siden var karies et problem i den yngre befolkning og skoletannlegekontorer var vanlig på alle barne- og ungdomsskoler (som det het den gang). Disse ble fjernet da karies ikke lenger var et stort problem blant unge og unge voksne. I dag er de orale lidelsene hovedsakelig i sykehjemmene, og vi mener at det nå er riktig å etablere enkle tannlegekontorer på hvert sykehjem av noen størrelse. På den måten kan renhold, undersøkelser og enkle reparasjoner gjennomføres på sykehjemmene uten å måtte transportere beboer til nærmeste tannlegekontor, med det medfører av uro og usikkerhet for beboere som ofte er demente i varierende grad.

Takk

Takk for all dedikasjon, velvilje og utholdenhet til alle de dyktige tannhelsearbeiderne i DOT Akershus som har gjennomført den kliniske delen av denne undersøkelsen. Takk også til Gunnar Rongen som har bistått med statistikk og USIT som har tilrettelagt og hjulpet oss med nettskjemaene og TSD-funksjonen.

REFERANSER

1. Drageset J. Helserelatert livskvalitet blant beboere på sykehjem. Sykepleien Forskning 2010; 5: 79.
2. WHO. Ageing. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1 (lest 14.02.2022).
3. Statens helsetilsyn. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Oslo: Statens helsetilsyn; 1999.https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/utredningsserien/2030_sykdomsutvikling_eldre_ik-2696.pdf/ (lest 14.02.2022).
4. Kommunesektorens organisasjon (KS). Undersøkelse om kapasitet og ventetid heldøgnsomsorgsplasser. Oslo: Kommunesektorens organisasjon (KS); 2015. https://www.regjeringen.no/contentassets/ee904cb222004ac998565783126107e/rapport_kapasitet_ventetid_heldognsomsorgspl.pdf (lest 14.02.2022).
5. Folkehelseinstituttet. Eldres helse. https://www.fhi.no/hn/eldre/ (lest 14.02.2022).
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Meld. St. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf (lest 14.02.2022).
7. Helvik A-S, Engedal K, Benth JS, Selbæk G. Prevalence and severity of dementia in nursing home residents. Dement Geriatr Cogn Disord. 2015; 40: 166-77.
8. Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevance of psychiatric symptoms and behavoural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 843-9.
9. Den norske legeforening. Godt å bli gammel i Norge? Fra ord til handling i eldreomsorgen. Statusrapport. Oslo: Den norske legeforening; 2012. https://www.legeforeningen.no/contentassets/2c20c354caa4425ea212bc22ee224d13/stausrapport-2012-gammel-i-norge.pdf (lest 14.02.2022).
10. Årsrapporter Senior alert. https://www.senioralert.se/ (lest 16.09.2021).
11. Lennartsson C, Agahi N, Hols-Salen L, Kelvfe S, Kåreholt I, Lundberg O, et al.. Data resource profile: The Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD). Int J Epidemiol. 2014; 43: 731-8.
12. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. Acta Odontol Scand. 2008; 66: 68-73.
13. Samson H. Oral Health and institutionalised elderly. PhD Thesis. Bergen: Universitetet i Bergen; 2009.
14. 14. Jokstad A, Ambjørnsen E, Eide KE. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. Acta Odont Scand. 1996; 54: 303-8.
15. Holst D. Oral health equality during 30 years in Norway. Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36: 326-34.
16. 16. Fløystrand F, Ambjørnsen E, Valderhaug J, Norheim PW. Oral status and acceptance of dental services among elderly persons in Oslo. Acta Odont Scand. 1982; 40: 1-8.
17. Lundgren M, Österberg T, Emilson G, Steen B. Oral complaints and utilization of dental services in relation to general health factors in a 88-year-old Swedish population. Gerodontology 1995; 12: 81-8.
18. Mattsson U, Heyden G, Landahl S. Comparison of oral and general health development among institutionalized elderly people. Community Dent Oral Epidemiol. 1990; 18: 219-22.
19. Solemdal K, Sandvik L, Møinichin-Berstad C, Skog K, Willumsen T, Mowe M. Association between oral health and body cell mass in hospitalized elderly. Gerodontology 2012; 29:e1038-e1044. https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00607.x
20. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. Int Psychogeriatr. 1992; 4(Suppl 1): 55-69.
21. Lyketsos CG, Galik E, Steele C, Steinberg M, Rosenblatt A, Warren A, et al.The General Medical Health Rating: A bedside global rating of medical comorbidity in patients with dementia. J Am Ger Soc. 1999; 47: 487-91.
22. Charlson ME, Pompei P, Kathy L. Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. J Chron Dis. 1987; 40: 373-83.
23. Henriksen BM, Ambjørnsen E, Axéll TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. Spec Care dentist 1999; 19: 154-57. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10765880/
24. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33: 81-92.
25. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Tannhelsetenesta. https://www.ssb.no/statbank/table/11985/ (lest 16.09.2021).
26. Grytten J, Holst D. Perspectives on providing good access to dental services for elderly people: patient selection, dentists' responsibility and budget management. Gerodontolgy 2013; 30: 98-104.

Alle nettsteder er testet og lest per 14.02.2022. Merk at noen nettadresser går over flere linjer.

ENGLISH SUMMARY

Preus HR, Aass AM, Grytten J.
Dental health in select Norwegian nursing homes
Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 320-6.

This survey was conducted in 2018/2019 in collaboration with the Public Dental Health Service in the Akershus district, Norway. An online registration form was used for registrations. Ten randomly selected residents at 36 of Akershus' 50 nursing homes went through an oral examination. A total of 357 residents, of which 70% were women and 30% men were examined. Eighty percent were over 75 years old. Full set of functional teeth between the second premolars in both jaws were registered in 32.5%. The rest were missing - or had one or more dysfunctional teeth. A small number of residents were missing > 5 teeth between the second premolars of both jaws. Few had full dentures or implants. Oral hygiene was largely inadequate, while the gingival consequences of this were surprisingly low. Pain and mucosal disorders were found in less than 20% of residents. The examination conditions made it impossible to diagnose caries (enamel or root), except large lesions. The most important finding from this study was that there was low correlation between the amount of plaque in the residents and gingival and mucosal disorders, and that the working conditions of the examiners were so challenging, that one may question if it is time to introduce dental offices in all nursing homes.

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.

ORIS DENTAL

orisdental.no

Hypersementose og endodontiske implikasjoner

Gunel Zakariyya og Inge Fristad

HOVEDBUDSKAP

- **Sementpåleiring på rotoverflaten er en normal fysiologisk prosess som tiltar med alder.**
- **Årsaksfaktorene til sementdannelse utover fysiologiske behov er ikke fullstendig kjent.**
- **Hypersementose kan skape utfordringer for endodontisk behandlingsplanlegging og gjennomføring, noe som igjen kan påvirke behandlingsutfall.**
- **Det finnes lite informasjon om endodontisk sykdom og behandlingsresultat på rotfylte tenner med hypersementose.**

FORFATTERE

Gunel Zakariyya, instruktørtannlege, spesialist i endodonti. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen
Inge Fristad, professor, spesialist i endodonti. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Korresponderende forfatter: Inge Fristad, E-post: inge.fristad@uib.no

Akseptert for publisering 06.03.2022

Artikkelen er refereevurdert.

Zakariyya G, Fristad I. Hypersementose og endodontiske implikasjoner. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 328-33.

Norsk MeSH: Endodonti; Tannrot; Peroperative komplikasjoner; Oversikt

Hypersementose er forbundet med lokale og systemiske faktorer, men etiologien er ikke godt kartlagt. Vanskeligheter med å bedømme røntgenologisk tykkelse på sementlaget ved hypersementose, vil direkte kunne påvirke beslutning om renselengde og apikalavstand. Endodontisk behandling av hele kanalens lengde blir dermed utfordret. Tenner med hypersementose viser seg å ha varierende grad av forsnevringer i kanalsystemet, apikale resorpsjoner, samt irregulariteter og kompliserte forgreninger i apikalområdet. Rotsementen er også utsatt for bakteriell vekst på grunn av et omfattende nettverk av lakuner, og tenner med hypersementose kan derfor være mer resistente mot endodontisk behandling. Det er lite tilgjengelig informasjon om forekomst av endodontisk sykdom og behandlingsresultat på tenner med hypersementose. Denne artikkelen gir en oversikt over temaet hypersementose, og belyser endodontiske problemstillinger knyttet til dette.

Sement er et mineralisert vev som dekker hele rotoverflaten fra emalje-sementgrensen til rotapeks. Sementens hovedfunksjon er å beskytte roten og binde den til beinet ved hjelp av kollagene fibre. Rotsement skiller seg fra beinvev ved at den er et avaskulært vev som ikke blir remodulert, og som derfor øker i tykkelse med tannens alder (1). I tillegg er sement en komponent i periodontalligamentet som kan tilpasse seg funksjonelle krav, og tykkelsen på sementen gjenspeiler påleiring gjennom ulike faser av tannens levetid (2).

Hypersementose karakteriseres ved sementdannelse utover fysiologiske behov (3), men det eksisterer ingen kvantitative mål for å skille mellom fysiologisk avsetning av sement og økt avsetning forbundet med hypersementose (4, 5).

Figur 1. Røntgenbilde som viser ulike grader av hypersementose i overkjevens front.

Figur 2. Makroskopiske bilder av tenner med forskjellige former for hypersementose: A: klubbeform hypersementose (1) mild, (2) moderat, (3) alvorlig grad. B: fokal eller lokalisert hypersementose. C: sirkulær hypersementose (gjengitt fra referanse 5, CC BY 4.0 license).

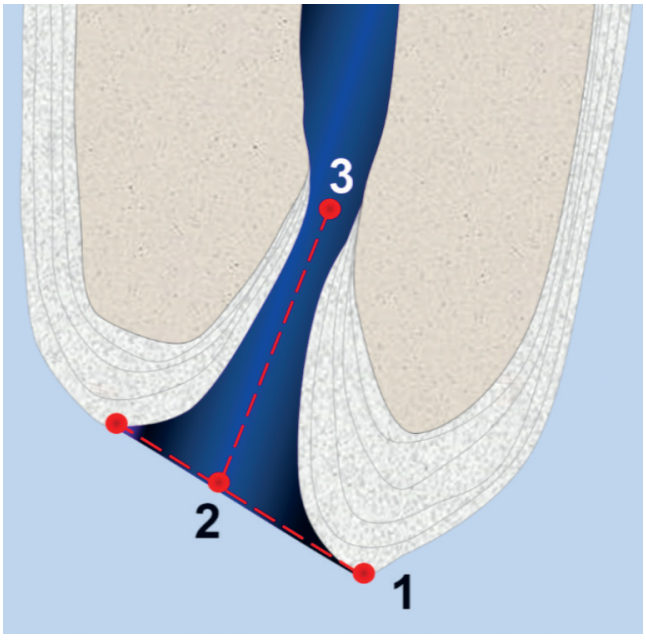
Hypersementose, eller sementhyperplasi, er en ikke-neoplastisk tilstand hvor overflødig sement blir avsatt på eksisterende rotsement. Denne tilstanden er av idiopatisk natur, men forbindes med en del lokale og systemiske faktorer (6). Fortykning av sementlaget kan enten involvere hele rotoverflaten, eller den kan ha en mer nodulær eller oppsvulmet form som ofte er lokalisert til den apikale delen av roten (7, 8) (figur 1 og 2).

Økt sementdannelse på rotoverflaten, utover grensen for normal funksjon, fører til fortykning av rotens anatomi med makroskopiske formforandringer (9). Forekomsten av hypersementose er ikke beregnet, men er blitt estimert til å ligge mellom 3,8% og 8,4% (10). Hypersementose forekommer ofte på premolarer, og ofte symmetrisk i kjevene. Det er vist at hypersemetose forekommer oftere i underkjeven (68,2%) enn i overkjeven (31,8%) (7, 8).

Hypersementose – histologi og mekanismer

Hypersementose skyldes økt aktivitet i sementoblastene med påleiring av nye sementlag. Fortykning av sement er en rytmisk prosess. Etter påleiring av et nytt lag blir det forrige umineraliserte laget mineralisert. Presement er det ytterste umineraliserte laget (9). Dette gir opphavet til den klassiske strukturen med inkrementallinjer som gjenspeiler den rytmiske prosessen (figur 3).

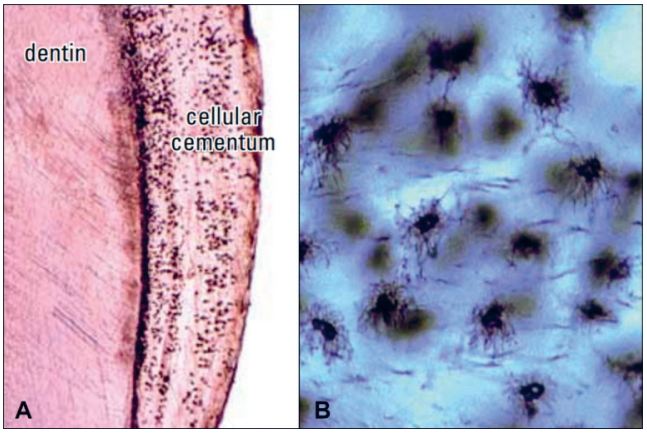
Membranproteiner på sementoblastenes overflate er koblet til komponenter av ekstracellulær matriks. Transmembrane proteiner,



Figur 3. Anatomiske strukturer i apikalområdet: 1: røntgenologisk apeks; 2: foramen apikale (major) og 3: den apikale konstriksjonen (foramen apikale minor) som representerer overgangen hvor pulpavevet slutter og periodontalt vev begynner. Linjen som er trukket gjennom punkt 2 blir ofte betegnet som anatomisk apeks. Sementpåleiringer i apikalområdet, som tiltar ved økende alder, vil endre de anatomiske forholdene.

såkalte integriner, er festet på proteiner i cytoskjelettet internt for å gi stabilitet og bevegelighet til cellene. Krefter som fører til bevegelse i periodontale fibre og andre komponenter i den ekstracellulære matriks vil deformere sementoblastenes integriner i cytoskjelettet. Deformasjon av cytoskjelettet kan gi cellulært stress og frigivelse av mediatorer som fører til økt syntese av sementmatriks på rotoverflaten. Hypersementose kan derfor være en funksjonell respons på periodontale krefter (9). En kan tenke seg at dette er kroppens måte å gi overbelastede tenner større festeareal for bedre distribusjon av okklusale krefter. Økt areal av roten som er omringet av bein spiller en stor rolle i samspillet mellom tann og krefter som påvirker den, selv i tilfeller med manglende antagonist hvor okklusale krefter er små. Disse faktorene kan kanskje forklare hvorfor det er 2 typer sement, nemlig acellulær og cellulær sement. Terminologien acellulær sement benyttes når man refererer til sement uten sementocytter, men både acellulær og cellulær sement er dekket med et sementoblastlag på overflaten (4).

Påleiring av sementmatriks i cervikale og midtre del av roten skjer uten innleiring av sementocytter, og sementen er vanligvis kalsifisert og acellulær. I dette sementlaget finner man ikke lakuner med sementocytter. Sementlaget i den apikale del av roten og i furkasjonsområdet er derimot cellulær og inneholder et nettverk av sementocytt-lakuner (figur 4). Både apikale del av roten og furkasjonsområdet er steder som blir påvirket av mekaniske krefter ved fysiologiske påkjenninger.



Figur 4. Figuren viser apikal sement i et kasus med hypersementose. A: cellulær sement inneholder et nettverk av sementocytter; B: nærbilde av sementocytter i den cellulære sementen (fra referanse 9, med tillatelse).

Etiologi og differensialdiagnoser

Sementlaget på rotoverflaten er en adaptiv komponent i periodontiet som vil kunne påvirkes av forandringer i funksjonelle krav (11). Sementtykkelsen blir normalt tredoblet gjennom livet. Dette er vist både for erupterte funksjonelle tenner, og for uerupterte tenner som ikke er funksjonelle (12).

Predisponerende faktorer som forbindes med hypersementose er patologiske og fysiologiske tilstander som periapikale inflammasjonsprosesser (9, 13), traumatisk okklusjon (14), utviklingsforstyrrelser som påvirker fysiologisk sementavsetning (1) og fysiologiske dentale erupsjonsprosesser. Tyggekrefter antas å ha stimulerende effekt på sementavsetning, men uerupterte tenner som ikke er påvirket av funksjonelle krefter er imidlertid rapportert å kunne ha tykkere sementlag (15). Dette antyder at funksjonelt stress ikke nødvendigvis er en direkte årsak til hypersementose. Det er også rapportert at en økning i sementtykkelse hos ikke-funksjonelle og uerupterte tenner er relatert til alder, muligens grunnet erupsjonskrefter som påvirker tannen (16, 17).

Infeksjon er beskrevet som en mulig etiologisk faktor for hypersementose, siden hypersementose på nekrotiske tenner forekom 4,2 ganger oftere enn på vitale tenner (18). Men det er vanskelig å fastslå retrospektivt om sementpåleiringen kom før eller etter pulpanekrose.

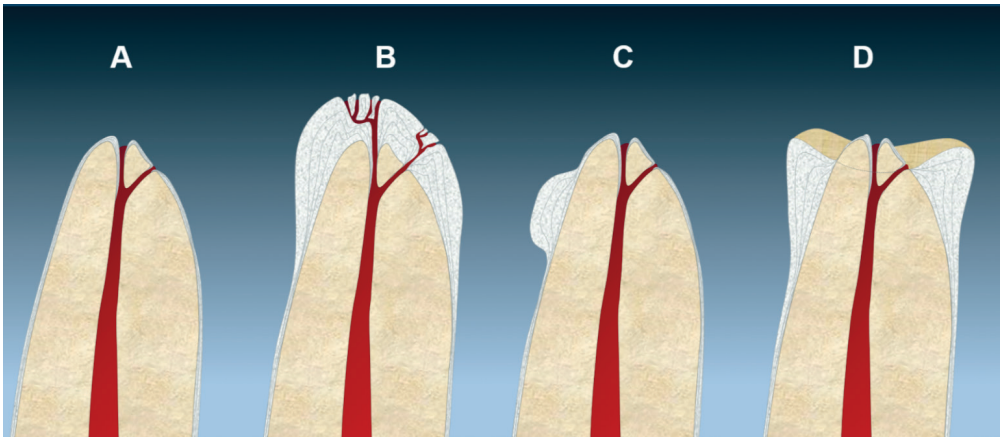
Parathyroid sykdom, Padgets sykdom, aterosklerose, akromegali, deformerende artritt, hypertrofisk artritt er systemiske sykdommer som forbindes med hypersementose (19). Kalsinose (kalsiumavleiring i musklene under huden) og vitaminmangel er også blitt nevnt (2). Padgets sykdom manifesterer seg vanligvis i overkjeven, mens akromegali påvirker oftest vekst i underkjeven (20).

Sementoblastom må tas i betraktning som en differensialdiagnose (6), men har ofte ulikt radiologisk utseende (21). Sementoblastom er en odontogen tumor hvor proliferasjon av funksjonelle sementoblaster danner en stor masse av sement eller sementlignende vev. Hypersementose og sementoblastom har forskjellig klinisk utvikling, men atypiske varianter kan skape diagnostiske utfordringer. Sementoblastom er en neoplastisk tilstand med ubegrenset vekstpotensial. Eventuell behandling av sementoblastom innebærer fullstendig kirurgisk fjerning, mens hypersementose ikke skal behandles (6). Kondenserende ostitt og beinhyperplasi er også blitt nevnt som differensialdiagnoser (20), men det er da vanligvis enkelt å skjelne sement og bein basert på røntgentettheten og plassering av periodontalligamentet.

Hypersementose er asymptomatisk og blir diagnostisert ved radiologisk undersøkelse. Hypersementose i seg selv krever ingen behandling, men endodontisk behandling på slike tenner er ofte forbundet med høy vanskelighetsgrad, gjerne i kombinasjon med kirurgisk tilleggsbehandling (22).

Endodontisk behandling av tenner med hypersementose

Det er beskrevet ulike former for hypersementose, og disse er klassifisert som klubbeform, fokal og sirkulær (figur 2, 5) (5, 9), hvor



Figur 5. Morfologiske variasjoner av hypersementose: A: normal rot; B: diffus hypersementose/ klubbefor; C: fokal eller lokalisert hypersementose; D: sirkulær hypersementose/ sementhyperplasi (tegning basert på referanse 9, med tillatelse).

spesielt den sirkulære formen ofte sees på tenner med apikal patologi (9). I tillegg vil graden av hypersementose kunne være av mild eller alvorlig karakter (5). Videre er det vist at de fleste rot-apeks på tenner som har mild grad av hypersementose ikke har store morfologisk avvik, bortsett fra flere foramina (5). Blodkar og nervefilamenter som innkapsles i sementen kan være faktorer som bidrar til dannelse av apikale delta (5, 23) (figur 5B). Moderate tilfeller av hypersementose hadde flere cellulære lakuner med sementocytter, samt irregulariteter forårsaket av resorpsjon. Tenner med alvorlig grad av hypersementose viste i tillegg fortetninger i rotkanalen som kan begrense muligheten for å oppnå full arbeidslengde (5).

Coolidge var sannsynligvis den første som belyste betydningen av patologisk sementpåleiring for endodontisk behandlingsutfall (24). Endodontisk behandling av tenner med hypersementose kan være utfordrende fordi den radiologiske tettheten til dentin og sement er nokså lik, noe som medfører at tykkelse på sement ikke alltid er mulig å måle på røntgenbilder (25). Også bruken av andre kliniske hjelpemidler, som for eksempel apekslokatorer, kan være utfordrende ved hypersementose. Apekslokatorer vil tolke sementlaget som en del av roten, samtidig som hypersementose kan bidra til flere forgreninger og fortetninger i rotkanalen. Bruk av CBCT-opptak kan i noen tilfeller være til hjelp, men er omdiskutert som rutine ved endodontisk behandling (26). Ifølge anbefalingene til American Association of Endodontists og The American Academy of Oral and Maxillofacial Radiology fra 2018, bør CBCT ikke benyttes for endodontisk diagnostisering eller «screening» ved fravær av symptomer (27).

Hovedmålet med endodontisk behandling av tenner med apikal periodontitt er å skape gunstige forhold for tilheling av apikalt og periapikalt vev. Bestemmelse av lengde på roten og rotkanalen, med påfølgende beslutning om instrumenteringsnivå, er avgjørende for vellykkethet ved konvensjonell endodontisk behandling. Den vanligste årsaken til mislykket endodontisk behandling er gjenværende ubehandlede områder i rotkanalsystemet. Spesielt i nekrosekasus er kjemomekanisk rens av hele rotkanalens lengde, altså maksimal eliminering/fjerning av infeksiøst og nekrotisk vev, avgjørende for behandlingens vellykkethet.

Tenner med apikal periodontitt har varierende grad av apikal inflammatorisk resorpsjon av sement og/eller dentin (28, 29). Dette endrer normal apikal anatomi, som igjen kan fremme bakteriell kolonisering. Disse irregularitetene er retensjonsområder som disponerer for dannelse av biofilm. Dette er en av grunnene til at kjemomekanisk rens av hele kanalens lengde er avgjørende for prognosen i kasus med nekrotisk pulpa. Apikal konstriksjon i nekrosekasus er mer konseptuell enn en klinisk virkelighet (30). I kasus med rotresorpsjon og periapikal patologi mangler ofte en distinkt apikal konstriksjon (31). I vitalkasus bør en ha en mer konservativ tilnærming og følge strenge aseptiske prosedyrer siden det ikke foreligger infeksjon i dentin eller sement. Rensing og desinfisering av apikalt foramen i slike kasus kan ikke støttes fra et biologisk synspunkt (32, 33).

For tenner med hypersementose kan det være vanskelig å angi riktig instrumenteringslengde i forhold til røntgenologisk apeks. Regelen om at en i nekrosekasus skal plassere renselengden ved den apikale konstriksjon, ofte plassert 0,5 - 1 mm koronalt for røntgenologisk apeks, vil kunne se annerledes ut ved omfattende sementpåleiring apikalt. Sement-dentingrensen indikerer hvor pulpavevet slutter og hvor periodontalt vev begynner. Mens kanaldiameteren reduseres med alderen, vil sementpåleiring øke avstanden mellom den apikale konstriksjonen og foramen apikale. Hos yngre individer er avstanden i snitt 0,5 mm, mens den hos eldre i gjennomsnitt har økt til 0,7 mm (34). Sementpåleiring i apikalområdet ved hypersementose vil øke avstanden mellom den apikale konstriksjonen og røntgenologisk apeks ytterligere. Normalt vil foramen apikale ligge 0,5 - 3,0 mm koronalt for røntgenologisk apeks. Denne avstanden og diameteren på foramen apikale øker ved aldring (35).

De anatomiske forandringene som skjer ved hypersementose kan gjøre det vanskeligere å fastsette riktig renselengde. I tillegg vil forsnevringer og omfattende forgreninger apikalt kunne gjøre kanalinstrumenteringen mer komplisert og tidkrevende.

Rotkanalinstrumentering og fylling kort for sement-dentin grensen kan forårsake gjenværende infeksjon og inflammasjon, mens rens og fylling forbi kan forårsake at vevsrester, bakterier og rotfyllingsmasse som fraktes ut av apeks opprettholder apikal inflammasjon. Hypersementose vil direkte kunne påvirke utfallet av endodontisk behandling på grunn av et mer komplisert apikalområde hvor bakterier kan kolonisere områder som er utilgjengelig for mekanisk rensing (figur 4 og 5) (5). Forekomst av kontaminert sement i apikalområdet i nekrosekasus har ikke blitt studert i detalj, men tilstedeværelse av infeksjon i de mest apikale delene av rotkanalsystemet i nekrosekasus er en kjent problemstilling (36). Ved hypersementose inneholder den cellulære sementen i apikalområdet sementocytter som inngår i et stort nettverk av lakuner (9). Nekrose og infeksjon i den cellulære sementen i apikalområdet vil derfor kunne bidra til økte retensjonsområder som vanskeliggjør eliminering av bakterier ved hypersementose. Dette kan igjen bidrar til at kronisk apikal periodontitt ikke tilheler etter endodontisk behandling (5, 37).

Konklusjoner

Det er mangel på studier som viser en sammenheng mellom hypersementose og behandlingsresultat etter endodontisk behandling. Det foreligger heller ikke gode anbefalinger for gjennomføring av behandling på tenner med hypersementose. Det kan være vanskelig å oppnå infeksjonskontroll på nekrotiske tenner med hypersementose. I enkelte tilfeller kan kirurgisk behandling være nødvendig for å eliminere infeksjon i slike tenner.

REFERANSER

1. Yamamoto T, Hasegawa T, Yamamoto T, Hongo H, Amizuka N. Histology of human cementum: Its structure, function, and development. Jpn Dent Sci Rev. 2016; 52: 63-74.
2. Heredia GEI, Morales SHM, Niño JCM, Gutmann JL. Endodontic management of hypercementosis in conjunction with asymptomatic apical periodontitis: A case report. Open Dent J. 2019; 13: 296-300. https://pdfs.semanticscholar.org/4072/583c18c9e9f835693497300bc4c090dde734.pdf?_ga=2.137546102.790348654.1646571893-751448848.1646571893
3. Dewey K. Normal and pathological cementum formation. Dent Cosmos. 1926; 68: 560-85.
4. Leider AS, Garbarino VE. Generalized hypercementosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987; 63: 375-80.
5. Pinheiro BC, Pinheiro TN, Capelozza AL, Consolaro A. A scanning electron microscopic study of hypercementosis. J Appl Oral Sci. 2008; 16: 380-4.
6. Napier Souza L, Monteiro Lima Júnior S, Garcia Santos Pimenta FJ, Rodrigues Antunes Souza AC, Santiago Gomez R. Atypical hypercementosis versus cementoblastoma. Dentomaxillofac Radiol. 2004; 33: 267-70.
7. Zhou J, Zhao Y, Xia C, Jiang L. Periodontitis with hypercementosis: report of a case and discussion of possible aetiologic factors. Aust Dent J. 2012;5 7: 511-4.
8. Bürklein S, Jansen S, Schäfer E. Occurrence of hypercementosis in a German population. J Endod. 2012; 38: 1610-2.
9. Consolaro A, Consolaro R, Francischone L. Cementum, apical morphology and hypercementosis: A probable adaptive response of the periodontal support tissues and potential orthodontic implications. Dental Press J Orthod. 2012; 17: 21-30.
10. Grzesik WJ, Narayanan AS. Cementum and periodontal wound healing and regeneration. Crit Rev Oral Biol Med. 2002; 13: 474-84.
11. Schroeder HE. The periodontium: Springer Science & Business Media; 2012.
12. Zander HA, Hürzeler B. Continuous cementum apposition. J Dent Res. 1958; 37: 1035-44.
13. Thoma KH, Goldman HM. The pathology of dental cementum. J Am Dent Assoc. 1939; 26: 1943-53.
14. Comuzzie AG, Steele DG. Enlarged occlusal surfaces on first molars due to severe attrition and hypercementosis: examples from prehistoric coastal populations of Texas. Am J Phys Anthropol. 1989; 78: 9-15.
15. Israel H. Early hypercementosis and arrested dental eruption: heritable multiple ankylodontia. J Craniofac Genet Dev Biol. 1984; 4: 243-6.
16. Azaz B, Michaeli Y, Nitzan D. Aging of tissues of the roots of nonfunctional human teeth (impacted canines). Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1977; 43: 572-8.
17. Azaz B, Ulmansky M, Moshev R, Sela J. Correlation between age and thickness of cementum in impacted teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1974; 38: 691-4.
18. Gardner BS, Goldberg H. The significance of hypercementosis. Dent Cosmos. 1931; 73: 1065-9.
19. Aldred MJ, Cooke BE. Paget's disease of bone with involvement of the dental pulp. J Oral Pathol Med. 1989; 18: 184-5.
20. Weinberger A. The clinical significance of hypercementosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1954; 7: 79-87.
21. Andreasen B. Apical Radiopacities. https://www.radiodontics.com/apical-radiopacities/ (lest 08.02.2022).
22. Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1984; 58: 589-99.
23. Thomas NG. Formation of the apices of teeth. J Nat Dent Assoc. 1921; 8: 11-7.
24. Coolidge ED. The reaction of cementum in the presence of injury and infection. J Am Dent Assoc. 1931; 18: 499-525.
25. Buch B, Matthee MJ. Radiological diagnosis IX. Hypercementosis. J Dent Assoc S Afr. 1985; 40: 23.
26. Ee J, Fayad MI, Johnson BR. Comparison of endodontic diagnosis and treatment planning decisions using cone-beam volumetric tomography versus periapical radiography. J Endod. 2014; 40: 910-6.
27. Fayad, MI. The impact of come beam computed tomography in endodontics: A new era in diagnosis and treatment planning. https://www.aae.org/specialty/communique/newsletter/the-impact-of-cone-beamcomputed-tomography-in-endodontics-a-new-era-in-diagnosis-and-treatment-planning/ (lest 08.02.2022).
28. Andreasen JO. External root resorption: its implication in dental traumatology, paedodontics, periodontics, orthodontics and endodontics. Int Endod J. 1985; 18: 109-18.
29. Hammarström L, Lindskog S. General morphological aspects of resorption of teeth and alveolar bone. Int Endod J. 1985; 18: 93-108.
30. Dummer PMH, McGinn JH, Rees DG. The position and topography of the apical canal constriction and apical foramen. Int Endod J. 1984; 17: 192-8.
31. Simon JH. The apex: how critical is it? Gen Dent. 1994; 42: 330-4.
32. Ricucci D. Apical limit of root canal instrumentation and obturation, part 1. Literature review. Int Endod J. 1998; 31: 384-93.
33. Ricucci D, Langeland K. Apical limit of root canal instrumentation and obturation, part 2. A histological study. Int Endod J. 1998; 31: 394-409.
34. Vertucci FJ. Root canal morphology and its relationship to endodontic procedures. Endod Top. 2005; 10: 3-29.
35. Kuttler Y. Microscopic investigation of root apexes. J Am Dent Assoc. 1955; 50: 544-52.
36. Baumgartner JC, Falkler WA, Jr. Bacteria in the apical 5 mm of infected root canals. J Endod. 1991; 17: 380-3.
37. Pappen FG, Fagonde CD, Martos J, Silveira LFM. Hypercementosis: a challenge for endodontic therapy. RSBO. 2011; 8: 321-8. http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v8n3/a14v8n3.pdf

ENGLISH SUMMARY

Zakariyya G, Fristad I.
Hypercementosis and endodontic implications
Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 328-33.

Hypercementosis is defined as deposition of radicular cementum beyond physiological limits, and have been associated with several local and systemic factors. However, there is limited knowledge about the incidence of endodontic disease and treatment outcome of teeth with hypercementosis. The radiographic density of dentin and cementum is quite similar, making it difficult to measure the exact thickness of cementum in cases with hypercementosis. Therefore, the determination of working length in teeth with hypercementosis cannot be easily validated by radiographs, affecting endodontic decision making and treatment. Teeth with hypercementosis may also have obliteration of canal lumen, apical resorptions, irregularities, and several apical foramina. In addition, excessive cementum may promote bacterial growth, making the tooth resistant to endodontic treatment. The aim of the present review is to describe characteristics of hypercementosis that may have endodontic implications.

Zirkonzahn®

HIGH QUALITY BY ZIRKONZAHN

IMPLANTATPROTETIKK – ALLE KOMPONENTER FRA EN LEVERANDØR
MED OPP TIL 30 ÅRS GARANTI

100 % HJEMMELAGET I ALPENE

"Vi produserer våre implantatstøttede komponenter i vårt hjemsted Sør-Tirol, i henhold til de høye standardene som gjelder for hele produksjonsprosessen – intelligente løsninger, presisjon og kvalitet: vi oppfyller de strengeste kvalitetskriteriene (ISO 13485 MDSAP; Medical Device Directive 93/42/EEC); Forordning (EU) 2017/745 om medisinsk utstyr) og vi bruker en medisinsk titanlegering av høy kvalitet for våre produkter (Ti-6Al-4V ELI i henhold til ASTM F136 og DIN EN ISO 5832-3). Med kvalitet som høyeste prioritet påtar vi oss vårt ansvar og i tillegg til den lovbestemte garantiforpliktelsen gir vi frivillig opptil 30 års garanti på alle Zirkonzahn implantatabutments som brukes og tilhørende skruer. I vår garanti inkluderer vi også implantater fra andre produsenter som brukes med Zirkonzahn-implantatdistanser."
Enrico Steger, Julian Steger, Zirkonzahn CEO

PRODUKSJONSHALL 1

PRODUKSJONSHALL 2

PRODUKSJONSHALL 3

Follow us on Facebook and Instagram!

Zirkonzahn®

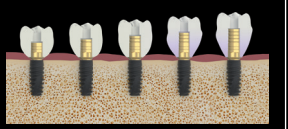
SKANN FOR Å SE ALLE KOMPONENTER – TILGJENGELIG FOR
MER ENN 140 IMPLANTATSYSTEMER

White Metal Scanmarkers *– For avlesning av retning og plassering av implantater ved intraoral eller modellscanning*

Titanium bases K80 Angled Screw Channel (ASC) *– Distanselengden kan forkortes individuelt i henhold til tannlengde, og skruekanalen kan vinkles fra 0° – 30°*

Zirkonzahn LOC-Connector *– Snap-festesystem for implantater og barrer for å fiksere avtakbare proteser*

Zirkonzahn Multi Unit Abutment 17° *– Disse er utstyrt med en vinkel på 17° for å kompensere for eventuell helning av implantatene og er tilgjengelig med to forskjellige antirotasjonskoblingstyper som tillater mellomposisjoner*



Titanium bases K85 *– De kan forkortes individuelt i henhold til tannlengde*

*NYE KOMPONENTER FOR ET STØRRE UTVALG!

ZIRKONZAHN LIBRARY DOWNLOAD CENTER

Komponenter er tilgjengelig for exocad og 3shape brukere gjennom Zirkonzahn Library Download Center

Zirkonzahn Worldwide – Syd-Tyrol – T +39 0474 066 680 – info@zirkonzahn.com – www.zirkonzahn.com

HOVEDBUDSKAP

- Unge med alvorlig AI opplever negativ påvirkning på psykososial helse på grunn av tennenes utseende og funksjon
- Klinisk praksis i Norge i dag er å utsette krone-behandling til pasienten er blitt voksen
- Kronebehandling ved alvorlig AI bør utføres etter at tennene er helt frembrutte og ikke avvente til voksen alder
- Ungdommer med alvorlig grad av AI har rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og bør tilbys kroneterapi i unge år

FORFATTERE

Runa Das, spesialist i pedodonti. Kompetansesenteret Tannhelse Midt Trøndelag FKF (TkMidt), Trondheim. Delt førsteforfatterskap
Eva Børstad, spesialist i oral protetikk. Colosseum Solsiden, Trondheim. Delt førsteforfatterskap
Astrid Jullumstrø Feuerheim, forskningsleder, ph.d. Kompetansesenteret Tannhelse Midt Trøndelag FKF (TkMidt), Trondheim
Gunilla Pousette Lundgren, spesialist i pedodonti, universitetsadjunkt, ph.d. Karolinska Institutet, Institutionen för odontologi, Avdelningen för Ortodonti och Pedodonti, Sverige.
Göran Dahlöf, professor emeritus. Karolinska Institutet, Institutionen för odontologi, Stockholm, Sverige og Kompetansesenteret Tannhelse Midt Trøndelag FKF (TkMidt), Trondheim
Marit Slåttelid Skeie, professor emeritus. Institutt for klinisk odontologi, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen og Kompetansesenteret Tannhelse Midt Trøndelag FKF (TkMidt), Trondheim

Korresponderende forfatter: Runa Das, e-post: runa.das@tkmidt.no

Akseptert for publisering 02.03.2022.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Das R, Børstad E, Feuerherm AJ, Lundgren GP, Dahllöf G, Skeie MS. Tidlig kroneterapi utført hos ungdommer med alvorlig amelogenesis imperfecta forbedrer livsutfoldelsen – tre kasuistikker. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 336-42.

Norsk MeSH: Amelogenesis Imperfecta; Tannrestaurering, permanent; Ungdom; Kasusrapporter

Tidlig kroneterapi utført hos ungdommer med alvorlig amelogenesis imperfecta forbedrer livsutfoldelsen

– tre kasuistikker

Runa Das, Eva Børstad, Astrid Jullumstrø Feuerherm, Gunilla Pousette Lundgren, Göran Dahllöf og Marit Slåttelid Skeie

Amelogenesis Imperfecta (AI) skyldes en sjelden genetisk defekt som påvirker emaljedannelsen (1). Selv om AI opptrer sjeldent, er det ikke en sjelden medisinsk tilstand (SMT) som defineres med forekomst opp til 1:10 000 individer. En studie fra Nord-Sverige har rapportert en forekomst på 1,4:1 000 (2), mens en annen svensk studie fant en forekomst på 1:4 000 (3). Denne arvelige tilstanden rammer både det primære og det permanente tannsettet og er knyttet til ulike typer arvelighetsmønstre. AI kan opptre alene eller som del av symptombildet ved et syndrom. Ikke-syndromal AI er vanligere enn syndromal AI. De kliniske manifestasjonene kan avspeile når i løpet av emaljedannelsen forstyrrelsen/skaden har skjedd (4). En og samme genmutasjon kan føre til ulike fenotyper hos ulike individer (7). Karakteristisk for AI er at emaljeforstyrrelsene kan opptre svært forskjellige da emaljeoverflaten

kan observeres som enten tynn, furet, gropet, ru, misfarget eller sprø eller kombinasjoner av disse. I noen tilfeller kan deler av emaljeoverflaten frakturere eller bli helt nedslitt. Ungdommer med alvorlig grad av AI rapporterer også om utfordringer i form av hypersensitive og smertefulle tenner, både ved tygging, ved inntak av syreholdig mat og drikke, ved tannpuss og ved eksponering til kaldt og varmt vær (5). Studier viser dessuten at enkelte av ungdommene i denne gruppen unngår sosial kontakt fordi de er skamfulle over tennenes utseende og dermed unngår å smile og le (6-9). Ikke overraskende er det registrert en lavere oral helserelatert livskvalitet (OHRQoL) blant ungdommer med AI sammenlignet med jevnaldrende uten denne lidelsen (8-10).

I hovedsak har tannbehandlingstilbudet for ungdommer med AI hittil vært restorativ i form av fyllinger, kompositttoppbygninger, stålkroner og andre midlertidige løsninger. Ungdommer med alvorlig AI har derfor måttet gjennomgå mange fyllingsrevisjoner og kanskje også smertefulle tannbehandlinger (11). I senere år har imidlertid nye keramiske materialer med tynn materialtykkelse og gode mekaniske egenskaper muliggjort at permanent kroneterapi med godt estetisk resultat og få komplikasjoner også kan tilbys ungdommer med alvorlig AI (12). Så vidt vi kjenner til, er det ikke gjort studier i Norge som har fokusert på kroneterapi hos ungdommer med AI.

Denne kasuspresentasjonen presenterer tidlig protetisk behandling utført på tre ungdommer med alvorlig grad AI, men også hvordan AI har påvirket deres livsutfoldelse, forut for og i ettertid av behandlingen. Etter utført behandling ble tre munnhelserelaterte livskvalitetsspørsmål rettet til ungdommene og deres foresatte; 1) Er det noe som du har vært *forhindret* i å gjøre på grunn av problemer med tennene dine eller tennenes utseende? 2) Er det noe som har vært *vanskelig* å gjøre på grunn av problemer med tennene dine eller tennenes utseende? 3) Er det noe som du har hatt *lyst* til å gjøre, men som du har valgt bort å gjøre på grunn av problemer med tennene dine eller tennenes utseende?

Pasientene ble henvist fra Den offentlige tannhelsetjenesten i løpet av perioden september 2015 til april 2016 til Kompetansesenteret Tannhelse Midt (TkMidt) for utredning for diagnose og behandling. Alle ble diagnostisert med alvorlig AI og ble tilbudt protetisk rehabilitering. I tillegg til innhentet samtykke i forkant av kronebehandlingen, ble ungdommene sammen med en forelder grundig informert om fremtidige behandlingsprosedyrer, tidsaspektet knyttet til selve behandlingen og at behandlende protetiker ville vektlegge skånsom og vevsbesparende prepareringsteknikk og gi effektiv smertelindring. Deltakerne, ble informert både muntlig og skriftlig om prosjektet. Alle tre ungdommene med foreldrene ga tillatelse til å innhente og bruke nødvendig informasjon for å presentere pasienthistoriene deres. De har blitt forelagt kasusrapporten før publisering.

Prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Kasus A

En 13 år gammel frisk gutt som var munnpuster, møtte for utredning i juni 2016. Han hadde da nylig avsluttet kjeveortopedisk behandling. Gutten hadde tidligere fått utført noe fyllingsterapi. Hovedproblemet hans var dårlig tannestetikk, for han syntes at tannoverflatene var flekkede og delvis oppsmuldrete. Han hadde begynt på ungdomsskolen og var nå mer opptatt av tennenes utseende enn før og var motivert for protetisk kronebehandling.

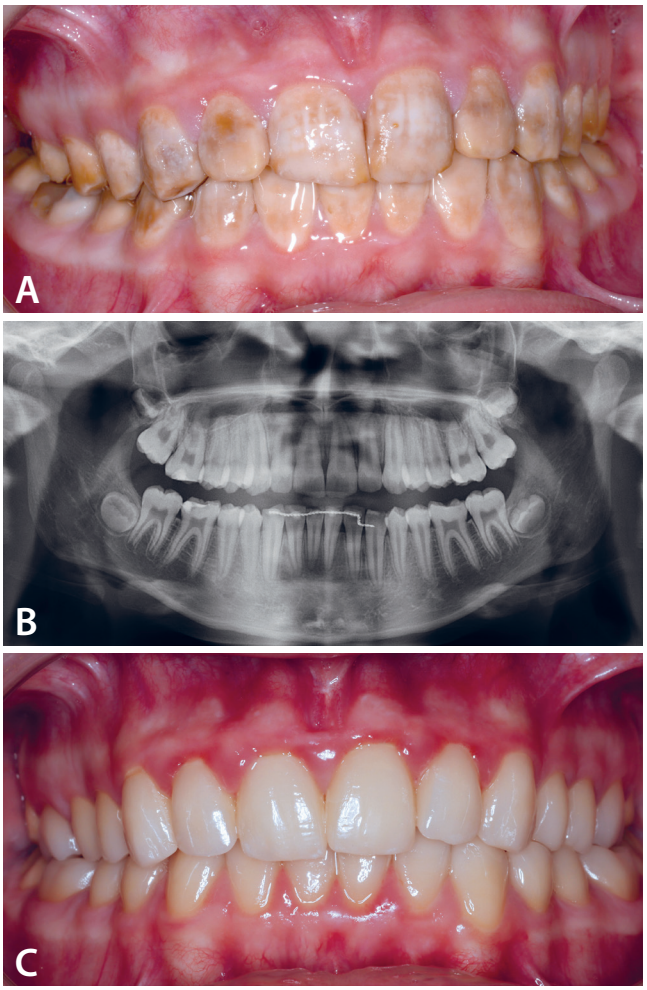
På de munnhelserelaterte spørsmålene han ble stilt, svarte han at han kjente på at han var *forhindret* i å snakke og smile, og da det var *vanskelig* for han å gjøre det, var det også *vanskelig* «å være seg selv». Han hadde jo *lyst til* å snakke og kommunisere med andre, men valgte det bort. Han var tilbaketrukket og forsiktig i sosial omgang og *unngikk* å smile på bilder. Moren bekreftet at gutten hennes var *forhindret* i å vise tenner og i stedet skjulte de når han smilte. Hun mente det var *vanskelig* for han å smile der det var fremmede til stede, og selv om han hadde lyst, valgte han det bort. Også på bilder med nærfoto av ansikt, valgte han ikke å smile.

Den kliniske undersøkelsen juni 2016 viste permanente tenner fra 17 til 47 med tannfargede fyllinger i noen molarer (Figur 1 A). Alle tenner hadde gulbrun farge med en ru, hypomineralisert emalje. Posteruptivt emaljetap på okklusalflater på molarer og tap av vertikal bitthøyde ble observert. I overkjevens front ble det registrert mild gingivitt uten synlig plakk. Røntgenundersøkelse (ortopantomogram (OPG)) (Figur 1 B) viser normal emaljetykkelse, men redusert røntgenkontrast mellom emalje og dentin.

Diagnose: AI - hypomaturasjonstype K00.5

Behandling: I den første behandlingsrunden i tidsperioden oktober 2016- januar 2017, ble det utført permanent kroneterapi i overkjevens front 13-23 og på 46 og 36. I den andre behandlingsrunden fra februar – mars 2019, ble permanente kroner på 16, 26 og underkjevens front fra 43-33 fremstilt. Den tredje behandlingsrunden ble utført i juni 2020 og besto av å gjøre permanent kroneterapi på alle premolarer. Totalt fikk pasienten kroner av typen IPS e.max (Ivoclar Vivadent) på 24 tenner. Kronene ble sementert med GC Fuji Plus sement. Pasienten samarbeidet godt og all behandling ble utført i våken tilstand i lokalanestesi.

Kontroller: Pasienten ble fulgt opp med jevnlige etterkontroller. Han hadde ingen plager eller smerter etter behandling. Figur 1 C



Figur 1 A–C. A: En 13 år gammel gutt med AI hypomaturasjonstypen. Samtlige tenner var kraftig misfargede. B: Orthopantomogram ved 13 års alder. Redusert røntgenkontrast mellom emalje og dentin. C: Klinisk foto ved 17 års alder, 4 år etter oppstart av kroneterapi. Totalt 24 helkeramiske kroner utført i løpet av en 4 års periode.

viser klinisk foto ved kontroll, fire år etter første runde med protetisk rehabilitering. Det ble ikke registrert plakk, men en noe rødlig gingiva bukkalt i overkjevens front som mulig kunne ha sammenheng med munnpustingen. Pasienten ble derfor anbefalt å oppsøke øre-nese-hals lege for videre utredning.

Etter protetisk behandling svarte både gutten og moren nei på samtlige munnhelserelaterte spørsmål, det vil si gutten hadde ikke lenger problemer knyttet til tennenes utseende og funksjon. Han var ikke *forhindret* i å vise tenner og smile og kunne spise og tygge mat. Han var heller ikke lengre flau over tennene sine. Grunnet tannstatus var ingenting lengre *vanskelig* å gjøre, og han kunne nå gjøre alt han hadde *lyst til* å gjøre. Han gledet seg over at han nå kunne ha samvær med andre.

Kasus B

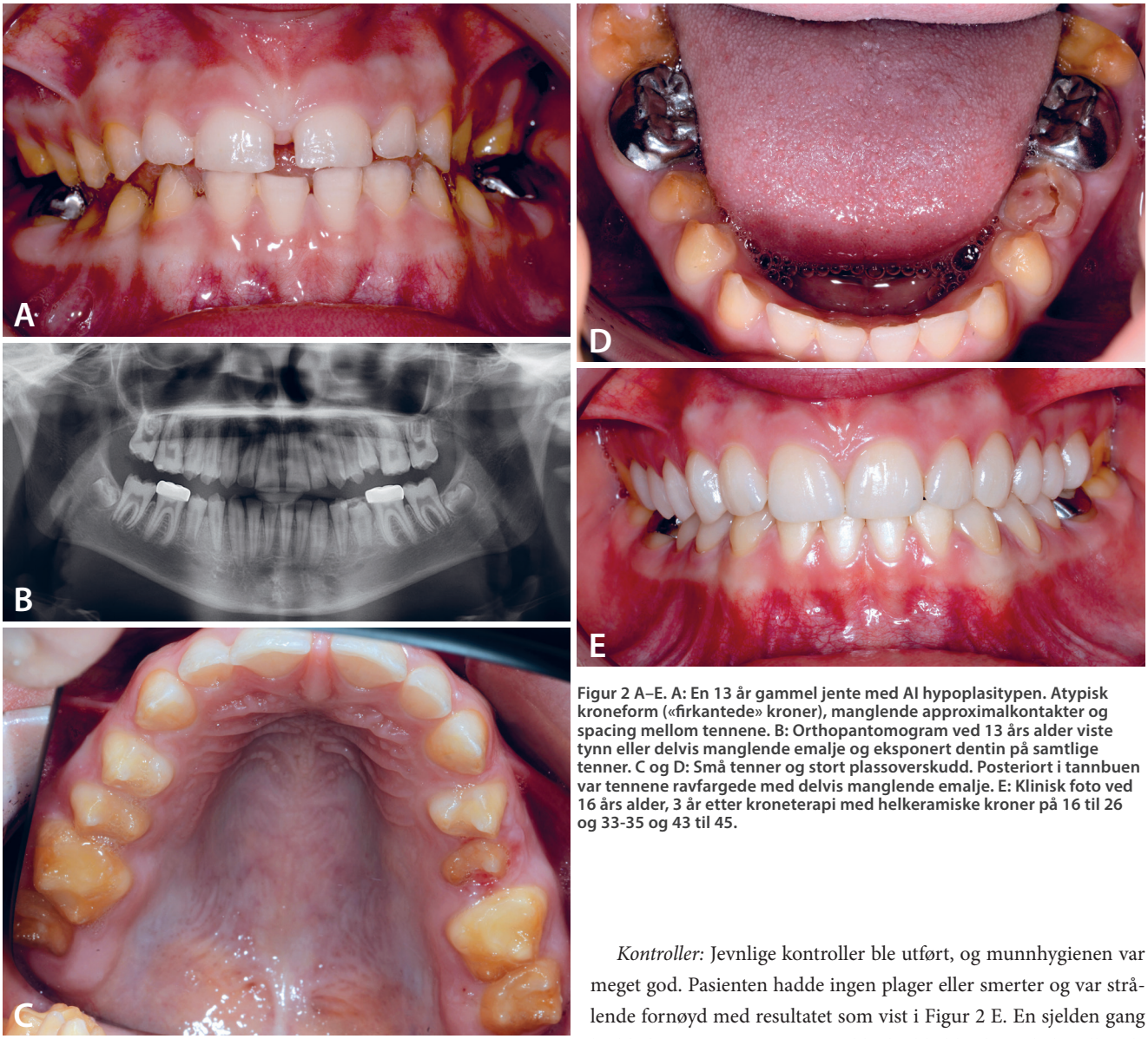
En frisk jente på 13 år møtte september 2016 til utredning på grunn av dårlig tannestetikk som følge av AI. Hun var tvilling og født prematurt i uke 30. Tvillingbroren hadde normalt mineralisert emalje. To onkler på farens side hadde Ushers syndrom, en autosomal recessiv sykdom med mulig assosiasjon til AI (13). Hun hadde som ti-åring fått satt stålkroner på tann 36 og 46 for å avhjelpe mot ising og for å opprettholde vertikal bitthøyde.

Jenta var misfornøyd med tannestetikken, spesielt tannfargen og de spisse hjørnetennene i overkjeven. Hun var tidvis deprimert og lei seg, opplevde utenforskap og kunne spontant begynne å gråte. Periodevis hadde hun søvnvansker. Pasienten var sterkt motivert for protetisk kronebehandling og var selv en pådriver for igangsetting av behandling.

Jenta svarte at hun var *forhindret* i å spise harde ting da hun var redd for at tannbiter skulle falle ut fra tennene og at det ville gi ising. Hun syntes også at det var *vanskelig* å smile på grunn av sin tannstatus og sa selv at hun hadde et «smilekompleks». Portrettfotografering på skolen og julekortbilder opplevdes for henne som traumatisk. Hun var redd for å få spørsmål angående tennene, og uttrykte selv at hun var «et lett bytte» for å bli ertet i sosial sammenheng. På grunn av tennenes utseende unngikk hun å smile, selv om hadde lyst. Selv om hun hadde lyst til å spise hardt godteri, kunne hun ikke det. Moren svarte at datteren som hun så det, på mange måter var faktisk forhindret i deltakelse i sitt eget liv. Hun hadde observert at datteren skammet seg over både fargen, formen og størrelsen på tennene, noe som hadde ført til et dårlig selvbilde. Problemene hadde økt desto eldre hun ble. Hun trodde også det var *vanskelig* for datteren å ikke skamme seg, siden hun måtte holde hånden foran munnen for å skjule tennene.

Den kliniske undersøkelsen i september 2016 (Figur 2 A, B, C og D) viste et kariesfritt permanent tannsett fra 17-47 med en tendens til dypt bitt. Munnhygienen var god selv om tannemaljen var ru og i varierende grad hypoplastisk, tynn eller helt fraværende, noen steder også med horisontale riller. Tennene fra 1. premolarer og lateralt i tannbuen var ravfargede på grunn av fravær av emalje og eksponert dentin (Figur 2 C og D). Incisivene i over- og underkjeve hadde atypisk kroneform («firkantede» kroner) med en emalje som var tynn, skjør og krakelert. Det ble også registrert varierende grad av posteruptivt emaljetap på alle tenners okklusal-/incisalflater samt tap av vertikal bitthøyde. Manglende approximalkontakter og spacing forekom mellom tennene i begge kjever (Figur 2 C og D).

Røntgenundersøkelsen (OPG) (Figur 2 B) viser at røntgenkontrasten mellom emalje og dentin er normal, men at emaljen er tynn og delvis manglende.



Figur 2 A–E. A: En 13 år gammel jente med AI hypoplasitypen. Atypisk kroneform («firkantede» kroner), manglende approximalkontakter og spacing mellom tennene. B: Orthopantomogram ved 13 års alder viste tynn eller delvis manglende emalje og eksponert dentin på samtlige tenner. C og D: Små tenner og stort plassoverskudd. Posteriort i tannbuen var tennene ravfargede med delvis manglende emalje. E: Klinisk foto ved 16 års alder, 3 år etter kroneterapi med helkeramiske kroner på 16 til 26 og 33-35 og 43 til 45.

Diagnose: AI - hypoplasitypen K00.5

Behandling: Det ble først utført en intraoral oppmodellering av tennene i kompositt for å kunne bestemme tannfasong og tannstørrelse. Pasient og mor godkjente oppmodelleringen før kroneterapi ble startet. I perioden mai-juni 2017 ble det gjort kroneterapi fra 16 til 26 i overkjeven og i tillegg fra 33 til 35 og 43 til 45 i underkjeven. Kronene av typen IPS e.max (Ivoclar Vivadent) ble sementert med GC Fuji Plus sement. Pasienten samarbeidet meget godt under behandling, og all behandling ble utført i våken tilstand i lokalanestesi. Hun sa at hun gledet seg til timene selv om hun visste at det var langvarig behandling.

Kontroller: Jevnlige kontroller ble utført, og munnhygienen var meget god. Pasienten hadde ingen plager eller smerter og var strålende fornøyd med resultatet som vist i Figur 2 E. En sjelden gang hadde hun ising i tenner som ikke hadde blitt kronebehandlet, da ved tannpuss og ved inntak av iskrem.

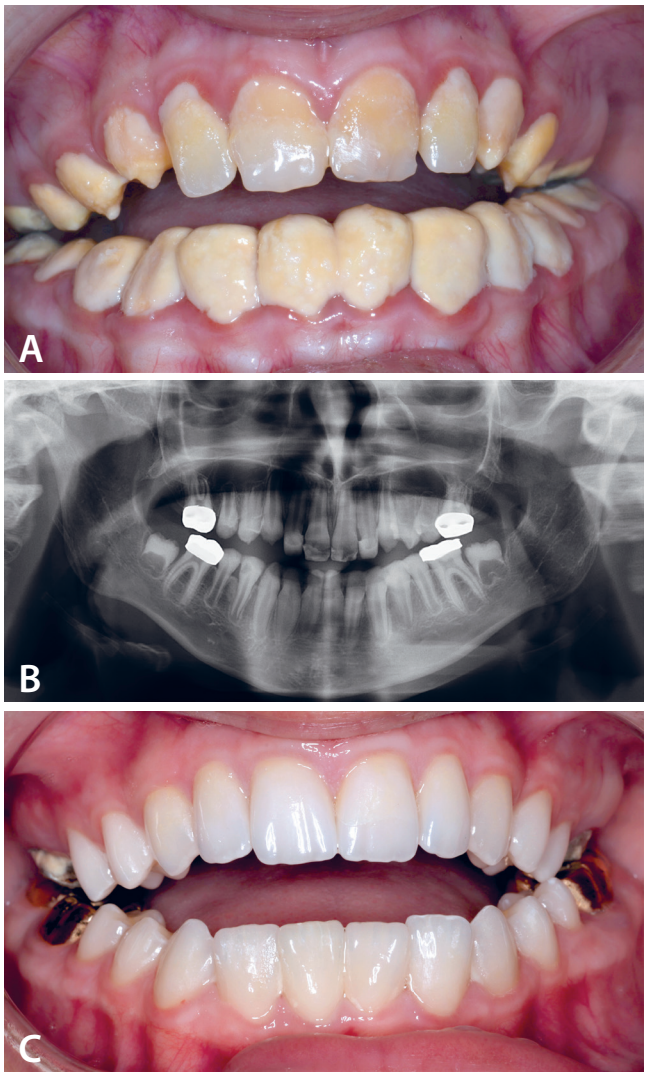
Etter protetisk behandling bekreftet både jenta og moren at det ikke lenger var noe som var *vanskelig* å gjøre på grunn av tennene. Ting hun tidligere hadde valgt bort å gjøre, men som hun hadde *lyst til*, kunne hun nå gjøre. Snakking, spising og sosialt samvær foregikk nå uten problemer og hun kunne smile uten å være flau og skamfull. Imidlertid sa jenta at hun fremdeles var *forhindret* i å ta tungepiercing eller å få utført bleking på grunn av tennene, men hun sa samtidig at hun ikke opplevde det som noe savn. Det eneste moren sa at datteren muligens var *forhindret fra*, var å drikke kald drikke på grunn av ising fra fortenner i underkjeven som ennå ikke hadde blitt kronebehandlet.

Kasus C

En 9 år gammel frisk jente møtte for utredning i september 2015. Far og flere slektninger på farens side hadde diagnosen AI. Pasienten hadde mange utfordringer knyttet til munnen; dårlig tannestetikk, tannsmerter og isinger, vansker med å tygge og mye tannstein. Pasienten hadde samtidig vanskeligheter med å børste tennene på grunn av smerter og ru tannoverflate. Hun hadde problemer med å innta kald mat og drikke på grunn av den intense isingen. Selv om hun hadde tannbehandlingsvegring/angst og uttalt behandlingstretthet, var hun motivert for kronebehandling.

Jenta selv svarte at det var ikke noe hun var *forhindret* i å gjøre pga. tennene, for hun fant løsninger når det oppstod problemer. Imidlertid opplevde hun det *vanskelig* å spise is og innta kald drikke. Selv om hun hadde *lyst*, unngikk hun å smile slik at tennene vistes. Faren svarte at han trodde at kanskje isingen representerte et *hinder* for datteren, men at hun kunne spise det aller meste. Han nevnte også at det var *vanskelig* for datteren å smile. Ellers var hun et aktivt barn som levde i et godt miljø og var som andre jevnaldrende. Han mente hun ikke valgte bort noe som hun hadde *lyst* til å gjøre.

Den kliniske undersøkelsen viste et ungt permanent tannsett fra 16-46 med et frontalt åpent bitt med okklusjonskontakt distalt på molarene (Figur 3A). Samtlige tenner hadde ru, porøs og misfarget gulbrun emalje, og det ble observert posteruptivt emaljebrekkasje på tennenes okklusale/incisale flater med eksponert dentin. Tannflatene i hele tannsettet var dekket av mye plakk og tannstein, og gingivitt ble påvist. På seksårsmolarene var det midlertidige aluminiumskroner, og fortennene hadde kompositttoppbygginger fra tidligere behandling. Figur 3 B av OPG viser at 37 og 47 er under mineralisering og at det er agenesi av 17 og 27. Røntgenkontrasten mellom emalje og dentin er liten (Figur 3 B).



Figur 3 A–C. A: En 9 år gammel jente med AI hypokalsifikasjonstypen. Gingivitt og misfarget, ru, porøs, gulbrun emalje. Posteruptiv emaljebrekkasje på fortenner som var restaurert med kompositt. Tenner dekket av tannstein. B: Orthopantomogram viste agenesi av 17 og 27 og liten røntgenkontrast mellom emalje og dentin. C: Klinisk foto ved 14-års alder, 1 år etter utført kroneterapi med helkeramiske kroner på 15-25 samt 35 til 45 og gullkroner på 36, 37, 46 og 47.

***Diagnose:* AI - hypokalsifikasjonstypen K00.5**

Behandling: All behandling ble gjort i generell anestesi fordelt på tre behandlingsseanser. Ved første behandlingsseanse, mai 2019, ble det preparert for helkeramiske kroner på 15-25. Aluminiumskronene på seksårsmolarer i overkjeven fungerte fint, og det ble besluttet å la de stå inntil videre. Det ble fjernet tannstein og tatt alginatavtrykk av underkjeven. Det ble fremstilt en skinne som pasienten brukte daglig med FluxProKlorhexidin gel for å redusere gingivitt før preparering i underkjeven. Ved andre behandlingsseanse, rundt to uker etterpå, ble det sementert helkeramiske kroner fra 15 til 25. Samtidig ble det preparert for helkeramiske kroner fra 35 til 45 og for gullkroner på 36, 37, 46 og 47. Ved tredje behandlingsseanse, juni 2019, ble det sementert helkeramiske kroner fra 35 til 45 og gull-kroner på molarene i underkjeven. Alle helkeramiske kroner var av typen IPS e.max (Ivoclar Vivadent). Samtlige kroner ble sementert med GC Fuji Plus sement.

Kontroller: Pasienten ble fulgt opp med jevnlige kontroller. Munnhygienen etter kroneterapi var meget god, en vesentlig bedring sammenliknet med før behandling. Det var ubetydelige mengder tannstein, og pasienten framsto mer avslappet og mindre engstelig i møte med tannhelsetjenesten. Pasienten hadde ingen plager etter kroneterapi (Figur 3 C).

Etter protetisk behandling sa jenta at hun fremdeles var *forhindret* i å bite i hardt godteri fordi hun hadde blitt redd for kronene sine og av den grunn blitt forsiktig med dette. Ellers opplevde hun ikke noe som nå var *vanskelig* å gjøre. Hun valgte ikke bort noe som

hun hadde lyst til å gjøre på grunn av tennene. Faren som selv hadde mange kroner i sin munn, hadde rådet datteren til å unngå karamellspising. Han mente at nå var det ingenting datteren var *forhindret* i å gjøre eller som var *vanskelig* å gjøre på grunn av tennene. Alt det hun hadde *lyst* til å gjøre som før ble valgt bort, gjør hun nå.

Diskusjon

Denne kasusrapporten har vist at kroneterapi allerede fra tretten års alder er et svært godt behandlingsalternativ når ungdommer er rammet av alvorlig AI. Selv om oppfølgingstiden for disse pasientene ennå er relativ kort, den lengste på 5,5 år, så tydeliggjør kasusrapporten hva en slik behandling har betydd for ungdommene i form av økt munnhelserelatert livskvalitet.

Dagens samfunn fokuserer i veldig høy grad på kropp og utseende, også barn helt ned i 5-års alder kan kjenne på det (14, 15). Aldri før har vel sosiale medier hatt en så dominerende rolle som nå. Medietilsynets undersøkelse fra 2020 viser at 90 prosent av 9-18-åringer er på ett eller flere sosiale medier. Mer enn en fjerdedel av ungdommer har i 2020 opplevd mobbing på nett, mobil eller spill. Majoriteten av ungdommene (60 %) som bruker sosiale medier, trykker «liker» på noe hver dag (16).

Samtlige av de pasientene som her er presentert, kjente på skam og opplevelse av utenforskap på grunn av tennenes utseende, og da spesielt ved fotografering («selfies») og deltakelse i sosiale medier. Det å kunne smile uten å være flau og kunne delta i alle sosiale sammenhenger, er spesielt viktig i unge formative år. Ungdommer flest ønsker ikke å skille seg ut. Dette er i overensstemmelse med det en tidligere svensk studie har rapportert (5). I løpet av de 5 årene som har gått etter denne studien, har bruk av «selfies» som ble opplevd som spesielt belastende, blitt enda mer vanlig. Ungdommer rammet av alvorlig grad av AI faller langt utenfor dagens ideal av det estetisk akseptable smil, og AI kan gi grunnlag for opplevelse av utenforskap. AI kan med det ha en negativ påvirkning på psykososial helse, spesielt hos unge mennesker (6). Fyllingsterapi med kompositt og stålkroner på molarer er tradisjonell behandling. Ved at kompositttfyllinger hos pasienter med alvorlig AI har kortere levetid enn tilsvarende fyllinger hos friske individer (11), er det ikke uvanlig at hyppige tannlegebesøk på grunn av fyllingsrevisjoner, blir resultatet. Dette medfører økt risiko for utvikling av behandlingstretthet (11) og utvikling av tannlegeangst/fobi (18).

Ungdommene og deres foresatte i denne kasusrapporten hadde blitt orientert om at vanlig praksis innebar utsettelse av permanent kroneterapi fram til voksen alder. Samtlige av ungdommene opplevde det som frustrerende at de måtte vente ungdomstiden ut på permanent kroneterapi. De ønsket seg penere tenner så raskt som råd var, og foreldrene støttet de i det.

IPS e.max (Ivoclar Vivadent) er et kronemateriale som består av lithium disilicat. Materialet har høy styrke (530 MPa), gode estetiske egenskaper og god holdbarhet. Materialet egner seg til kroner i front der kravet til estetikk er høyt. Det er også vist at helkeramiske kroner er et bedre behandlingsalternativ hos pasienter med alvorlig AI enn både direkte og prefabrikerte kompositttrestaureringer (17). Når det gjelder gullkroner, så er de sterkere enn helkeramiske kroner, mer holdbare og krever meget lite avvirkning av tannsubstans, men egner seg av kosmetiske grunner ikke i estetisk sone. Ved AI – hypoplasitypen (Kasus B) der man har diastemata mellom tennene, er det gunstig at kronebehandling starter tidlig slik at man får benyttet plassoverskuddet før mesialvandring av tennene.

Kronebehandling i ung alder medfører få odontologiske komplikasjoner. En svensk langtidsstudie viste til 3% endodontiske komplikasjoner ved 5 års kontrollen på kronebehandlede tenner hos unge AI-pasienter (12). Dette utgjorde seks tenner hvorav alle unntatt to, hadde tidligere traumehistorie. I det pasientmaterialet har det ikke vært behov for kroneomgjøringer. Heller ikke for pasientene i denne kasusbeskrivelsen har det vært behov for omgjøring og det har ikke oppstått endodontiske komplikasjoner i løpet av observasjonstiden som varierte mellom 2,5 og 5,5 år. Store pulpakammer i unge permanente tenner gir god blodgjennomstrømning og redusert risiko for pulpakomplikasjoner ved kroneterapi (18). En bedret munnhygiene, mindre tannsteinsakkumulering og mindre uttalt tannbehandlingsangst ble observert hos ungdommene som deltok. De var alle fornøyde med det estetiske resultatet, de kunne smile uten å være flaue og glede seg over å ha samvær med andre. De kunne nå spise og drikke uten problemer med ising i tennene.

Tannbehandling med sedasjon (for eksempel midazolam eller lystgass) eller generell anestesi bør vurderes hos pasienter med symptomgivende AI i tillegg til lokalanestesi, da disse pasientene har opplevd mye tannsmerter og derav ofte er behandlingstrøtte og engstelige for tannbehandling (9).

FNs Barnekonvensjon artikkel 3 slår fast at ved *handlinger som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn*. I likhet med andre kroniske sykdommer bør behandling av AI følge dette prinsippet. Videre sies at man *skal sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel.*

I artikkel 24 står det: «Partene anerkjenner barnets/ungdommens rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og av tilbudene om behandling av sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at de det gjelder ikke blir berøvet sin rett til adgang til slike helse- og omsorgstjenester».

Med referanse til barnekonvensjonens artikkel 3 og 24, bør tannleger bidra til at ungdommer med alvorlig grad AI, tilbys rehabilitering med tidlig kroneterapi så snart tennene er helt frembrut-

te. Dette vil forbedre livsutfoldelsen og føre til økt trivsel samt gi ungdommene tilgang til høyest oppnåelige helsestandard. Pasientmedvirkning og hensyn til pasient og foresattes ønsker og mål, bør også tas i betraktning.

Konklusjon

Ungdommer rammet av alvorlig AI bør tilbys kroneterapi tidlig i ungdomsperioden, dette for å kunne leve ungdomsårene på lik linje med jevnaldrende.

REFERANSER

1. Aldred MJ, Savarirayan R, Crawford PJM. Amelogenesis imperfecta: a classification and catalogue for the 21st century: Amelogenesis imperfecta, classification. Oral diseases. 2003;9(1):19-23.
2. Bäckman B, Holm AK. Amelogenesis imperfecta: prevalence and incidence in a northern Swedish county. Community Dent Oral Epidemiol. 1986;14(1):43-7.
3. Sundell S, Koch G. Hereditary amelogenesis imperfecta. I. Epidemiology and clinical classification in a Swedish child population. Swed Dent J. 1985;9(4):157-69.
4. Hu JC, Chun YH, Al Hazzazzi T, Simmer JP. Enamel formation and amelogenesis imperfecta. Cells Tissues Organs. 2007;186(1):78-85.
5. Pousette Lundgren G, Wickström A, Hasselblad T, Dahllöf G. Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. PLoS One. 2016;11(6):e0156879.
6. Coffield KD, Phillips C, Brady M, Roberts MW, Strauss RP, Wright JT. The psychosocial impact of developmental dental defects in people with hereditary amelogenesis imperfecta. J Am Dent Assoc. 2005;136(5):620-30.
7. Crawford PJ, Aldred M, Bloch-Zupan A. Amelogenesis imperfecta. Orphanet J Rare Dis. 2007; 2: 17.
8. Parekh S, Almehateb M, CunnIngham SJ. How do children with amelogenesis imperfecta feel about their teeth? Int J Paediatr Dent. 2014;24(5):326-35.
9. Pousette Lundgren G, Karsten A, Dahllöf G. Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. Health Qual Life Outcomes. 2015; 13: 197.
10. Rodd HD, Abdul-Karim A, Yesudian G, O'Mahony J, Marshman Z. Seeking children's perspectives in the management of visible enamel defects. Int J Paediatr Dent. 2011;21(2):89-95.
11. Pousette Lundgren G, Dahllöf G. Outcome of restorative treatment in young patients with amelogenesis imperfecta. a cross-sectional, retrospective study. J Dent. 2014;42(11):1382-9.
12. Lundgren GP, Vestlund G-IM, Dahllöf G. Crown therapy in young individuals with amelogenesis imperfecta: Long term follow-up of a randomized controlled trial. J Dent. 2018; 76: 102-8.
13. Wright JT, Carrion IA, Morris C. The Molecular Basis of Hereditary Enamel Defects in Humans. J Dent Res. 2015;94(1):52-61.
14. Lowes J, Tiggemann M. Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. Br J Health Psychol. 2003;8(Pt 2):135-47.
15. Tatangelo G, McCabe M, Mellor D, Mealey A. A systematic review of body dissatisfaction and sociocultural messages related to the body among preschool children. Body Image. 2016; 18: 86-95.
16. Medietilsynet. BARN OG MEDIER 2020. En kartlegging av 9–18-åringers digitale medievaner. Medietilsynet.no2020 [Available from: https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/201015-barn-og-medier-2020-hovedrapport-med-engelsk-summary.pdf.
17. Ohrvik HG, Hjortsjö C. Retrospective study of patients with amelogenesis imperfecta treated with different bonded restoration techniques. Clin Exp Dent Res. 2020;6(1):16-23.
18. Diangelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol. 2012;28(1):2-12.

ENGLISH SUMMARY

Das R, Børstad E, Feuerherm AJ, Lundgren GP, Dahllöf G, Skeie MS.

Early crown therapy in adolescents with severe forms of amelogenesis imperfecta improves well-being

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 336-42.

Amelogenesis Imperfecta (AI) is a rare inherited disease characterised by incomplete enamel formation where patients with severe forms suffer extensively.

Common practice has been to postpone permanent treatment until patients reach adulthood.

The waiting time can be traumatic, frustrating and a source of prolonged suffering due to societal focus on visual appearance and body image. This case report shows early crown therapy performed on three adolescents with severe forms of AI. After the crown therapy all three adolescents and their parents answered three questions on how AI affected their well-being, prior to and after treatment.

The treatment consisted of extensive crown therapy using full ceramic crowns. Prior to treatment the adolescents reported being embarrassed and ashamed because of poor appearance, especially when photographed (e.g. «selfies») and exposed in social media. After treatment they reported being able to eat, smile and socialise without impediments. They no longer suffered functional and aesthetic issues from their teeth and experienced an overall normalisation of daily life and enhanced well-being.

No adverse effects such as endodontic complications or porcelain fractures have been recorded after crown therapy.

The findings in this case report suggests that crown therapy on adolescent patients with severe forms of AI can be recommended.

KAVO

UNIQA

The new premium-compact class.

KAVO
Dental Excellence

Les mer: **dentalnet.no/uniqa**

dental sør
OPPLEV 1. KLASSE

Bli med på Norgeslanseringen i Oslo og Mandal!
Sjekk ut dentalnet.no/uniqa for mer info.

Dental Sør AS | Tlf. + 47 38 27 88 88 | post@dentalnet.no | www.dentalnet.no

HOVEDBUDSKAP

Den samtykkekompetente pasienten har rett til å takke nei til helsehjelp etter at han/hun har fått nødvendig informasjon om tilstanden og innholdet av helsehjelpen. Slik er det ikke for pasienter over 18 år som mangler samtykkekompetanse, da pasient- og brukerrettighetsloven §4-6 kommer til anvendelse (1). Av denne fremgår det at den som yter helsehjelp kan ta beslutninger om helsehjelp, forutsatt at en slik hjelp anses å være i pasientens interesse og at det er sannsynlig at pasienten ville gitt tillatelse til slik helsehjelp. Det er et krav at beslutningen skal treffes etter samråd med annet kvalifisert helsepersonell, og der det er mulig etter å ha innhentet informasjon fra pårørende om hva pasienten ville ha ønsket. I denne artikkelen vil vi drøfte denne problematikken på bakgrunn av en konkret pasientkasuistikk.

FORFATTERE

David Nikolai Breidablik Vatne, allmenntannlege. Distriktstannklinikken Vatne, Møre og Romsdal Fylkeskommune.
Lado Lako Loro, dr. odont., godkjent oral patolog, spesialist i oral kirurgi og oral medisin, kjevekirurgisk seksjon, avdeling for kirurgisk klinikk, Ålesund sykehus, Helse Møre og Romsdal HF.

Korresponderende forfatter: David Nikolai Breidablik Vatne. E-post: david.nikolai.vatne@mrfylke.no

Akseptert for publisering 23.01.2022

Artikkelen er fagfellevurdert.

Vatne DNB, Loro LL. Oralt verrukøst karsinom: Pasienten ønsket ikke behandling. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 344-9.

Norsk MeSH: Verrukøst karsinom; Informert samtykke; Beslutningsprosess; Kasusrapporter

Oralt verrukøst karsinom: Pasienten ønsket ikke behandling

David Nikolai Breidablik Vatne og Lado Lako Loro

Oralt verrukøst karsinom er en sjelden, men mulig livstruende sykdom. Tidlig diagnostisering er avgjørende for vellykket behandling. I Norge behandles de fleste tilfeller av kreft i munnhulen ved hjelp av kirurgi og stråling. Denne kasuistikken beskriver den krevende situasjonen som oppsto da en pasient avslo kurativ behandling, og hvilke momenter man måtte ta hensyn til ved vurdering av dennes samtykkekompetanse. Pasienten ble diagnostisert med oralt verrukøst karsinom og undersøkt av ulikt helsepersonell som alle konkluderte med at pasient hadde samtykkekompetanse. Pasientens avslag medførte spredning av kreft til omkringliggende vev, infeksjon, smerte, vanskeligheter med å spise og trolig fremskyndet død. Pasienten døde 12 måneder etter å ha blitt diagnostisert med verrukøst karsinom. Dette var et spesielt tilfelle hvor en mentalt adekvat person avslo kreftbehandling, og hvor progresjonen av et ubehandlet verrukøst karsinom kunne følges opp fra diagnose til pasienten døde.

Kreft i munnhulen er en relativt sjelden, men potensielt livstruende tilstand, og utgjør 2-4 % av alle krefttilfeller. Sykdommen oppstår gjennom en akkumulering av skader/genmutasjoner over tid i en celle og er derfor først og fremst en sykdom hos eldre mennesker (2). I perioden 2015-2019 ble 1085 nordmenn rammet av denne kreftformen (3). Plateepitelkarsinomer utgjør mer enn 90 % av tilfellene, og oppstår som følge av flere molekylære forandringer som antas å skyldes individuell predisponering for sykdommen kombinert med eksponering for ulike karsinogener (kreftfremkallende faktorer).

I de fleste etniske grupper er prevalensen av munnhulekreft to til tre ganger høyere hos menn enn hos kvinner, og det antas at denne forskjellen delvis skyldes at menn tradisjonelt har arbeidet mer utendørs og hatt et høyere forbruk av alkohol og tobakk. Røyking gir seks ganger forhøyet risiko for utvikling av munnhulekreft, det samme gjelder ved høyt alkoholforbruk. Bruk av begge rusmidlene kan gi hele 15 ganger forhøyet risiko ved sammenligning av brukere og ikke-brukere (2, 4, 5). I Asia er tygging av betelnøtter- og blader hovedårsaken til kreftutvikling i munnhulen. Mangelfullt oralt renhold samt smitte av humant papillom virus (HPV) kan også være etiologiske faktorer, men HPV er i hovedsak en viktig etiologisk faktor ved plateepitelkarsinom i orofarynks (6-8).

Pasienten i denne kasuistikken ble diagnostisert med en relativt sjelden form for plateepitelkarsinom; oralt verrukøst karsinom. Disse representerer en 2-4 % av orale karsinomer og kjennetegnes ofte ved at de har et tykt hvitlig blomkålaktig klinisk utseende. Behandlingen av slike tumorer er omdiskutert, men kirurgi har tradisjonelt vært ansett som den foretrukne behandlingsmåten. Lokalt tilbakefall er sjelden ved slike tumorer/svulster og prognosen er god (9). Symptomer og tegn tannhelsepersonell kan møte ved kreft i munnhulen er kuler og/eller hevelser i slimhinnen, vedvarende ulcerasjoner, tann/tenner som løsner eller protese som ikke lenger passer. En utfordring knyttet til tidlig diagnostisering av denne formen for kreft er at den fort kan overses, ettersom den i de første stadiene vanligvis er smertefri (4). Symptomene kan også ligne dem man finner ved vanligere og mindre alvorlige tilstander. Derfor er det normalt indisert med biopsi og påfølgende histopatologisk analyse for å kunne ekskludere en eventuell malign tumor eller andre alvorlige tilstander, dersom man observerer en forandring i munnslimhinnen som ikke tilheler i løpet av en treukers periode (10). I Norge behandles oral kreft i all hovedsak ved radikal (kurativ) kirurgi og strålebehandling, og høy alder er i utgangspunktet ikke til hinder for aktiv behandling.

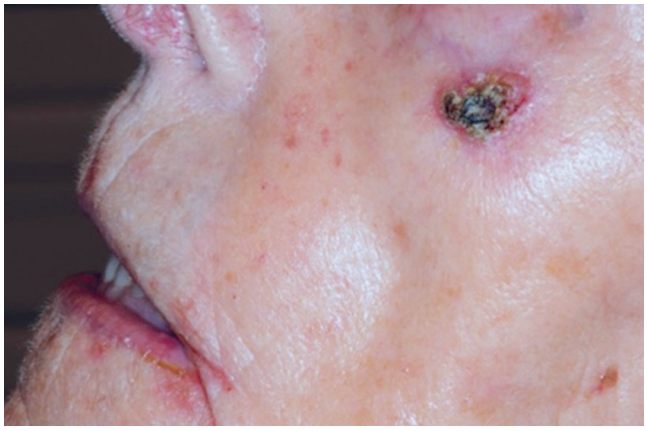
Vi ønsker i denne spesielle kasuistikken å belyse utfordringer man kan møte som behandler når pasienten velger å takke nei til helsehjelp vi som helsepersonell vil karakterisere som påtrengende nødvendig og mulig livsforlengende. I tillegg beskrives også de aktuelle behandlingsalternativene som ble anbefalt for den konkrete pasienten, og videre de aktuelle lovbestemmelsene behandlere må ta hensyn til når det gjelder ivaretagelse av pasientens autonomi og rett til å selv avgjøre hvorvidt behandling skal gjennomføres.

Figur 1. Pasient møtte til undersøkelse ved en lokal tannklinikk. Pasients helprotese passet ikke på grunn av tumor på venstre side.

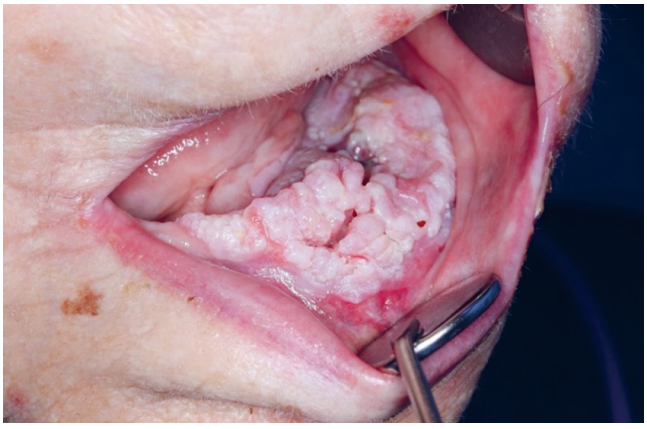
Kasuistikk

Pasienten var en 94 år gammel kvinne som hadde hjemmesykepleie daglig, og gjennom dette også rett til nødvendig tannhelsehjelp fra den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) (11). Hun hadde tidligere avslått tilbud om fri undersøkelse og behandling, men ble nå overtalt av sin sønn til å oppsøke nærmeste offentlige tannlegekontor på grunn av hevelse i underkjeven som medførte at protesen hennes ikke lengre passet (figur 1). Til tross for høy alder fremsto pasienten mentalt adekvat ved undersøkelsen. Pasienten oppga selv å ha brukt beskjedne mengder av tobakk og alkohol hele livet, og da først og fremst i sosiale sammenhenger. Hun hadde tidligere hatt brystkreft og ble behandlet for dette i 2017. I tillegg led hun av essensiell tremor. Av medikamenter oppga hun bruk av Levaxin mot hypotyreose, Stilnoct mot søvnvansker og Paralgin Forte ved behov. I huden på hennes venstre kinn hadde hun et keratoakantom (figur 2). Dette er en hurtigvoksende hudtumor som har histopatologiske likheter med plateepitelkarsinomer, og som over tid kan gå i spontan regresjon. På grunn av cytologiske egenskaper som ligner plateepitelkarsinomer kan det være utfordrende å skille disse tilstandene histologisk. Derfor behandles keratoakantom også som oftest kirurgisk (9, 12). Hos vår pasient ble keratoakantomet oppdaget fem år tidligere. Hun avslo også på det tidspunktet aktiv behandling på grunn av høy alder og beskjedne subjektive symptomer.

Ved intraoral undersøkelse på tannklinikken ble det oppdaget en eksofytisk tumor, omtrent 2x5 cm i venstre del av underkjeven



Figur 2. Keratoakanthom på venstre kinn.



Figur 3. Eksofytisk lesjon/tumor i venstre del av underkjeven.

(figur 3). Utseendet var hvitlig med uregelmessig overflate, med innslag av rødlige og ulcerøse områder. Tumors beliggenhet var over venstre del av pasients tannløse kjevekam regio 31-37, samt i deler av munngulvet. Hun hadde første gang lagt merke til hevelsen to måneder tidligere, og kjente tidvis smerte fra området. Ettersom svulsten dekket vestre kjevekam ble denne siden av pasients helprotese løftet, slik at hun hadde fått et skjevt okklusjonsplan (figur 1). Pasienten hadde selv lagt sammenrullet kjøkkenpapir under høyre del av protesen for å kompensere for dette. På denne måten fikk hun en jevnere okklusjon og kunne bruke protesen i sosiale sammenhenger, og i noen grad til å tygge mat. Tumors utseende var klart malignitetssuspekt, og pasienten ble hastehenvist til kjevekirurgisk avdeling ved Ålesund sykehus for videre vurdering og behandling. Det ble her tatt biopsi som konkluderte med verrukøst karsinom. Dette er en malign tumor som sjelden metastaserer, vokser langsomt og invaderer lokalt med en bred skyvende front. Videre ble det tatt OPG og CT av ansikt/collum, som viste at svulsten i dette tilfellet ikke infiltrerte inn i kjevebenet.

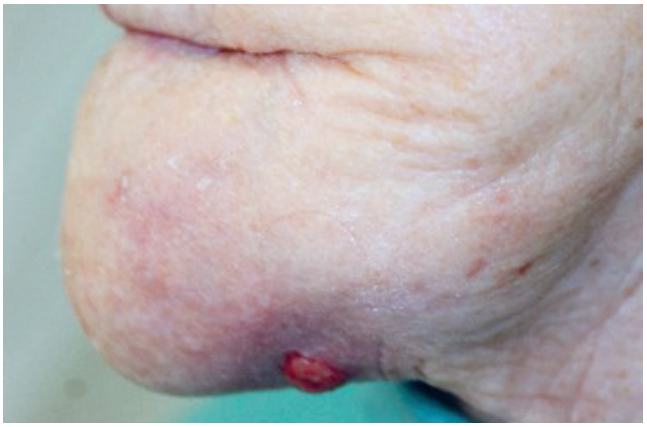
Pasienten ble kalt inn til ny konsultasjon med oralkirurg og øre-nese-hals spesialist, hvor hun hadde følge av sin sønn. Det ble satt av god tid til konsultasjonen for å informere pasient og pårørende på en grundig måte. Hun ble informert om diagnose, prognose og aktuell behandling som normalt ville blitt utført ved Universitetssykehuset i Trondheim (St. Olavs hospital).

I utgangspunktet ønsket ikke pasienten noen form for behandling, men etter noe dialog bestemte hun seg likevel for å ta litt betenkningstid. Pasient ble gitt noen dager til dette, men fastholdt å avstå fra videre behandling blant annet på grunn av anstrengelsene behandlingsreiser til og fra Trondheim ville medføre. Det ble derfor foreslått en mer avgrenset kirurgisk behandling som kunne utføres lokalt ved Ålesund sykehus. Behandling ville da medført fjerning av tumorvev i munnhulen med marginer i friskt vev og uten reseksjon av benvev eller eventuell strålebehandling. Dette ville i beste fall være livsforlengende, lindre smerte og muliggjøre bruk av helprotese i underkjeven, men pasient avslo også dette tilbudet. Ny kontroll ble avtalt to måneder etter. Pasient tok siden kontakt og avbestilte denne avtalen. Det ble istedenfor avtalt ny time etter ytterligere fire måneder. Ved den lokale tannklinikken ble det skrevet ut analgetisk gel for smertelindring. Pasient ble også rådet til bruk av klorheksidingel.

To måneder senere kontaktet pasientens fastlege kjevekirurgisk avdeling ved Ålesund for råd ettersom hun hadde utviklet en abscess submandibulært på venstre side. Fastlegen informerte om at pasient heller ikke nå ønsket videre utredning og behandling av sin kreftsvulst ved sykehuset. Det ble derfor kun gitt råd om å incidere og drenere abscessen og ordinere antibiotika. Pasienten og fastlegen fikk beskjed om å kontakte kjevekirurgisk seksjon ved behov.

Neste gang pasient møtte til kontroll ved Ålesund sykehus var det gått fem måneder siden hun først ble diagnostisert med kreft i munnhulen. Også denne gangen hadde hun følge av sin sønn. Oralkirurg og ØNH-lege undersøkte pasienten sammen. Submandibulært var det oppstått en fistelutgang med pussflod (figur 4). Svulsten i munnen hadde også økt i størrelse og hadde et område med nekrose sentralt (figur 5).

To måneder etter dette ble pasient henvist av fastlegen til kreftavdelingen ved Ålesund sykehus hvor hun tilbudt palliativ strålebehandling. Hun ble informert om at engangsdose med stråling i beste fall kunne stagnere veksten av tumor, samt gi smertelindring og bedre livskvalitet. Pasient aksepterte den foreslåtte behandlingen, men uttalte at det først og fremst var sønnen som hadde tro på behandlingen. Hun mottok en engangsfraksjon på 8 Gy syv måne-



Figur 4. Fem måneder etter diagnostisering av oralt verrukøst karsinom er det tilkommet en fistelutgang submandibulært på venstre side.

Figur 5. Fem måneder etter kreftdiagnosen. Tumor har økt i størrelse og kjevebennekrose kan sees i dybden.

der etter at kreftdiagnosen ble stilt. Dette var siste kontakt pasient hadde med Ålesund sykehus, og fem måneder etter palliativ strålebehandling døde hun på et lokalt omsorgssenter. Det gikk 12 måneder fra pasienten fikk diagnosen verrukøst karsinom til hun døde.

Drøfting

Pasienten begrunnet avslaget på kurativ behandling med sin høye alder, da hun følte det ville være en stor belastning for henne å gjennomføre den anbefalte behandlingen. Hun mente at det ville bli anstrengende med reiser til og fra Trondheim, og beskrev tidligere brystkreftbehandling som krevende.

Som kjent endrer forholdet mellom kost/nytte seg hos eldre pasienter ettersom de har tapt en del av sin reservekapasitet og pasienten mente behandlingen ville ta fra henne uforholdsmessig mye livskvalitet målt opp mot forventet gjenværende levetid. Hun var åpen om at livet hennes gikk mot slutten, og at hun ikke ville bruke resten av tiden sin på en krevende kreftbehandling. Hun samtykket til at vi diskuterte avslaget med hennes sønn, som bekreftet at pasient foretok et reflektert og autonomt valg. I ettertid kan man stille spørsmål om behandlende helsepersonell kunne hatt en nærmere dialog med pasients fastlege i denne prosessen for å sikre at pasienten foretok en veloverveid avgjørelse.

Den norske tannlegeforeningen har fastlagte etiske regler som skal danne grunnlaget for verdig utøvelse av tannlegeyrket. NTFs etiske regel §1 sier: «En tannleges oppgave er innenfor sitt fagområde å ivareta sine pasienters helse. Hensynet til pasienten må være overordnet andre hensyn» (13). Helsepersonell føler generelt en plikt til å gjøre det som er mulig for å hjelpe sine pasienter. Dersom disse velger å takke nei til det man selv anser som påtrengende nødvendig behandling kan dette for fagpersonen oppleves som utfordrende. Noen ganger kan spørsmålet om hvorvidt pasienten har forstått og tatt inn over seg konsekvensen av å avslå behandlingen i tilstrekkelig grad stilles. I slike tilfeller vil samtykkekompetanse, altså pasients evne til å ta egne avgjørelser i spørsmål om helsehjelp, være avgjørende. Denne omhandler pasienters juridiske rett til å ta beslutninger på egne vegne, og er sterkt knyttet til det å ha respekt for pasientens selvbestemmelse (14). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §4-1 skal all helsehjelp skje på frivillig grunnlag med utgangspunkt i samtykke fra pasienten. Loven åpner likevel for at samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter på grunn av for eksempel senil demens (pbrl. §4-3). Videre sier loven at det er den som yter helsehjelpen som avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse (1). Rundt halvparten av pasientene i denne alderen (90+ år) har grader av demens som medfører kognitiv svikt, og dette kan påvirke deres evne til å ta veloverveide avgjørelser i slike situasjoner (15). Helsepersonellet må derfor alltid ta slike forhold i betraktning, men i det aktuelle tilfellet ble pasienten vurdert som klart samtykkekompetent. Hun var også ledsaget av sin sønn slik at han kunne bistå henne ved behov. Ifølge pasientjournalforskriften skal det journalføres dersom en pasient er fratatt sin samtykkekompetanse, og/eller dersom pasienten har motsatt seg nærmere angitt helsehjelp. Altså har loven kun krav om dokumentasjon når konklusjonen er at samtykkekompetanse mangler. Likevel bør også vurderinger som konkluderer med det motsatte begrunnes og dokumenteres i pasientjournal (16).

Helsedirektoratet har utviklet verktøy som er ment å hjelpe behandleren i vurderinger av pasienters samtykkekompetanse. Disse kan være et supplement i en helhetsvurdering og fokuserer på pasientens evne til å forstå, anerkjenne, resonnere og velge; forstå gitt informasjon, anerkjenne sin egen situasjon, resonnere over relevant

informasjon med avveining av de ulike behandlingsalternativene, og til å uttrykke et begrunnet valg og ta en endelig beslutning (16).

Det er mange mulige usikkerhetsmomenter knyttet til å vurdere pasienters samtykkekompetanse, og ulike misforståelser er vanlige. Eksempler på dette er at de som ikke følger behandlers råd og trosser faglige råd automatisk må mistenkes for å ha redusert samtykkekompetanse, eller at demente, psykotiske og/eller tvangsinnlagte automatisk mangler samtykkekompetanse. Det er viktig at helsepersonell unngår å la seg påvirke av slike antagelser når samtykkekompetanse vurderes, og det skal være klare forutsetninger for at denne skal fratas en pasient. Vurderingen skal gjøres konkret med hensyn til den aktuelle helsehjelpen, og man må forsøke å gjøre det slik at pasient får best mulig forutsetning for å kunne samtykke. Det er også en klar fordel å ha kjennskap til pasienten over tid. En pasient kan mangle samtykkekompetanse på et område, men likevel være samtykkekompetent på andre. Man sier derfor ofte at samtykke er situasjonelt. For eksempel kan man tenke seg at en pasient som ikke er i stand til å vurdere hvorvidt vedkommende burde legges inn på sykehus, likevel kan være kompetent til å vurdere legemiddelbehandling (16).

Pasienten ble i dette tilfellet vurdert til å være samtykkekompetent av samtlige involverte behandlere: tannlege, oralkirurg, ØNH-lege og fastlege. Loven er klar på dette punktet og pasient- og brukerrettighetsloven §4-1 lyder slik:

«Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykke skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (1).

Til tross for viktigheten av gode kommunikasjonsevner i tannlegeyrket, fokuserer medisinske utdannelser i stor grad på biomedisinsk kunnskap. I tillegg er tidsbruken per pasient ofte begrenset i en klinisk hverdag og det være utfordrende å ta seg nok tid til å lytte til pasientene. Dette gjelder i særlig grad ved behandling av eldre pasienter ettersom de oftere kan være svekket fysisk og mentalt, og ha behov for et roligere tempo. Enkelte behandlere vil kanskje tenke at gode kommunikasjonsevner er noe man er født med, og at noen behersker det godt mens andre behersker det i mindre grad. Slik trenger det derimot ikke å være, og flere studier har vist at god kommunikasjon består av konkrete ferdigheter man kan tilegne seg gjennom systematisk læring (17). En nøkkel for å lykkes med å navigere riktig i samtaler med pasienter og etablere tillitsfulle forhold til disse er bruk av pasientsentrert kommunikasjon. Viktige momenter her er at man forsøker å fremkalle pasienter og deres pårørendes perspektiver på en åpen måte, og at man er lyttende og responderer empatisk på de følelsene som uttrykkes (17). Dette vil nok mange tenke på som en selvfølge, men det kan likevel være lett å glemme i en hektisk arbeidshverdag hvor man ønsker å arbeide mest mulig effektivt.

Oppsummering

Pasienten i denne kasuistikken ble diagnostisert med oralt verrukøst karsinom. Hun valgte å takke nei til videre aktiv behandling. Dette medførte vekst av tumor, infeksjon med nekrose av kjevebein og ekstraoral fistel. Pasient fikk utfordringer med inntak av mat med tyggemotstand, og spiste hovedsakelig moset mat supplert med næringsdrikk. Syv måneder etter hun ble diagnostisert aksepterte pasient palliativ strålebehandling gitt som engangsfraksjon. Hun døde fem måneder senere.

Tannhelsepersonellet spiller en viktig rolle ved å undersøke munnslimhinnen og henvise videre mistenkelige forandringer tidligst mulig ettersom tidlig diagnose av munnhulekreft ofte er avgjørende for et godt behandlingsresultat. Det er en god kjøreregel å unngå å konkludere med manglende samtykkekompetanse dersom en er i tvil om dette. For at samtykkekompetansen skal kunne sies å ha bortfalt kreves det at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å oppfatte hva samtykket innebærer. Siden beviskravet er så høyt («åpenbart»), vil mange med redusert evne til å forstå hva helsehjelpen omfatter, likevel måtte vurderes som samtykkekompetente (16). Dersom helsehjelp som innebærer et alvorlig inngrep skal gis til pasienter over 18 år uten samtykkekompetanse sier pasient og brukerrettighetsloven §4-6 at dette må gjøres i samråd med annet kvalifisert helsepersonell (1).

Takk

Takk til pasienten for hennes samtykke til publikasjon av kasuistikken og Silje Stokholm Nicolaysen, juridisk rådgiver i Den norske tannlegeforeningen, for råd og deling av informasjon.

REFERANSER

1. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [10.12.2021]. URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4.
2. Silverman Jr. S. Oral Cancer, Volum 1. 5th ed: BC Decker; 2003.
3. Tall/statistikk fra Kreftregisteret Oslo: Kreftregisteret; 2021 [28.02.2021]. URL: https://sb.kreftregisteret.no/insidens.
4. Markopoulus AK. Current aspects on oral squamous cell carcinoma. Open Dent J. 2012;6:126-30.
5. Rivera C. Essentials of oral cancer. Int J Clin Exp Pathol. 2015;8:11884-94.
6. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Amrasinghe H, Subramanian S, Johnson N. Cancer. Disease Control Priorities. 3 ed. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2015.
7. Deschler DG, Richmon JD, Khariwala SS, Ferris RL, Wang MB. The "New" head and neck cancer åatient – young, nonsmoker, nondrinker, and HPV positive: Evaluation. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;151:375–80.
8. Mathur R, Singhavi HR, Malik A, Nair S, Chaturvedi P. Role of poor oral hygiene in causation of oral cancer - a review of literature. Indian J Surg Oncol. 2019;10:184-95.
9. Peng Q, Yuehong W, Quan H, Li Y, Tang Z. Oral verruocous carcinoma: From multifactorial etiology to diverse treatment regimens (Review). Int J Oncol. 2016;49:59-73.
10. Scully C, Bagan JV, Hopper C, Epstein JB. Oral cancer: Current and future diagnostic techniques. Am J Dent. 2008;21:199-209.
11. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [10.12.2021]. URL: https://lovdata.no/nav/lov/2011-06-24-30/kap3.
12. Cribier B, Asch P-H, Grosshans E. Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma using histopathological criteria. A study of 296 cases. Dermatology. 1999;199:208-12.
13. Den norske tannlegeforening. NTFs etiske regler 2011 [10.12.2021]. URL: https://www.tannlegeforeningen.no/fag-og-politikk/etikk/ntfs-etiske-regler.html.
14. Fjærli I, Seljeseth W. Vurdering av samtykkekompetanse 2018 [11.12.2021]. URL: https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-agder/bilder-agder/helse-omsorg-og-sosialtjenester-bilder/puh/samtykkekompetanse.pdf.
15. Gjøra L, Kjelvik G, Strand BH, Kvello-Alme M, Selbæk G. Forekomst av demens i Norge. Tønsberg: Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste; 2020. URL: https://butikk.aldringoghelse.no/kognisjon-og-demens/utgivelser/forekomst-av-demens-i-norge
16. Helsedirektoratet. §4-3 Hvem har samtykkekompetanse 2018 [19.05.2021]. URL: https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse.
17. Delgado MO, De La Cruz MG, Epner DE. 'I don't want to burden my family': handling communication challenges in geriatric oncology. Ann Oncol. 2013;24:vii30-vii5.

ENGLISH SUMMARY

Vatne DNB, Loro LL.

Refusal of oral cancer treatment: a case report

Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 344-9.

Oral squamous cell carcinoma is a rare but potentially life-threatening disease. Early detection greatly increases the chance for successful treatment. In Norway, most cases of oral cancer are usually treated by surgery and radiation therapy. This case report presents the challenging situation that arises when a patient refuses curative treatment, and what to keep in mind when assessing the competence of patients. The patient in this case report was diagnosed with oral verrucous carcinoma and evaluated by different health professionals whom all concluded that she was competent to consent to treatment after being informed about the diagnosis, treatment, and prognosis of her condition. The patient chose to decline curative treatment, which led to infiltration and destruction of local tissues, infection, pain, and difficulties with food consumption. Seven months after refusing curative treatment the patient accepted a single fraction therapy aimed at providing some pain relief. The patient died 12 months after being diagnosed with verrucous carcinoma. This is a unique and rare case of a mentally competent person who refused cancer treatment. The progression of the untreated verrucous carcinoma was followed-up from diagnosis until the patient died.

Odontia er i sterk vekst og søker flere dyktige tannklinikker

Odontia er et nytt og spennende fellesskap av de fremste lokale tannlegene, og fag-teamene rundt dem. Vi vokser fort og ønsker flere av de beste tannlegene rundt om i hele landet.

Som en del av Odontia Tannlegene får du fordelene ved en profesjonell organisasjon kombinert med høy grad av autonom klinikkdrift og klinisk frihet. Vi tar vare på menneskene dine, fyller timebøkene dine, sikrer gode betingelser hos leverandører og håndterer regnskapet ditt. Men viktigst av alt: Odontia er ditt sikkerhetsnett med dyktige fagpersoner som kan støtte din klinikk i krevende situasjoner.

Vi vet verdien av din tannlegepraksis, og kan hjelpe deg med strukturering. Vi har fleksible ordninger ved salg, og gode prosesser. Aller helst vil vi ha deg med videre fordi vi vet at tannleger med sterk klinisk kompetanse og erfaring er gode faglige mentorer, som gjør at pasientene blir bedre ivaretatt.

Vil du vite mer? Kontakt oss gjerne for en uforpliktende prat!
www.odontia.no

Joakim Treider
Oppkjøpssjef
Mobil: 940 09 075
jt@odontia.no

Ole Magnus Tenstad
Strategi & vekst
Mobil: 926 89 835
omt@odontia.no

Vil du være med oss å bygge Norges sterkeste faglige fellesskap innen tannhelse?

ODONTIA
Tannlegene

Alltid ivaretatt

HOVEDBUDSKAP

- **Mukosal CD30+ lymfoproliferativ sykdom har de senere årene blitt betegnet som en egen klinisk og patologisk entitet**
- **Klinikk og utvikling av tilstanden er svært viktig i diagnostiseringen**
- **Tilstanden kan være vanskelig å skille fra primært T-celle lymfom, og feildiagnostisering kan resultere i overbehandling**
- **Det foreligger ikke noe fast behandlingsprotokoll for mukosal CD30+ lymfoproliferativ sykdom**

FORFATTERE

Anette Kubon, overtannlege. Kjevekirugisk avdeling, Hode- halsklinikken, Haukeland universitetssjukehus, Bergen og oralkirurg ved Bergen tannhelsesenter
Anne Christine Johannessen, professor. Gades laboratorium for patologi, Klinisk institutt, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen og Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen
Friedemann Leh, overlege. Avdeling for patologi, Haukeland universitetssjukehus, Bergen
Turid Løkeland, overlege. Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssjukehus, Bergen

Korresponderende forfatter: Anette Kubon, e-post: anette.kubon@helse-bergen.no

Akseptert for publisering 01.02.2022.

Artikkelen er fagfellevurdert.

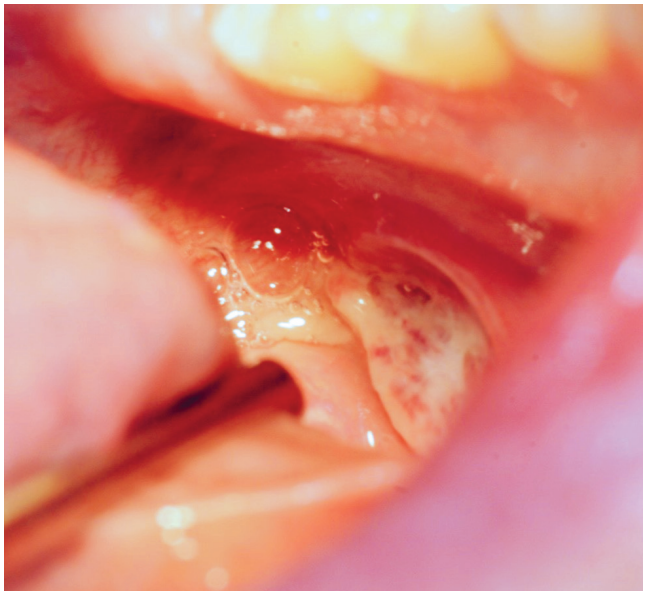
Kubon A, Johannessen AC, Leh F, Løkeland T. Mukosal CD30+ lymfoproliferativ sykdom – en sjelden slimhinnelidelse. Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 352-6.

Norsk MeSH: Lymfoproliferative sykdommer; Oral slimhinne; Kasusrapporter

Mukosal CD30+ lymfoproliferativ sykdom – en sjelden slimhinnelidelse

Anette Kubon, Anne Christine Johannessen, Friedemann Leh og Turid Løkeland

Mukosal CD 30+ T-celle lymfoproliferativ sykdom (Mukosal CD30+TLDP) representerer et spekter av sykdommer som omfatter både maligne og benigne tilstander. Det har tradisjonelt blitt oppfattet som en tilstand som forekommer i hud, men de senere årene har det blitt rapportert kasus med forekomst av en analog prosess i slimhinner. Diagnostikk av primær mukosal CD30+ TLDP kan være vanskelig, og det er viktig at tilstanden ikke blir feiltolket som primært T- celle lymfom, da dette vil medføre betydelig overbehandling. Vi presenterer et kasus der pasienten først på bakgrunn av histologisk undersøkelse fikk diagnosen primært T- celle lymfom, før diagnosen ble gjort om til mukosal CD 30+ TLPD etter diskusjon mellom ulike spesialister og gjennomgang av litteraturen. Pasienten ble vellykket behandlet med radioterapi.



Figur 1. Ulcerasjon med vollformete sårkanter beliggende i munngulvet inn mot kjevekammen regio 36-37. Fibrindekke i bunnen av sårhulen.

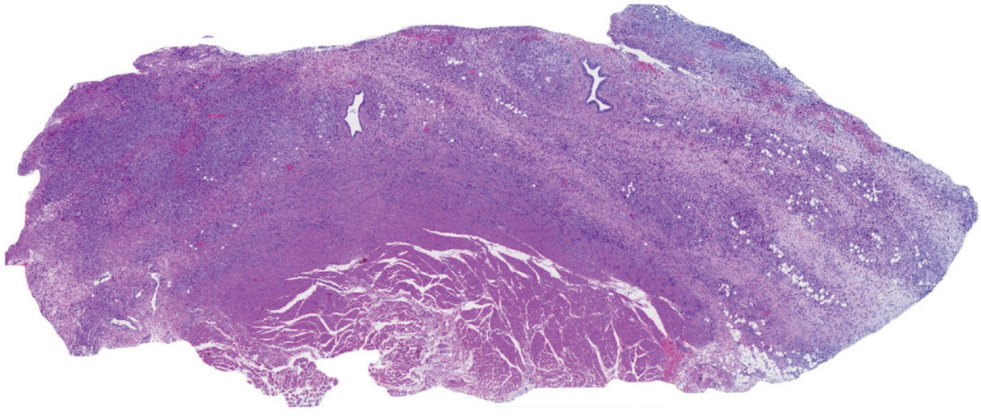
I mange tilfeller kan det være vanskelig klinisk å angi om en forandring er benign eller malign, og i slike tilfeller er en biopsi nødvendig for å avklare diagnosen. Men i enkelte tilfeller kan det histologiske bildet av biopsien og molekylære analyser indikere en malign diagnose, mens det kliniske forløpet viser seg å være mer godartet enn forventet. I slike tilfeller er det viktig at kliniker og patolog diskuterer alternative diagnoser og sikrer at pasienten ikke får en unødvendig behandling. I det følgende presenteres en pasient som i første omgang fikk diagnosen perifert T-celle lymfom, men der tilstanden tilhelet av seg selv etter biopsitaking. Pasienten har gitt informert samtykke til publikasjon av kasuistikk og bruk av kliniske bilder.

Kasusbeskrivelse

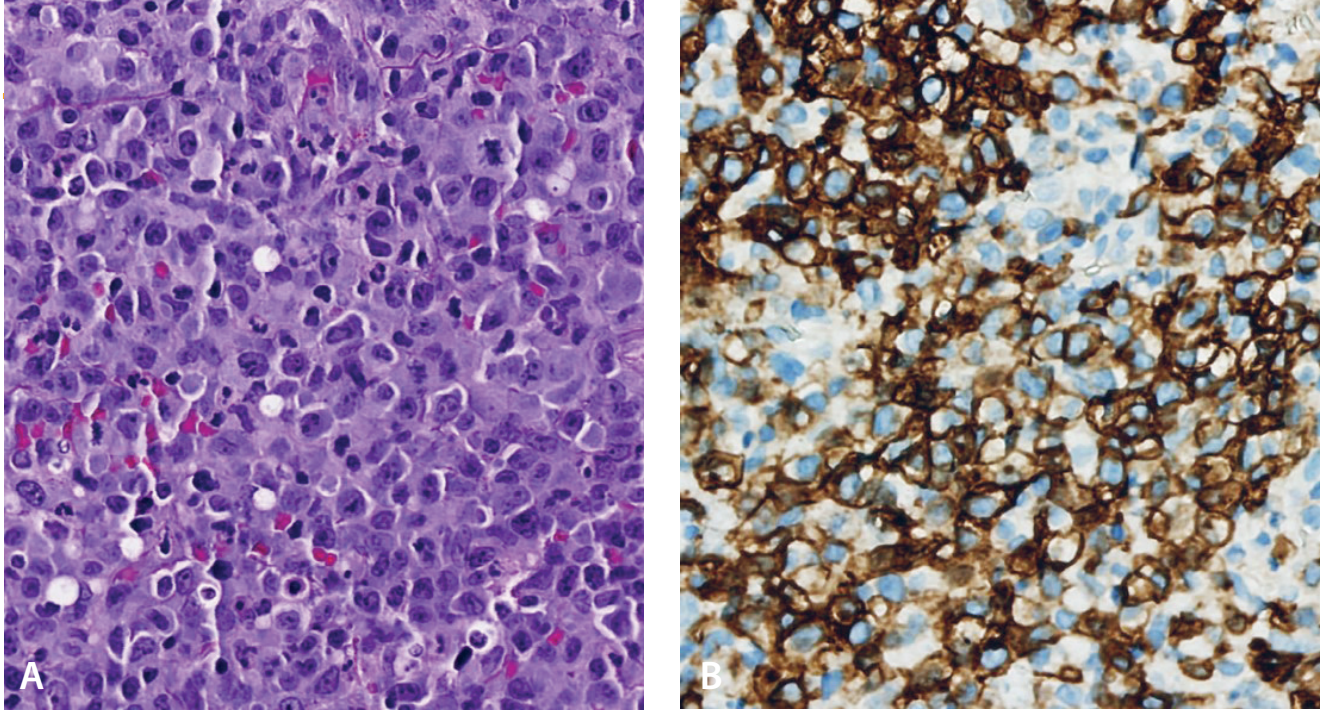
Pasienten, en 51 år gammel mann med god allmenntilstand, ble henvist akutt fra egen tannlege til spesialist i oral kirurgi og oral medisin for vurdering av en lesjon i munngulvet. Lesjonen hadde vedvart i en uke ved henvisningstidspunktet og var svært smertefull, noe som hadde resultert i redusert matinntak og en vektnedgang på fire kg. Pasienten hadde fra tidligere hypertensjon, irritabel tarm syndrom og var operert for søvnapné syndrom. Han brukte snus regelmessig, hadde et normalt alkoholforbruk og røykte ikke fast.

Ved klinisk undersøkelse hos spesialist var det ingen palpable regionale lymfeknuter submandibulært eller på collum. Pasienten var svært berøringsøm i munngulvet, spesielt på venstre side og ved bevegelse av tungen. Baktil i munngulvet på venstre side, helt inn mot kjevekammen, var der en ulcerasjon med lett vollformete sårkanter og med rubor i sårkantene. Lesjonen målte ca. 1,5 x 1 cm. (Figur 1). Det var vanskelig innsyn og tilkomst, da pasienten hadde store smerter ved berøring av tungen. Utseende og lokalisasjon av lesjonen ga umiddelbart mistanke om at det kunne foreligge en malign tilstand. Det ble tatt en incisjonsbiopsi som ble sendt til Avdeling for patologi, Gades institutt ved Haukeland universitetssjukehus, med tentativ diagnose plateepitelkarsinom.

Histologisk undersøkelse viste mindre områder med intakt overflateepitel, mens overflaten for øvrig var ulcerert (Figur 2). Bindevevet var gjennomsatt av inflammatoriske celler som strakk seg ned mellom lagene av tverrstripet muskulatur. Infiltratene inneholdt også tettere ansamlinger av relativt store celler med fremtredende nucleoli (Figur 3a). Det var høy mitotisk aktivitet i infiltratene. Immunhistokjemiske undersøkelser indikerte at dette var atypiske T- celler. Cellene var positive for T-cellemarkørene CD3, CD4, CD7, CD5, CD2 og i tillegg CD30 (Figur 3b). CD30 brukes i utgangspunktet som indikator på at det foreligger et lymfom, dersom de CD30 + cellene dominerer celleinfiltratene. Ved molekylær analyse ble det påvist at T-celle- reseptor gamma var monoklonal, og det ble dermed konkludert med at det dreide seg om et perifert T-celle lymfom.



Figur 2. Oversiktsbilde av vevssnitt fra ulcerasjonen, farget med hematoksylin og eosin (HE). Det mangler epitel på overflaten, og bindevevet er gjennomsatt av betennelsesceller som går ned mot de dypere lagene og inn i tverrstripet muskulatur.



Figur 3. A: Nærbilde av vevssnitt farget med HE som viser variasjon i cellenes størrelse og farging. Bildet er dominert av relativt store mononukleære celler med fremtredende nukleoli. B: Nærbilde av vevssnitt som viser CD30-positive celler, tilsvarende 3a. I dette området er nesten alle cellene positive.

På bakgrunn av biopsisvar ble pasienten henvist til lymfomgruppen ved kreftavdelingen på Haukeland universitetssjukehus for videre utredning. Behandlende overlege på kreftavdelingen rekvirerte PET scan med diagnostisk helkropps CT. PET- scan, 21 dager etter biopsi, viste ingen patologisk økt fluordeoksiglykose (FDG) opptak, heller ikke i munngulvet i området med antatt lymfom, eller i lymfeknuter. Ved fullstendig undersøkelse av slimhinner i nese og orofarynks 30 dager etter biopsitaking var sårdannelsen i munngulvet klinisk fullstendig tilhelt, og pasienten hadde ingen symptomer.

At lesjonen var lokalisert og bare omfattet munnslimhinne, samt at lesjonen tilhelte etter biopsi gjorde at kliniker stilte spørsmål om diagnosen perifert T-celle lymfom var korrekt. Selv om biopsisvar anga malign diagnose, var det kliniske bildet ikke tilsvarende alvorlig. Gullstandarden som definerer et lymfom er å bruke all tilgjengelig informasjon, både histologi, immunfenotype, genetiske egenskaper i tumor og klinikk, og ikke minst er det viktig med en tverrfaglig diskusjon mellom patolog og kliniker når utredning er utført og det kliniske bildet ikke er vel forenlig med histologisk diagnose.

Etter diskusjon mellom lymfompatologer og kliniker, samt litteratursøk, ble diagnosen endret til «Mukosal CD30+ T-celle lymfoproliferativ sykdom» (Mukosal CD30+ TLPD).

I litteraturen fremkommer det ikke en entydig behandlingsanbefaling for Mukosal CD30+ TLPD, og i dette tilfellet valgte man, ut fra erfaring med en liknende tilstand som involverer B-celler (Epstein-Barr Virus- CD30+ mukokutant ulcer), å gi strålebehandling mot munngulv venstre side, 2 Gy x 15. Pasienten ble, som forventet, noe sår i slimhinnene og tungen på venstre side under pågående strålebehandling. De akutte strålereaksjonene avtok i ukene etter behandlingen, og ved kontroll ca. tolv måneder senere var det ikke tegn til nye ulcerasjoner i munngulvet eller i øvrige munnslimhinner (Figur 4). I etterkant av avsluttet strålebehandling har pasienten vært fulgt med kontroller, og det første året planlegges klinisk kontroll av orale slimhinner hver tredje måned, fullstendig klinisk undersøkelse hver sjette måned og CT etter tolv måneder.

Drøfting

Mukosal CD30+ TLPD er karakterisert histologisk av proliferasjon av T-celler med sterkt utrykk av CD30. Den tradisjonelle oppfatningen er at tilstanden kan forekomme i hud (primær kutant anaplastisk storcellet lymfom og lymfomatoid papulose) eller systemisk. De senere årene har det blitt rapportert om kasus med forekomst av en analog prosess i slimhinner i hode- halsområdet, mukosal CD30+ TLPD (1). Tilstanden er nå klassifisert som en egen klinisk og patologisk entitet (2). CD30+ TLPD representerer et spekter av sykdommer som inkluderer både maligne og benigne tilstander (3, 4). Tilstanden traumatisk ulcerativt granulom med stromal eosinofili (TUGSE) oppfattes som den benigne varianten, med spredte CD30+ celler, men i disse ulcerasjonene er det andre betennelsesceller som er mer dominerende, spesielt eosinofile granulocytter (2, 5).

Primær mukosal CD30+ TLPD ses hyppigst på orale slimhinner, men kan også oppstå i øvre luftveier og konjunktiva/orbita (3). I munnhulen forekommer tilstanden som regel som små noduli eller ulcerasjoner.

En studie av Wang et al (1) rapporterte om 14 tilfeller av primær mukosal CD30+ TLPD, der 86 % av pasientene hadde affeksjon av

Figur 4: Det kan ikke ses tegn til sårdannelse 12 måneder etter biopsering og strålebehandling, men man kan fremdeles se en liten fordypning i vevet i området.

slimhinner i øvre luftveier, mens hos 14% (2 pasienter) hadde tilstanden oppstått i konjunktiva. Hos 57% av pasientene var lesjonen klinisk en eksofytisk knute, mens 43% hadde en sårdannelse. Gjennomsnittsalderen var 54 år, og der var en lett økt forekomst hos menn. Det foreligger få artikler om primær mukosal CD30+ TLPD, og for patologer er det mest nærliggende å gi diagnosen perifert T-celle lymfom når man påviser atypiske monoklonale T-celler. Dette var tilfelle i vårt kasus, der verken biopsitaker eller patologer var kjent med diagnosen, noe som resulterte i at pasienten først fikk diagnosen perifert T-celle lymfom. Tidligere studier beskriver kasus med eosinofile sår i oral mukosa (EUOM), traumatisk eosinofilt granulom, pseudolymfom, Riga sykdom og Riga- Fede sykdom. Alle disse tilstandene har overlappende morfologi og fenotyper som primær mukosal CD30+ TLPD, og flere forskere antyder at dette er forandringer som nå ville blitt diagnostisert som primære mukosale CD30+ TLPD (3, 6).

Histologisk kan epitelet ved primær mukosal CD30+ TLPD være noe ulikt fra kasus til kasus avhengig av om lesjonen presenterer seg som en sårdannelse eller som en nodulus. Generelt kan man ved tilstanden se et løsmasket diffust betennelsesinfiltrat subepitelialt bestående av lymfocytter, eosinofile granulocytter og store mononukleære atypiske T-celler (3, 6). T-cellene har sterkt uttrykk av CD30, lett gjenkjennelig morfologi med forholdsvis lite cytoplasma og pleomorfi, og ofte hesteskoformete kjerner (3, 6).

Det er av avgjørende betydning at primære mukosale CD30+ TLPD ikke blir feiltolket som primært T-celle lymfom med hensyn til behandling, da dette vil medføre overbehandling. Primær mukosal CD30+ TLPD har et indolent forløp, og i flere tilfeller er lesjonen beskrevet å gå i spontan regresjon uten spesifikk behandling eller etter biopsi. Det foreligger ikke noen klar behandlingsanbefaling, og i litteraturen er det beskrevet kasus som kun er behandlet med enten kirurgisk eksisjon, strålebehandling eller systemisk kjemoterapi alene, eller med en kombinasjon av kirurgi sammen med strålebehandling eller kjemoterapi.

Kombinasjonsbehandling med både strålebehandling og kjemoterapi er sjelden. Wang et al (1) beskriver i sin studie av primær mukosal CD30+ TLPD at alle 14 kasus ble behandlet med lokal eksisjon av lesjonen. Ni pasienter ble behandlet med systemisk kjemoterapi i tillegg, to pasienter ble strålebehandlet etter den lokale eksisjonen og tre pasienter hadde ikke noen annen tilleggsbehandling. Hos alle pasientene oppnådde man fullstendig remisjon av sykdommen. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var 38 måneder, og ingen pasienter utviklet residiv i denne perioden. Scialis et al (3) beskriver liknende funn i sin studie. Av de fem pasientene i studien med primær mukosal CD30+ TLPD ble alle behandlet med lokal eksisjon av lesjonen. Hos en pasient med affeksjon av nesehulen ble det gitt tilleggsbehandling med både kjemoterapi og strålebehandling, mens to pasienter ble tilleggsbehandlet med bare strålebehandling, tre med kjemoterapi, og en pasient hadde ikke ytterligere behandling enn lokal eksisjon. Gjennomsnittlig oppfølgingstid i denne studien var 18 måneder, og ingen av pasientene utviklet residiv.

Hos pasienten i vår kasuistikk ble det kun utført en incisjonsbiopsi der deler av sårdannelsen ble fjernet. Restlesjonen tilhelte i etterkant av biopsitakingen. Pasienten er i skrivende stund fulgt opp i tolv måneder. Det foreligger en synlig fordypning i munngulvet i området der pasienten hadde ulcerasjon, men det er normalt slimhinnedekke og det er per nå ingen kliniske tegn til residiv.

REFERANSER

1. Wang W, Cai Y, Sheng W, Lu H, Li X. The spectrum of primary mucosal CD30-positive T-cell lymphoproliferative disorders of the head and neck. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014 Jan; 117(1): 96-104. doi: 10.1016/j.oooo.2013.10.002. Epub 2013 Oct 12. PMID: 24332333.
2. Feldman AL, Boy S, Ferry JA, Ko YH, Li XQ, Pileri SA. CD30-positive T-cell lymphoproliferative disorder In: El Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ Eds. WHO classification of head and neck tumours. International Agency for Research on Cancer (IARC), 2017, p129.
3. Sciallis AP, Law ME, Inwards DJ, McClure RF, Macon WR, Kurtin PJ, et al. Mucosal CD30-positive T-cell lymphoproliferations of the head and neck show a clinicopathologic spectrum similar to cutaneous CD30-positive T-cell lymphoproliferative disorders. Mod Pathol. 2012 Jul;25(7):983-92. doi: 10.1038/modpathol.2012.38. Epub 2012 Mar 2. PMID: 22388754
4. Martin JM, Wu H, Barta SK. CD30+ T-cell lymphoproliferative disorders. Chin Clin Oncol. 2019 Feb;8(1):4. doi: 10.21037/cco.2018.09.06. Epub 2018 Oct 11. PMID: 30525751.
5. Søland TM, Andersen E, Solheim T. Sår i munnhulen som ikke vil tilhele kan være traumatisk ulcerativt granulom med stromal eosinofili (TUGSE). Nor Tannlegeforen Tid. 2019; 129: 1008-13.
6. Agarwal M, Shenjere P, Blewitt RW, Hall G, Sloan P, Pigadas N, et al. CD30-positive T-cell lymphoproliferative disorder of the oral mucosa--an indolent lesion: report of 4 cases. Int J Surg Pathol. 2008 Jul;16(3): 286-90. doi: 10.1177/1066896907313755. Epub 2008 Apr 2. PMID: 18387994.

ENGLISH SUMMARY

Kubon A, Johannessen AC, Leh F, Løkeland T.
Mucosal CD30+ lymphoproliferative disorder – a rare mucocutaneous disorder
Nor Tannlegeforen Tid. 2022; 132: 352-6.

CD 30- positive T- cell lymphoproliferative disorders are classified as either cutaneous or systemic. Similar processes may involve sites of the head and neck, mucosal CD30- positive lymphoproliferative disorder (mucosal CD30 + TLPD). They constitute a spectrum that includes both neoplasms and reactive conditions, and the diagnostics can be challenging. It is crucial that mucosal CD30+ TLPD are not misdiagnosed as primary lymphomas, to prevent overtreatment. We present one patient who was diagnosed with primary T-cell lymphoma, but after clinical and histological reevaluation, he was diagnosed with mucosal CD30+ TLPD. The patient was successfully treated with radiation therapy.

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2022.

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

DIGITALT FARGE UTTAK
MAKSIMAL TREFFSIKKERHET

VITA Easyshade® **V**

VITA Easyshade V hjelper tannleger og tanntekni-kere med alt fra fargeuttak og kommunikasjon, til reproduksjon og kontroll av denferdige keramiske restaureringen.

Bare scroll for å finne interesante kasus og artikler i detaljer
www.vita-zahnfabrik.com/digitalshade

Ønsker du mer informasjon, ta kontakt med:

Plandent AS 22 07 27 27
VITA Kari Saksa +46 70 002 92 31
post@plandent.no | k.saksa@vita-zahnfabrik.com

VITA – perfect match.

VITA

Sjögrens syndrom

Et prosjekt i forskerlinjen i odontologi

TAMANDEEP K. BHARAJ, UNIVERSITETET I BERGEN

Forskarlinjeprosjektet mitt handlar om immuncellegrupper og signalvegar i primær Sjögrens syndrom (pSS), og er utført ved Laboratorium for oral patologi ved Haukeland Universitetssjukehus og Broegelmanns Forskingslaboratorium, med professor Kathrine Skarstein som hovudrettleiar og professor Silke Appel som medrettleiar. pSS er ein kronisk inflammatorisk bindevevssjukdom kor fysiologisk sekresjon frå eksokrine kjertlar i kroppen blir svekka, mellom anna spytt- og tårekjertlane. Symptoma består av munntørrleik, karies og orale soppinfeksjonar som skuldast dysbiotiske endringar i det mikrobielle miljøet i munnhola. Hos enkelte pasientar kan sjukdomen avansere til ein lymfekreft, til dømes Non-Hodgkins B-celle lymfom kor betente og opphovna spyttkjertlar kan vere tidlege signal.

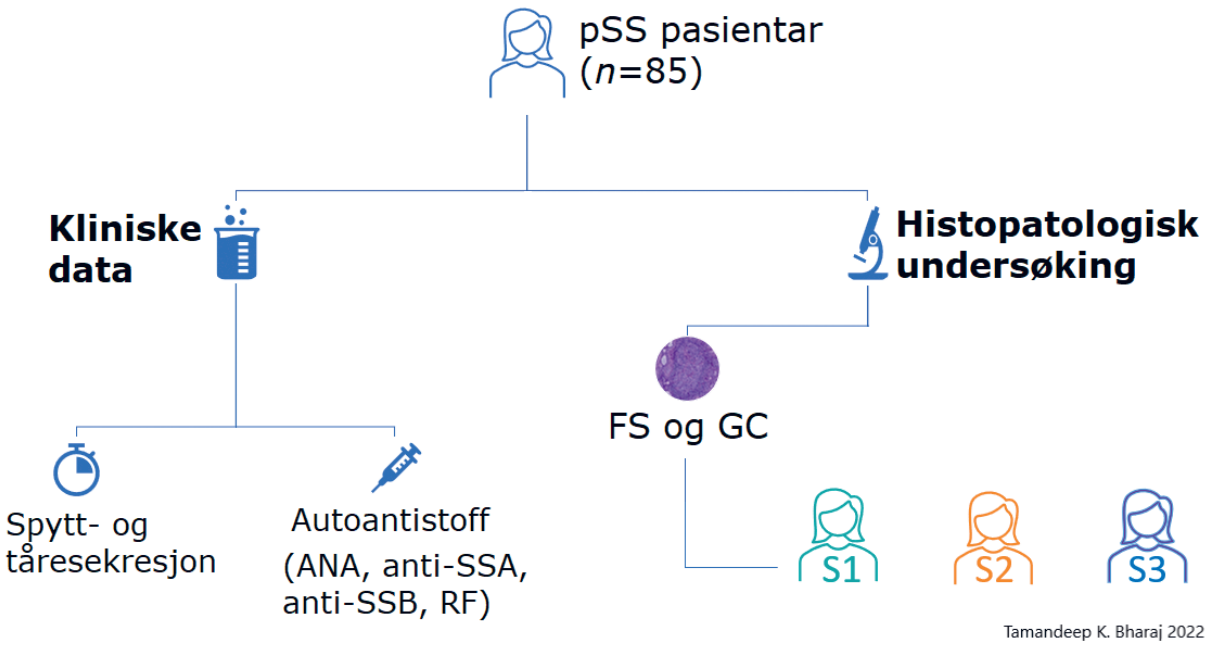
Det er naudsynt å skilje mellom pasientar med diagnosen pSS og andre pasientar som lid av tørrleik i munnen og auga. For å stille ein sikker diagnose blir det teke ein vevsprøve eller biopsi med fire til seks små spyttkjertlar. Desse kjertlane blir fikserte, støypte i parafin, snitta og farga for å undersøkje vevet i mikroskop. Her kan ein ofte sjå tettpakka samlingar av mononukleære inflammasjonsceller. Når ei samling består av minimum 50 slike celler innanfor elles normalt spyttkjertelvev, blir ho kalla eit fokalt infiltrat, og ein «positiv» biopsi vil ha ein score frå 1-12 som svarer til talet på fokale infiltrat innanfor eit 4 mm^2 område. Med andre ord kan den såkalla fokus scoren til ein pSS pasient vere mellom 1 og 12. Om eit fokalt infiltrat får utvikle seg slik at immuncellene organiserer seg, oppstår ein morfologisk struktur som minner mykje om eit germinalsenter slik ein ser i lymfoide organ. Desse germinal senter-liknande strukturane (GC) er ektopiske i spyttkjertlane, og blir i gjennomsnitt rapporterte hos kvar fjerde pSS pasient (3).

Sommaren 2020 starta eg å samle inn data frå 85 pasientar som oppfylte kriteria for pSS, og som hadde fått utførte spyttkjertelbiopsiar. Relevante kliniske opplysingar om spyttsekresjon, tåresekresjon og autoantistoff i blodet til pasientane blei innhenta og systematisert. Biopsiane blei teke i perioden 1989-2009 hos Øyre-nase-hals avdelinga ved Haukeland universitetssjukehus, og granska på ny ved Laboratorium for oral patologi. Pasientane blei delt i tre grupper ut frå inflammasjonsgraden til spyttkjertelbiopsiane, kor ein fokus score på maks

FAKTABOKS

Om forskerlinjen i odontologi

Forskarlinja er eit tilbod for medisin- og odontologistudentar som er interesserte i å forske parallelt med studiane. Halvveges inn i andre studieår tek ein som forskarlinjestudent eit år fri frå studiet for å forske og ta forskarkurs. Dei resterande 2,5 studieåra jobbar ein deltid som forskar, parallelt med odontologistudiet (1). Studietida blir eitt år lenger, men på den andre sida er ein godt i gang med forskarutdanning; alle obligatoriske kurs fullførte og eit manuskript som kanskje alt er publisert! For tannlegestudentar er forskarlinja ein unik inngangsport til å utvikle breidde- og nisjekunnskap, ein arena for å utfordre etablerte sanningar og eit springbrett til ein framtidig PhD-grad (2).



Figuren viser ei oversikt over pasientgruppene i studien frå stadium 1-3 (S1-S3). FS= fokus score, GC= germinal senter-liknande strukturar. Pasientane blei testa for følgjande antistoff: ANA (antinuclear antibodies), anti-SSA (anti–Sjögren's-syndrome-related antigen A autoantibodies), anti-SSB (anti–Sjögren's-syndrome-related antigen B autoantibodies) og RF (rheumatoid factor).

1 blei definert som stadium 1 (S1), fokus score som svarte til 2 eller høgare inngjekk i stadium 2 (S2), medan stadium 3 (S3) inkluderte ein fokus score på 2 eller meir saman med påviste GC.

Spyttkjertelbiopsiar blei skanna og overførte til digitale bilete slik at dei kunne opnast i ei dataprogramvare. Biopsiane blei deretter undersøkte for atrofisk vev og feittvev som begge er hyppig observerte hos pSS pasientane, sjølv om årsaksfaktorane i litteraturen har vore prega av motstridande funn. I denne studien blei områda med atrofisk vev og feittvev målt morfologisk med digitale verktøy, og prosentdelen for pasientane blei vurderte opp mot kliniske data.

Vidare blei spyttkjertelbiopsiane til eit vilkårleg utval av pasientar som oppfylte dei siste diagnosekriteria (4) farga immunhistokjemisk for å nærare granske sju ulike immuncellepopulasjonar i dei fokale infiltrata og GC. Vi ynska med dette å finne ut om det var ei særskild cellesamansetning for kvar pasientgruppe, og om ein kunne trekkje parallellar mellom bestemte celletypar og GC i S3 gruppa.

I samarbeid med vår forskargruppe enda resultata i ein vitskapeleg publikasjon, og dei noverande resultata skal byggje videre på det neste prosjektet som tek sikte på å analysere intercellulære mekanismar bak fleire immuncellepopulasjonar i dei tre pasientgruppene (5). Målet er å betre forstå heterogeniteten mellom pSS pasientar og utvikle prognostiske markørar for meir pasientspesifikk behandling.

REFERANSAR

1. Forskerlinjen ved Det medisinske fakultet [Internett]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2021 Jul 28. Tilgjengelig fra: https://www.uib.no/med/65047/forskerlinjen-ved-det-medisinske-fakultet
2. Fullført forskerlinjen - hva gjør jeg nå? [Internett]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2021 Mar 17. Tilgjengelig fra: https://www.uib.no/med/143579/fullf%C3%B8rt-forskerlinjen-hva-gj%C3%B8r-jeg-n%C3%A5
3. Jonsson MV, Skarstein K, Jonsson R, Brun JG. Serological implications of germinal center-like structures in primary Sjogren's syndrome. J Rheumatol. 2007;34(10):2044-9.
4. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TM, et al. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. Arthritis & rheumatology (Hoboken, NJ). 2017;69(1):35-45.
5. Bharaj TK, Aqrawi LA, Fromreide S, Jonsson R, Brun JG, Appel S, et al. Inflammatory Stratification in Primary Sjögren's Syndrome Reveals Novel Immune Cell Alterations in Patients' Minor Salivary Glands. Frontiers in Immunology. 2021;12.

Forebyggende arbeid i tannhelsetjenestens tilbud til barn og unge

Anbefalinger, rutiner og samarbeid

Foto: privat

SONJA YR LØKEN

Sonja Yr Løken, f. 1979, er utdannet tannlege (2010) med spesialistutdannelse i pedodonti (2020) fra Universitetet i Oslo. Doktorgradsarbeidet er utført som del av den integrerte dobbeltkompetanseutdanningen ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Det odontologiske fakultet, Universitet i Oslo. Veiledere for doktorgradsarbeidet er førsteamanuensis Tove I Wigen og professor emeritus Nina J Wang.

E-post: s.y.loken@odont.uio.no

Sonja Yr Løken disputerte den 18. januar 2022 for ph.d.-graden med avhandlingen «Preventive dental care for children in the Norwegian dental service. Recommendations, routines and collaboration».

Forebyggende virksomhet er en prioritert del av tannhelsetjenestens tilbud til barn og unge. I dette arbeidet er flere yrkesgrupper involvert. I tillegg til tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer, utfører helsesykepleiere på helsestasjonen det forebyggende arbeidet inntil barnets første rutineundersøkelse i Den offentlige tannhelsetjenesten ved treårs alder.

Til tross for at det forebyggende arbeidet er lovfestet, eksisterer det liten kunnskap hvorvidt tiltakene er i samsvar med nasjonale retningslinjer eller dokumentert viten, samt i hvilken grad informasjonen som formidles i tannhelsetjenesten og på helsestasjon er koordinert.

Hovedmålet med avhandlingen var å identifisere faktorer som kan øke kvaliteten i det kariesforebyggende arbeidet i utøvende tannhelsetjeneste. Delmålene bestod i å kartlegge og sammenligne tannlegers, tannpleieres, tannhelsesekretærers og helsesykepleieres fluoranbefalinger (tannkrem og tabletter) og kunnskapskilder, studere lengden på innkallingsintervallet hos 5- og 12-åringer, samt studere helsesykepleieres syn og erfaringer på samarbeidet med Den offentlige tannhelsetjenesten.

Avhandlingen består av tre publiserte artikler. Alle studiene er basert på data innhentet fra spørreskjema. Artikkel I og III er tverrsnittsstudier. I artikkel II ble barn fulgt longitudinelt fra 5 til 12 år og data i tillegg innsamlet ved klinisk undersøkelse ved fem år.

Resultatene viste at kariesforebyggende anbefalinger hovedsakelig var like, men forskjeller eksisterte både innad i og mellom yrkesgruppene.

Avhandlingen avdekket at yrkesgruppene var samstemte i anbefaling av fluortannkrem til alle barn, mens anbefalinger om bruk av fluortabletter varierte uttalt mellom yrkesgruppene. En forklaring på forskjellen kan være at yrkesgruppene rapporterte å vektlegge ulike kunnskapskilder. Et overraskende funn var at ingen av yrkesgruppene rapporterte å vektlegge utenlandsk faglitteratur. Videre viste arbeidet at barnas innkallingsintervaller var individualisert. Barn med karies ble prioritert og gitt kortere innkallingsintervaller enn barn uten karies. Dette er i overenstemmelse med retningslinjen, som sier at ressurser skal fordeles etter behov og at innkallingsintervall fastsettes individuelt. Doktorgradsarbeidet avdekket en eksisterende barriere i samarbeidet mellom helsestasjoner og Den offentlige tannhelsetjenesten. Helsesykepleiere rapporterte om kunnskap om henvisningsrutiner til tannhelsetjenesten og tilfredshet med samarbeidet, men både kontakten med tannhelsepersonell og henvisninger av barn fra helsestasjon til tannhelsetjenesten var sporadisk.

Avhandlingen konkluderer med det bør vurderes å

- vektlegge kunnskapsbasert viten og retningslinjer i større grad i utdanningsløpet for alle yrkesgruppene
- orbedre samarbeidet mellom helsestasjoner og Den offentlige tannhelsetjenesten
- styrke kariesforebyggende tiltak og tidlig identifisering av risiko-barn på helsestasjoner ved å integrere tenner og tannhelse det generelle helsefremmende arbeidet.

IgA og IgG anti-amelogenine autoantistoffer hos barn med ubehandlet cøliaki

Foto: privat

SANJA PETRONIJEVIC

Cand. odont Sanja Petronijevic disputerte den 2. juli 2021 for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo med avhandlingen «IgA and IgG anti-amelogenin autoantibodies in children with untreated celiac disease». Veileder var professor Trond S. Halstensen ved institutt for oral biologi ved universitetet i Oslo.

Cøliaki er en autoimmun reaksjon på gluten i hvete, bygg og rug som klassisk gir tynntarmsbetennelse og dårlig absorbsjon av næringsstoffer, men som også har andre mer diffuse plager. Større undersøkelser har vist at ca. 1,5 % har cøliaki i Norge, men at de fleste er udiagnostiserte.

Udiagnostisert, ubehandlet, aktiv cøliaki i barneårene kan gi til dels store emaljeskader på de permanente tennene. Defektene er symmetriske hypoplasier eller hypomineraliseringer som typisk affiserer alle tennene som utvikles mens barnet har ubehandlet cøliaki. Det antas at emaljedannelsen normaliseres på glutenfri kost, som også er behandlingen for cøliaki. Hvordan skadene oppstår er ukjent, selv om man tidligere har spekulert på om kalsiummangel, genetikk og/eller autoimmunitet hadde betydning.

Cøliakere produserer IgA og IgG antistoffer mot gluten. I kroppen vår har vi proteiner som har liknende aminosyresekvenser som gluten, og slike antistoffer mot gluten kan tenkes å også reagere med disse proteinene. Slike kryssreagerende antistoffer kan skade eget vev og gi autoimmun sykdom. Amelogenin er et slikt protein med gluten-lignende aminosyresekvenser. Amelogenin er det viktigeste proteinet under tanndannelsen og helt nødvendig for emaljedannelse i våre tenner. Kan slike kryssreagerende antistoffer forstyre normal emaljedannelsen hos cøliaki barn?

Sanja Petronijevic kunne påvise at barn med aktiv cøliaki har høyere nivå av antistoff mot emaljeproteinet Amelogenin.

For å undersøke om disse autoantistoffene mot amelogenin bare var kryssreagerende anti-gliadin antistoffer og om de bandt seg til andre amelogenin-områder hos cøliakibarn enn hos de få kontrollene som også hadde slike antistoffer, gjennomførte man en kartlegging av hvilke amelogeninområder serumantistoffene bandt.

Selv om IgA reaktiviteten mot amelogenin var mer cøliakispesifikk, var IgG nivået høyere, særlig hos de sykeste cøliakibarna. Mens IgG/IgA hos cøliakibarna hovedsakelig bandt de gliadin-like, sentrale amelogeninområdene, var det mer spredt binding hos kontrollene.

Slike autoantistoffer vil kunne bidra til emaljeskadene ved å forhindre amelogeninens normale proteinfolding, binding til andre emaljedannende proteiner og/eller forhindre proteolytisk degradering som er nødvendig for å få dannet sterke emaljekrystaller. Cøliaki-assosierte emaljedefekter kan derfor være en egen ekstraintestinal autoimmun reaksjon, som kan rammer barn med ubehandlet aktiv cøliaki under tanndannelsen.

Uteblitt magasin?

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

Vi sørger for å ettersende utgaven som er uteblitt for

tidende

som er medlem i

Fagpressen

BIVIRKNINGSSKJEMA

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

Bivirkningsgruppen
for odontologiske biomaterialer

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

NB! Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.:

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Utfyllingsdato:

Klinikktype:

☐ Tannlege, offentlig ☐ Tannlege, privat

Spesialist i:

☐ Tannpleier, offentlig ☐ Tannpleier, privat

☐ Lege, sykehus ☐ Lege, primær/privat

Spesialist i:

Pasientdata

Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann

Alder: år

Generelle sykdommer/diagnoser:

Medikamentbruk:

Kjent overømfintlighet/allergi:

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

☐ Ja ☐ Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonen(e)?

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

Symptomer og funn

Pasientens symptomer

☐ **Ingen**

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

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

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

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

Annet:

Rapportørens funn

☐ **Ingen**

Intraoralt:
- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Hvitlige forandringer
- ☐ Sår/blemmer
- ☐ Rubor
- ☐ Atrofi
- ☐ Impresjoner i tunge/kinn
- ☐ Amalgamtatoveringer
- ☐ Linea alba

Annet:

Lepper/ansikt/kjever
- ☐ Hevelse/ødem
- ☐ Sår/blemmer
- ☐ Erytem/rubor
- ☐ Utslett/eksem
- ☐ Palpable lymfeknuter
- ☐ Kjeveleddsdysfunksjon
- ☐ Nedsatt sensibilitet

Annet:

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

Annet:

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

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

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

☐ Amalgam
☐ Kompositt
☐ Kompomer
☐ Glassionomer
  ☐ kjemisk ☐ lysherdende
☐ Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
☐ Isolerings-/foringsmaterialer
☐ Fissurforseglingsmaterialer
☐ Beskyttende filmer (f.eks. varnish, femiss, fluorlakk)
☐ Pulpaoverkappingsmaterialer
☐ Endodontiske materialer
☐ Sementeringsmaterialer
  ☐ vannbasert ☐ plastbasert
☐ Metall-keram (MK, PG)
  ☐ metall/legering ☐ keram
☐ Materialer for kroner/broer/innlegg
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert ☐ keramisk
☐ Materialer for avtakbare proteser
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert
☐ Materialer for intraoral kjeveortopedisk apparatur
  ☐ metall/legering ☐ plastbasert
☐ Materialer for ekstraoral kjeveortopedisk apparatur
  ☐ metall/legering plastbasert
☐ Materialer for bittfysiologisk apparatur
☐ Materialer for implantater
☐ Avtrykksmaterialer
  ☐ hydrokolloid ☐ elastomer
☐ Midlertidige materialer – faste proteser
☐ Midlertidige materialer – avtakbare proteser
☐ Andre midlertidige materialer
☐ Forbruksmaterialer (f.eks. hansker, kofferdam)
☐ Andre materialer

Produktnavn og produsent
av aktuelle materialer som mistenkes å være årsak til reaksjonen(e):
Legg gjerne ved HMS-datablad.

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

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

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

Henvisninger

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

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

Bivirkningsregisterets notater

Mottatt: _____

Besvart: _____

Registrert: _____

Klassifisert: _____

Sign: _____

☐ **Yrkesreaksjoner**

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

☐ **Ønsker flere skjema tilsendt**
Antall:

Ansvarlig: **Bivirkningsgruppen**
Årstadveien 19
5009 Bergen

Telefon: 56 10 73 10

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

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.

NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no

Eli Tangen Design Foto: Anne Lise Norheim

UPHEADS®

> Smarte IT-løsninger

IT-løsninger for gode arbeidsdager – og lavere skuldre

Upheads er en av de største IT-leverandørene for tannklinikker og spesialister over hele landet. Vi sørger for at over 2000 kunder nyter problemfrie IT-hverdager. Og vi hjelper gjerne deg også!

Snakk med oss for en kartlegging av din klinikk.
Telefonnummer: 51 22 70 00

Upheads.no

Kan fjerning av amalgamfyllingar redusere faren for Alzheimers sjukdom?

EINAR SLETTEN

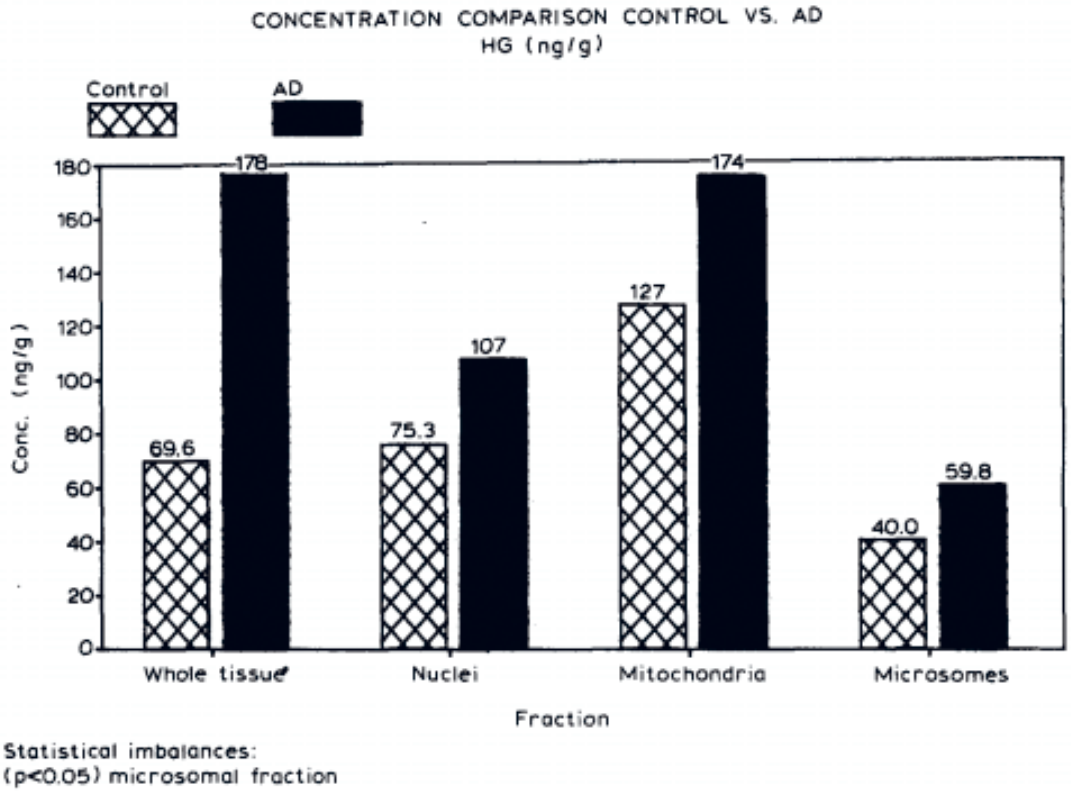
Førebels er det ingen som har funne truverdig svar på Alzheimer-gåta. Amalgam er forbudt i Norge, men mange tusen har framleis gamle fyllingar. Eit lite kjent faktum blant folk flest er at det foregår kontinuerleg lekkasje frå amalgam til blod, t.d. vil ein stor fylling, omlag 1 gram kvikksølv, lekke ut 10 mikrogram per dag (1 mikrogram = 0,001 milligram). Kvikksølv frå amalgam har ei halveringstid på ca. 60 dagar, dvs. når at alle fyllingar er fjerna vil restar av Hg bli borte etter ei tid. Kvikksølv bind sterkt til svovel og selen. Fleire aminosyrer inneheld svovelatom og ei rekke vitale enzym inneheld selen. Vi har vist at kvikksølv også bind til DNA-sekvensar og kan potensielt gi genetisk skade (1)

Alzheimer er ein nevrologisk sjukdom. Ei lang rekke forskningsresultat, basert på sikre analysemetodar, tyder på at amalgam kan være farlegare enn det ein har trudd. I den industrielle verda auka bruken av amalgam sterkt etter siste krig. Ein oversiktsartikkel frå 2019 (2) påviste signifikant høgre kvikksølvnivå i hjerne, blod og vev hos Alzheimer pasientar. Forfattarane konkluderte med at kvikksølv kan vere årsaka til Alzheimer sjukdom og at «*Mercury should be eliminated from biological cycles as quickly as possible*». Tidligare hadde Wenstrup og medarbeidarar komme fram til same konklusjon, sjå figur . (3). Analyser på svært små mengder (nanogramområde) er krevjande. I dette studiet nytta Wenstrup ein avansert teknikk: *Inclusive Neutron Activation Analysis (INAA)* der ein m.a. må ha tilgang til ei nøytron kjelde (svært få laboratoreir har slike) Det blei analysert på 13 sporelement i fraksjonar av hjernen (autopsi av Alzheimer dødsfall). Det blei påvist signifikant høgre kvikksølvnivå i heile hjernen, 178 ng/g i høve til mengda i kontollgruppa, 69.6 ng/g, ein auke på 150 %. I ei rkke publikasjonar har ein ikkje funne signifikant høgt Hg-nivå hos Alzheimer pasientar, men her har ein nytta ein midre presis analysemetode, ICP-MS (Induktivt kobla plasmamassespektrometri) som omfattaar komplisert prøvepreparering med mange feilkjelder.

Ein systematisk gjennomgang av 106 relevante studier blei publisert i *Journal of Alzheimer's Disease* , 2010 (4). Dyreforsøk (rotter) viser m.a. at Hg fører til at det blir danna såkalte «neurofibrillar tangles» (uordna nervetrådar) i hjernen. Liknande skader er funne hos Alzheimer pasientar (autopsi undersøking). Ingen andre metall har denne effekten. Det er i dag ingen klar årsak (etiologi) for Alzheimer sjukdom. Forfattarane uttrykker bekymring for at forsking som klart viser til potensiell helseskade av amalgam, vil bli neglisjert på same måte som kunnskap om samanheng mellom røyking og kreft på 1970-tallet. Ein kan ikkje vente at folk flest har fagleg bakgrunn for å vurdere kompliserte analysemetodar for kvikksølv.

Dersom hypotesen: «*Mercury May be a Factor in Alzheimer's Disease*» viser seg å vere korrekt, bør ein nytte føre var-prinsippet og fjerne gamle amalgamfyllingar. Prosessen er enkel, og kvikksølv kan ein erstatte med kompositt eller krone. Det er difor ingen grunn til å gå med konstant kvikksølvforgifting resten av livet.

Kronikkforfatter
Einar Sletten, professor emeritus, fysikalsk kjemi, Kjemisk institutt, UiB
Forskningsfelt: Metallbinding til DNA med hovedvekt på kvikksølv og platina anticancer legemiddel.



Figur 1. Mercury (Hg) concentrations in ng/g in subcellular fractions from temporal lobes of control and Alzheimer disease (AD) subjects. (Figuren er hentet fra artikkelen Wenstrup D, Ehmann WD, Markesbery WR. Trace element imbalances in isolated subcellular fractions of Alzheimer's disease brains. Brain res. 1990; 533: 125–131.)

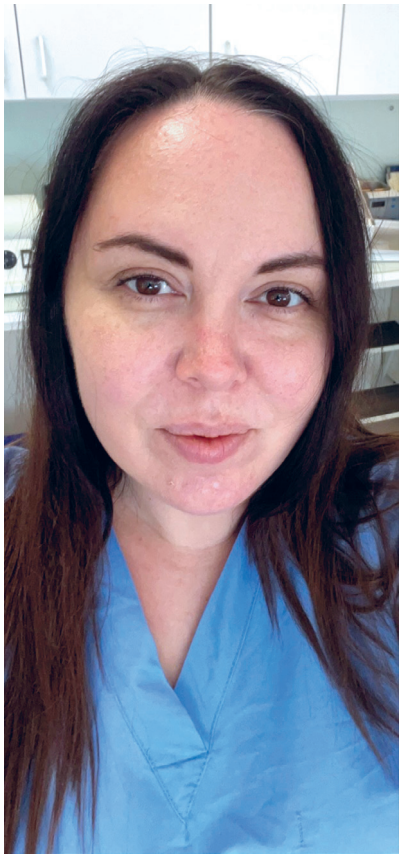
REFERANSER

1. Interaction of mercury with nucleic acids and their components. E. Sletten, W. Nerdal, *Metal ions in biological systems* (1997); 34:479-501.
2. A Hypothesis and Evidence That Mercury May be an Etiological Factor in Alzheimer's Disease R. Siblerud , J. Mutter , E. Moore , J. Naumann , H. Walach . *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2019).
3. Trace element imbalances in isolated subcellular fractions of Alzheimer's disease brains. D. Wenstrup, W.D. Ehmann and W. R. Markesbery . *Brain Research*, 533 (1990)
4. Does Inorganic Mercury Play a Role in Alzheimer's Disease? A Systematic Review and an Integrated Molecular Mechanism. J. Mutter , A. Curth , J. Naumann , R. Deth and H.Walachd, *Journal of Alzheimer's Disease*, 22, (2010) 357–374.

– Krig er bare smerte, tårer og frykt

Marina og Olga. Den ene er fra Russland, den andre fra Ukraina. Begge er tannhelsesekretærer, den ene på Sunndalsøra, den andre i Tromsø. To mennesker som fordømmer krigen og frykter konsekvensene av den.

TONE ELISE ENG GALÅEN



Russiske Marina Brakstad kom til Norge for 10 år siden. Hun omskolerte seg til tannhelsesekretær, og jobber i dag hos Tannlegene Øiestad på Sunndalsøra. Foto: privat.

– Ukrainerne har allerede vunnet i krigen. De viser hele verden at de klarer å kjempe for sin frihet og selvstendighet, sier Marina Brakstad.

For 10 år siden ble hun forelsket i en nordmann og flyttet til Sunndalsøra. Hjemme i Russland bodde hun i en storby og jobbet som journalist og redaktør. Da hun kom til Norge satte språket en stopper for journalistkarrieren, og hun bestemte seg for å prøve noe helt nytt.

– De fem siste årene har jeg vært ansatt som tannhelsesekretær hos Tannlegene Øiestad i Sunndal. De jeg jobber sammen med er ikke bare mine kollegaer, men også mine venner. Vi er nesten som en liten familie, sier Marina.

Som russer har hun ikke opplevd negativ oppmerksomhet etter at krigen startet.

– På jobb snakker vi om situasjonen i Ukraina hver eneste dag, og hele tannlegekontoret deltok på den lokale støttemarkeringen mot krig. Det viktigste er hvem man er som person. Den yngste datteren min er 10 år og halvt russisk. På skolen leker de sammen og skiller ikke på rase eller nasjonalitet. Barn er ofte klokere enn oss voksne, sier hun.

Olga Johansen fra Ukraina kom til Norge i 2014 og jobber i dag som tannhelsesekretær ved kirurgisk avdeling på TkNN. Foto: privat.

Ytringsfriheten har trange kår

Marina er tre fjerdedeler russisk og en fjerdedel ukrainsk. Hun forteller at russere og ukrainere normalt bor side om side, og at veldig mange russere har slektninger som enten er ukrainske eller bor i Ukraina.

– Jeg har venner og slektninger i Ukraina, men min nærmeste familie bor i Moskva. Det er millioner av russere som har slekt i Ukraina og omvendt. Krigen er en tragedie for begge land, men for menneskene i Ukraina er den et uendelig mareritt. Hver dag kommer det forferdelige nyheter. Krig er bare smerte, tårer og frykt. Venner og familie prøver å holde kontakten med hverandre, noe som stadig blir vanskeligere. Folk er fortvilet og desperate, også i Russland, sier hun.

Som tidligere journalist, vet hun utmerket godt hvilke trange kår ytringsfriheten lever under i Russland. Mediene har i løpet av de siste årene blitt stadig mer underlagt myndighetenes kontroll.

– Statens propagandister jobber ikke kun i TV-mediene, de skriver også innlegg og kommentarer på Facebook og i andre sosiale medier. Der florerer propaganda om at russiske soldater prøver a redde folk i Ukraina fra ukrainske fascister, og at et Ukraina styrt av USA vil angripe både Russland og Hviterussland, sier Marina.

Ingen fremtid med Putin

Mange russere stoler på Putin og den offisielle informasjonen. Noen er begynt å hamstre mat. Ifølge Marina er det allerede stor mangel på varer i butikkene, og en stor økonomisk krise er overhengende. Andre ønsker å forlate landet, slik Marinas søster gjorde, sammen med mannen sin og deres nyfødte barn.

– Søsteren min og mannen hennes deltok i demonstrasjoner mot krigen, og skrev mye negativt om Putin på sosiale medier. De måtte forlate landet for ikke å bli fengslet. Det samme gjelder for tusenvis av russere. De drar til land som Armenia, Usbekistan og Georgia fordi det er vanskelig få visum til europeiske land. De fleste av dem er unge mennesker med høy utdannelse. Flyktningene fra Ukraina skal ha førsteprioritet. Men vi må heller ikke glemme de politiske flyktningene fra Russland, de trenger hjelp til arbeidsvisum for å kunne komme til Europa, sier hun.

Selv er hun ikke optimistisk på Russlands vegne så lenge Putin har makten.

– Putin er besatt av makt, og vil ikke ha et demokratisk land som nabo. I løpet av de siste tjue årene har han bygget opp et diktatur, og har ingen medfølelse med dem som lider i Ukraina. Det er intet håp og fremtid for Russland så lenge Putin sitter ved roret, sier hun.

Gjensynsgleden var stor da Olga Johansen (til venstre) kunne ta imot bestevenninnen Maryna Kovalova på Gardermoen. Foto: privat.

Snakket med foreldrene før bombene falt

– Alt jeg greier å tenke på, er krigen. At byene i Ukraina blir bombet og ødelagt, at foreldrene mine er der. Hjembyen min, Zaporizhzhia, ble bombet i morgentimene i dag. Der vokste jeg opp og bodde i 36 år av mitt liv, sier Olga Johansen.

Hun kom til Tromsø fra Ukraina i 2014, og jobber som tannhelsesekretær på kirurgisk avdeling ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN).

– Jeg snakker vanligvis med foreldre mine to til tre ganger om dagen. Sist vi snakket var i dag tidlig, før bombene falt, forteller hun.

I likhet med mange andre ukrainere, jobber foreldrene hennes nå som frivillige.

– De lager kamuflasjenett for militærutstyr. Jeg har en bror og flere tanter. Alle jobber som frivillige i en eller annen form. Tantene mine lager Molotow coctails.
De fleste sivile som har mulighet, ønsker å bidra i krigføringen. Moralen og kampviljen blant ukrainerne er høy, sier hun.

Hjelper ukrainske flyktninger

Fra hjembyen Zaporizhzhia er det en 30 timer lang togreise til Polen. Togvognene er overfylte, opptil 150 personer er stuet sammen i en vogn med 36 sitteplasser. Det finnes verken mat eller vann, og de sanitære forholdene er fryktelige.

– Moren min er 72 år gammel og sier hun ikke vil overleve en slik reise. Foreldrene mine har valgt å bli der de er, sier hun.

Olga har engasjert seg for de ukrainske flyktningene som allerede er kommet til Tromsø. En mor og hennes tre barn fikk hjelp til mat, klær, sko og hygieneartikler etter at Olga startet en innsamlingsaksjon blant kollegaene ved kirurgisk avdeling på TkNN.

– De er nå dratt videre til Vesterålen, men jeg var mye sammen med dem her i Tromsø. Jeg lekte med barna, handlet med dem, og fungerte også som tolk, sier hun.

Brød og salt

Hun forsøker å følge med på det som skjer i hjemlandet gjennom ulike nyhetskanaler og på sosiale medier. Via plattformen Telegram, som ligner på vestens WhatsApp,

Olga Johansen (til høyre) tok med bestevenninnen Maryna Kovalova tilbake til Tromsø og ut på tur, her på toppen av Fløya. Foto: privat.

ser hun bilder og videoer fra det som skjer i ukrainske byer.

– Lidelsen og ødeleggelsene i Kharkiv, Kyiv, Hostomel og Mariupol. Det er forferdelig. Putin lever i en annen virkelighet. Han trodde ukrainerne ville møte de russiske soldatene med brød og salt (en tradisjonell ukrainske måte å ønske velkommen på). I stedet har han møtt mye mer motstand enn han kunne ha forestilt seg. Vi elsker president Zelensky og er veldig stolte av ham! Før krigen var han ikke så veldig populær. I dag vil jeg tro at han har støtte fra så å si hele befolkningen, sier Olga.

Hjemme i Tromsø har hun fått bestevenninnen Maryna Kovalova på besøk. Hun kom fra Ukraina til Norge for et par dager siden, og er på vei til USA for å bo hos datteren sin.

– Vi krysser fingrene og er optimistiske med tanke på Ukrainas fremtid. Hvis vi tenker det motsatte, blir det enda vanskeligere for oss, avslutter Olga.

Epilog

Etter intervjuet fikk Olga kontakt med foreldrene sine i det nylig bombede Zaporizhzhia. I løpet av samtalen formidlet foreldrene dette til datteren i Norge: – Håpet om at Ukraina vil greie å forsvare sin frihet og uavhengighet gjør det mulig for oss å håndtere all bekymring og frykt.

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

Gratis tannhelse er dyrere for alle

Dette er et debattinnlegg, som gir utrykk for skribentens egen mening.

Det er feil å tro at den skattefinansierte tannlegen er billigere enn en privat klinikk. Det er den tannlegen som evner å behandle pasienter mest mulig effektivt over tid som vil levere de relativt sett billigste tjenestene. Løsningen er å redusere skattenivået slik at alle har råd til å gå til tannlegen.

Rødt og Demokratene vil gjøre det gratis for alle å gå til tannlegen. Arbeiderpartiet og Høyre ønsker også å innføre gratis tannhelsebehandling på visse vilkår.

Liberalistene vil at man heller skal betale tannlegen direkte – uten mellommann. Av den enkle grunn at selvfinansiert tannhelsebehandling er billigere og bedre enn alternativet.

Ingenting er gratis

I dag får barn og noen utvalgte grupper gratis tannbehandling. Rødt og Demokratene ønsker at alle skal motta denne gratis luksusen. Men realiteten er at ingenting av dette er gratis. Behandlingen vil aldri bli gratis, med mindre alle som jobber med tannhelse begynner å produsere uten å ta betaling og samtidig er villige til å arbeide ulønnet. Men det vil heldigvis aldri skje.

Intensjonen hos de andre partiene er å sikre at alle skal ha råd til god tannhelse. Riktignok vil noen få, på kort sikt, «tjene» på skattefinansiert tannhelsebehandling. Men alle vil tape i lengden.

Det er feil å tro at den skattefinansierte tannlegen er billigere enn en privat klinikk. Det er effektiv produksjon som er målestokken for hva som gir størst gevinst i forhold til innsats. Det er den tannlegen som evner å behandle pasienter mest mulig effektivt over tid som vil levere de relativt sett billigste tjenestene.

Dårligst i klassen

Den offentlige tannhelsebehandlingen produserer ikke like effektivt som sine private konkurrenter. Dette betyr med andre ord at man betaler for mer enn hva man får når man mottar behandling hos det offentlige. I ethvert marked bør den dårligste i klassen jobbe hardt for å forbedre seg. Men hvor er insentivet til å forbedre seg når inntekten din er garantert?

Mitt siste besøk hos en privat klinikk involverte kun arbeidskraft og regningen kom på 1 160 kroner. SSB opplyser at i Den offentlige tannhelsetjenesten ble det i 2017 behandlet 0,5 pasienter per 1 000 kroner i reallønnsutgifter. Med andre ord koster det cirka 2 000 kroner i reallønnsutgifter å behandle én pasient hos det offentlige. Hva er billigst, 2 000 kroner eller 1 160 kroner?

Billigere tannbehandling – for alle

Rødt vil at de «rike» skal betale for «gratis» tannlege. Dette blir som å tro at løsningen på et brukket bein er å brekke det andre beinet. Hvorfor vil man føre mer penger inn i et system hvor produktiviteten er synkende, og når det er nettopp denne pengetilførselen som har skapt problemet? Løsningen for å bygge et langvarig tannhelsetilbud som er tilpasset alle, uansett inntekt, er å redusere skattenivået slik at alle har råd til å gå til tannlegen.

Tannklinikker betaler blant annet arbeidsgiveravgift, selskapsskatt og merverdiavgift på innkjøp. Det er ikke usannsynlig at min siste behandling ville kostet under 800 kroner dersom disse elementene var borte.

På den måten ville jeg hatt 360 kroner til overs som jeg kunne brukt til å kjøpe meg lunsj eller gjort en investering. Uavhengig av mitt valg ville disse pengene kommet helheten til gode da de hadde bidratt til

produksjon og dermed sysselsetting. Å skattlegge de «rike» vil også forhindre ny produksjon og vekst som kommer alle til gode.

Men hva med de som elsker cola og røyk?

Noen av oss har veldig høye utgifter til tannlegen og må til tannlegen nærmest månedlig. Hvordan skal denne utsatte gruppen ha råd til tannbehandling uten offentlig støtte?

Man må fjerne skattetrykket på tannklinikkene samtidig med at støtteordningene og det offentlige tannhelsesystemet avskaffes. Det vil gjøre tannlegen billigere, hver enkelt vil ha mer å rutte med og det vil være positivt med hensyn til øvrig produksjon i samfunnet. Det vil også åpne opp for flere og rimeligere forsikringsordninger. Tryg Forsikring tilbyr tannhelseforsikring for 278 kroner per måned. Denne dekker tannhelsebehandling for inntil 40 000 kroner per år. Enda enklere blir det for forsikringsselskapene å tilby gode produkter når det offentlige tannhelsetilbudet og støtteordningene fjernes.

I et fritt tannhelsesystem vil de fleste av oss tegne forsikring. Dette er mye billigere, for alle grupper, enn å betale for tannhelsebehandling gjennom skatteseddelen. Når du putter én krone inn i skattesystemet kommer det ikke én krone ut. I tillegg vil redusering av skattetrykk og avskaffelse av offentlige tilbud føre til økt produksjon og bidra til konkurranse mellom klinikkene, noe som igjen fører til økt kvalitet på tjenesten og lavere priser. For alle.

Trond Nedal, Liberalistene Møre og Romsdal

Kirurgiklinikken
tann - kjeve - ansiktskirurgi

Alt innen oral og kjevekirurgi. Implantatprotetikk

Tannlege
Tormod Krüger
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Lege & tannlege
Fredrik Platou Lindal
spesialist i maxillofacial kirurgi

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

Tannlege
Hanne Gran Ohrvik
spesialist i oral protetikk

Tannlege
Frode Øye
spesialist i oral kirurgi og oral medisin

Tannlege
Margareth Kristensen Ottersen
spesialist i kjeve- og ansiktsradiologi

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

Svar til Trond Nedal:

Vår felles helsetjeneste gir best tjenester

Dette er et debattinnlegg, som gir utrykk for skribentens egen mening.

Gratis tannhelsetjenester i Norge, betalt over skatteseddelen, vil være en kjempeviktig investering i alle deler av befolkningens helse, og dermed livskvalitet og produktivitet.

Trond Nedal fra Liberalistene i Møre og Romsdal kritiserer Arbeiderpartiet fordi vi ønsker å satse på vår felles helsetjeneste, med bedre og billigere tannhelsetjenester i Norge betalt over skatteseddelen.

Nedals forslag om private helseforsikringer gir urettferdige konsekvenser som spiser opp fordelene med innovasjon og effektivitet. Det er best for alle at staten på områder som helse og skole, opphever markedet for å sørge for at alle får et godt og trygt tilbud uansett lommebok og bakgrunn. Det er derfor Norge er verdens beste land å bo i som kombinerer gode levekår med høy produktivitet og innovasjon i økonomien.

Stavanger Aftenblad hadde 21. februar i år et stort oppslag om hvordan flere ble nektet å tegne livs- eller helseforsikring fordi de hadde hatt eller har en psykisk lidelse. I forsikringsordninger finner vi et prissystem der den som vanligvis har en stor helserisiko på grunn av forhold som røyking, dårlig privatøkonomi, arbeidsledighet, høy alder, overvekt, må betale mye mer for en forsikring fordi de oftere enn andre som betaler forsikring, trenger å bruke forsikringen. Kostnadene må selvfølgelig fordeles for å opprettholde forsikringsordningene.

Nedal har helt rett i at man kan se for seg flere fordeler med forsikringsordninger. Private tannhelsetilbydere som konkurrerer om kunder har sterke incentiver for å tilby et godt tilbud der kundene kommer tilbake, til en rettferdig pris. Dette sikrer vanligvis det beste tilbudet som er mulig å gi, og fungerer svært godt på de fleste andre områder av samfunnet.

Problemet med å slippe til en slik logikk på grunnleggende behov som helse, er at det får urettferdige konsekvenser. Et samfunn har de menneskene det har, og som politikere ønsker vi oss et samfunn der alle uavhengig av lommebok og tidligere sykdommer, kan få hjelp når de trenger det for å lindre lidelser, og for at befolkningen er friske og ikke ufri fra sykdommer og lidelser.

For å hindre den urettferdige fordelingen av kostnader i forsikringsordninger, etablerer staten en egen «forsikringsordning» gjennom skattefinansierte velferdstjenester der alle betaler inn, og de som trenger hjelp får hjelp. Den nordiske modellen sin globale suksess er at den kombinerer en svært konkurransedyktig og innovativ økonomi med høy likhet i befolkningen og gode levekår.

Effektivitetstapet ved at staten «ødelegger» markedskonkurransen ved å selv produsere skattefinansierte tjenester til alle, tas igjen ved at befolkningen er mer produktiv fordi den er frisk og har høy kompetanse gjennom gratis utdannelse og helsetjenester. Det er svært sannsynlig at det samme paradokset vil gjelde for tannhelse slik det allerede fungerer for så mange andre områder av samfunnet. Gratis tannhelsetjenester i Norge, betalt over skatteseddelen, vil være en kjempeviktig investering i alle deler av befolkningens helse, og dermed i livskvalitet og produktivitet.

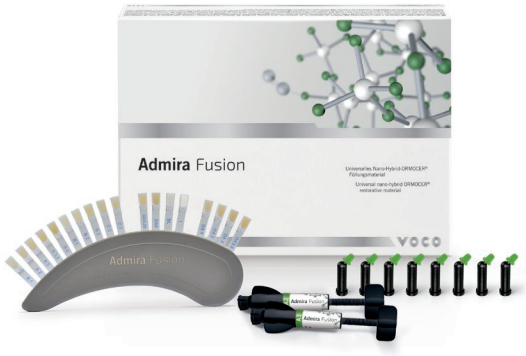
Even A. Røed,
Stortingsrepresentant Arbeiderpartiet

Admira Fusion – Den første rene keramikken for direkte fyllinger.

Ikke annet enn imponerende fordeler:

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

MADE IN GERMANY 100%



VOCO
THE DENTALISTS

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

Uteblitt magasin?

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

Vi sørger for å ettersende utgaven som er uteblitt for

tidende

som er medlem i

Fagpressen

Fra NTF • tidende

Foreningsnytt

Nytt og nyttig fra foreningen

Den norske tannlegeforening

NTFs symposium 2022 – en vellykket hybridløsning

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSRÅDGIVER I NTF / ØYVIND ASMYHR, UTDANNINGSSJEF I NTF

Den som aldri har gjort feil, har ikke jobbet lenge nok. Hva gjør vi når pasienten får en nerveskade, kroniske smerter, er misfornøyd med estetikken – eller ender på sykehus som en følge av vår behandling? Temaet for årets hybride symposium var «Når det går galt i klinikken», hvor en rekke dyktige forelesere guidet deltakerne gjennom ulike kasus og feilene som ble gjort – og hva vi kan lære av dem.

Utdanningssjef i NTF, Øyvind Asmyhr, ønsker velkommen.

På grunn av den spesielle situasjonen de siste årene har NTF fått mulighet til å teste ut ulike løsninger med både heldigitale symposier, landsmøte og fagdager. Da vi høsten 2021 satt og planla vårens symposium hadde vi nettopp gjennomført et svært vellykket fysisk landsmøte i Bergen. Alt tydet på at vi kunne gjennomføre fysiske kurs og møter igjen og vi så optimistisk på fremtiden. Men så endret verden seg – igjen – noe som gjorde oss nødt til å tilby symposiet våren 2022 som en hybridløsning. De påmeldte kunne velge mellom fysisk eller digital deltakelse, og opptak av foredragene ble lagt tilgjengelige for samtlige i fire uker etter at symposiet er over.

Tilbudet ble godt tatt imot av medlemmene, og tematikken fenget mange. Det overordnede temaet var altså «når det går feil i klinikken», og symposiet startet med overordnede etisk/filosofiske refleksjoner om den ufeilbarlige legen/tannlegen. Foredragsholderne hadde fått i oppdrag å illustrere feil og mangler i både planlegging, utføring av behandling og prognosevurdering innen sine fagområder. Det er en utfordrende oppgave å legge frem kasuistikker som viser svikt, men dette løste de dyktige foredragsholderne på en utmerket

Spørsmål og svar fra publikum. Fra venstre: Eva Gustumhaugen, Anders Brennhovd, Kasper D. Kristiansen, Bjørn Hofmann og Mariann Saanum Hauge.

måte. Alle de sentrale kliniske områdene ble belyst og i tillegg ble det lagt vekt på viktigheten av en god anamnese og etiske problemstillinger. Deltakerne fikk også en grundig gjennomgang av de juridiske utfordringene, og NPE hadde et nyttig foredrag med fine eksempler.

Symposiemodellen med relativt korte enkeltforedrag delt inn i sekvenser med etterfølgende oppsummering og diskusjon er blitt et viktig tilskudd i NTFs etterutdanningsportefølje. De som deltok fysisk og fulgte sendingen direkte kunne stille spørsmål underveis. Det kom inn mange gode spørsmål som utfordret både moderatorer og foredragsholdere og dette fører til et enda bedre faglig utbytte.

Selv om det rådet stor usikkerhet da påmeldingen åpnet, og de fleste valgte den digitale varianten ble påmeldingen totalt svært god. Alt i alt var det 575 deltakere (125 på den fysiske sekvensen og 450 digitalt). De som deltok fysisk fikk en god opplevelse på The Hub, inkludert en veldig hyggelig middag med fantastisk sang av Sarah Emilie Birkeland, tannlege som vi ble kjent med på The Voice. NTFs trofaste samarbeidspartnere i Konsertsystemer sørget for at de som fulgte symposiet gjennom skjermen også fikk et kurs av høy kvalitet. I etterkant ser vi at svært mange faktisk fulgte symposiet direkte begge dagene, torsdag var det 240 og fredag 216. Det som likevel er mest gledelig er at det i skrivende stund har vært 2 100 avspillinger – og flere vil det bli i de kommende ukene. Dette forteller oss at tannleger er opptatt av kompetanseheving!

En slik hybrid løsning gjør arrangementet svært fleksibelt og gir deltakerne mange fordeler rent praktisk. Vi tror også at læringseffekten er god ved at man kan se foredragene i opptak

Heming Olsen-Bergem og Elisabeth Jonsson ønsker velkommen.

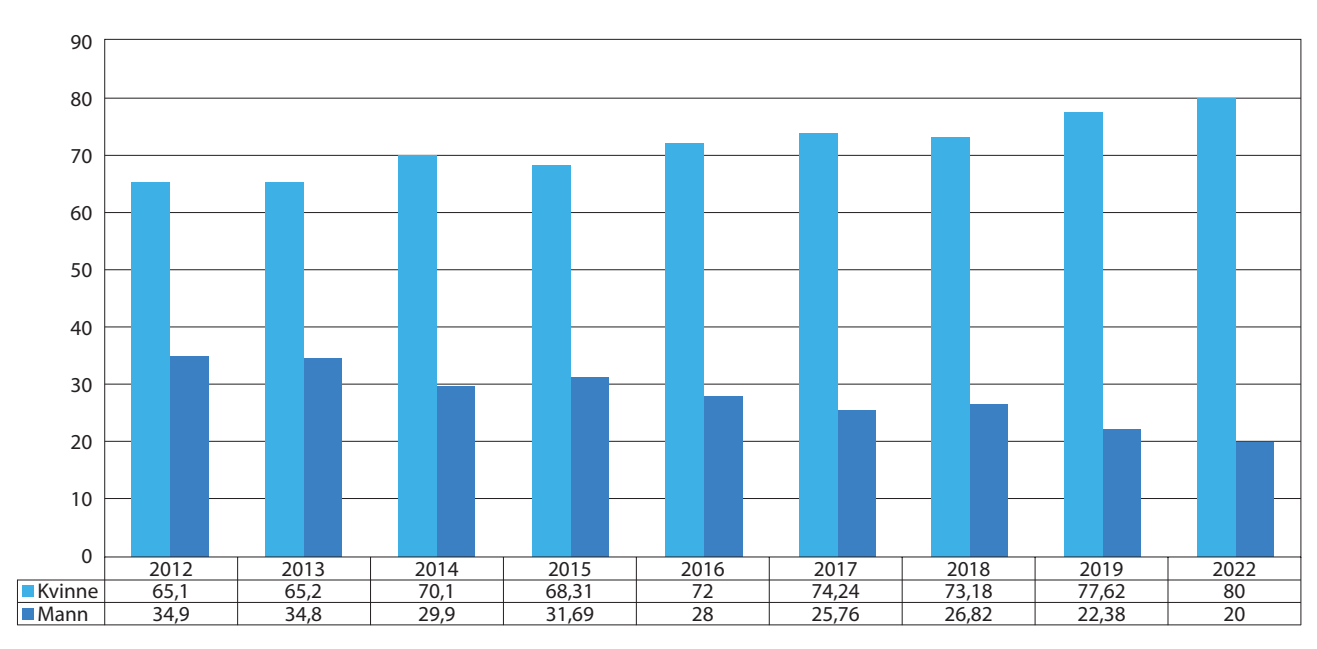
og også får muligheter til å diskutere kasus med kollegaer. Når det er sagt er det likevel viktig for NTF å se på helheten, hvor det sosiale og fysiske samværet også spiller en viktig rolle. For selv om det faglige er det viktigste på slike kurs, er det også viktig for oss at mange velger å treffes fysisk, ikke minst hvis vi ønsker å kunne ha utstillere med på laget. Det er ikke noen tvil om at NTF også i fremtiden må kunne tilby en kombinasjon av nettbasert læring, digitale arrangementer og tradisjonelle kurs, men det er ikke gitt at hybridløsninger er riktig i det store bildet. Vi skal også nøye analysere resultatene fra den store medlemsundersøkelsen om vårt etterutdanningstilbud, før vi skal sette to streker under svaret. Det vi kan love er gode, faglige kurs og symposier også i fremtiden. Først ut er Midnattssolsymposiet i Tromsø i juni. Håper vi sees?

Flere kvinner og stadig yngre tannleger i DOT

JOHN FRAMMER, FORHANDLINGSSJEF OG ADVOKAT I NTF

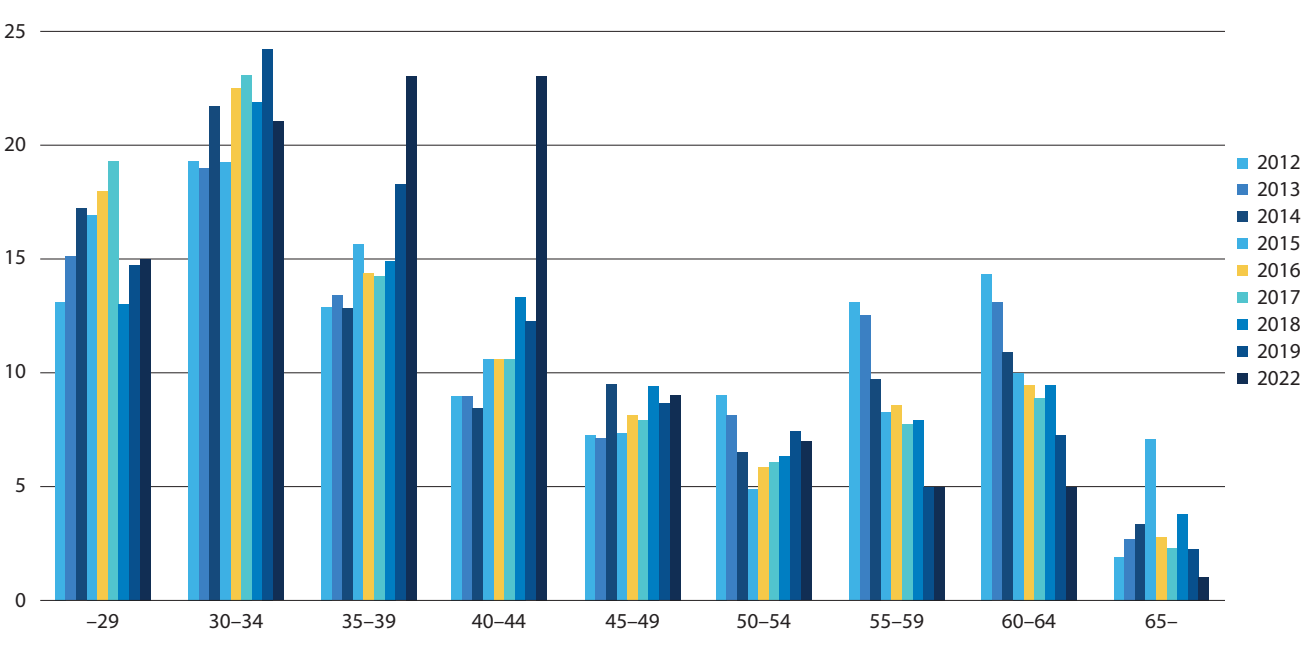
Kvinneandelen I Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) øker fortsatt. Siden NTF startet med en årlig kartlegging av lønns- og arbeidsvilkår i DOT i 2012 har kvinneandelen økt fra om lag 65 prosent til om lag 80 prosent.

Vi ser også at tannlegene blir stadig yngre. I gruppene fra om lag 55 år og opp mot aldergrensene har andelen sunket markant.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2022
Kvinne	65,1	65,2	70,1	68,31	72	74,24	73,18	77,62	80
Mann	34,9	34,8	29,9	31,69	28	25,76	26,82	22,38	20

Andelen kvinner i DOT er i 2022 oppe i hele 80 prosent, i enktelte fylker 90 prosent. Dette bekymrer.



Fra 49 år og oppover ser vi en tendens til at tannleger forlater offentlig sektor i større grad enn tidligere.

«Alle» mener en jevn fordeling av kvinner og menn på arbeidsplassen er både ønskelig og bra. Derfor bør arbeidsgiverne i DOT ta rekruttering av menn til DOT på alvor. NTFs forhandlingssjef John Frammer mener at lønn er en av løsningene. Skal vi få mannen tilbake i DOT må lønningene økes og forskjellen mellom privat og offentlig sektor minskes.

På bakgrunn av dette frykter Sentralt forhandlingsutvalgs leder, Farshad Alamdari, at både lønnsarbeidet og lønnsforhandlingene i årene fremover blir mer krevende dersom denne tendensen ikke snur eller sammensetningen endres. Han frykter også at det er for mange såkalte *«flinke piker»* som ikke i samme grad som menn er villig til å stå på krava.

Alamdari tror også at de unge tannlegene i alt for stor grad tenker på pasientene og ikke på sine egne lønns- og arbeidsvilkår.

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

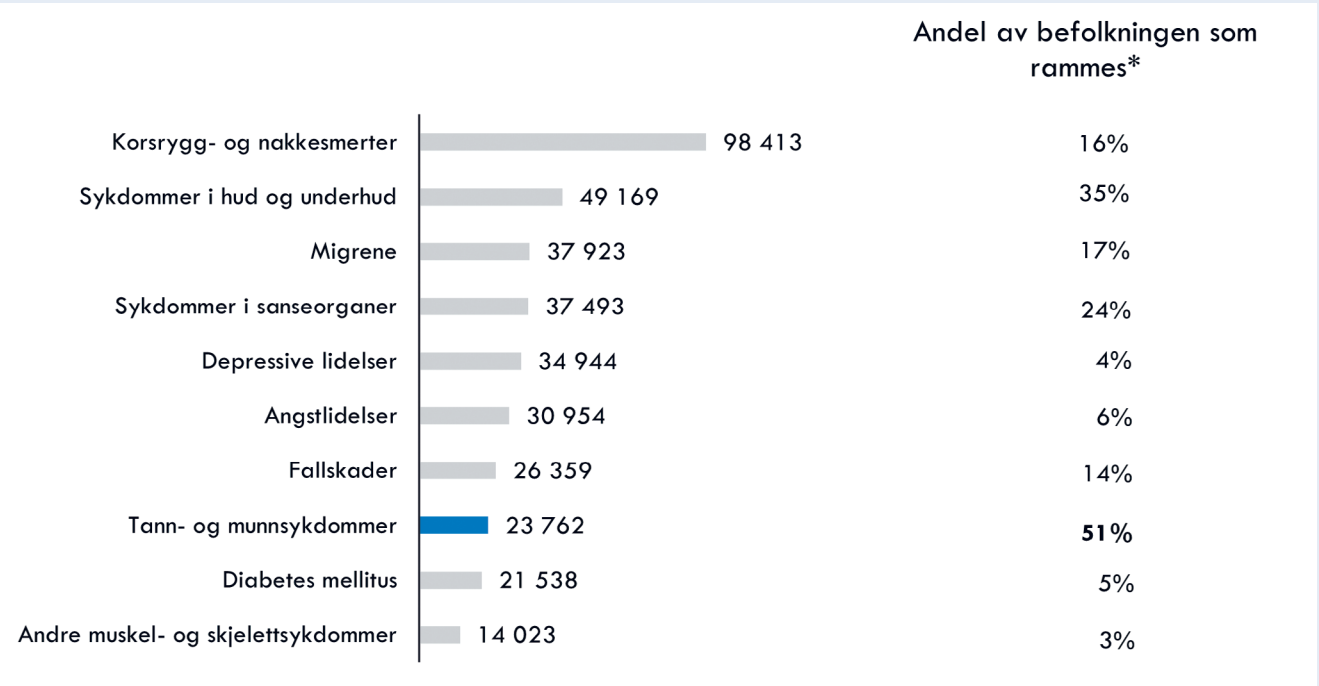
På vei mot en utredning av tannhelsetjenestene

CHRISTIAN P. FJELLSTAD, RÅDGIVER - POLITIKK OG KOMMUNIKASJON, NTF

Den norske tannlegeforening (NTF) har i flere år jobbet for at norske myndigheter skal gjennomføre en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenestene i Norge. Som et ledd i dette arbeidet har Oslo Economics, på bestilling fra NTF, utarbeidet en rapport som belyser i hvilken grad samfunnsbehovet innen oral helse er ivaretatt og som synliggjør utfordringer ved dagens finansieringsordning.

Oslo Economics-rapporten (OE-rapporten) drøfter ulike faktorer som er viktige for å ivareta befolkningens behov for tannhelsetjenester, og hvordan en bør sikre en samfunnsøkonomisk optimal bruk av ressursene for å drifte slike tjenester. I rapporten presenteres ulike modeller for organisering og finansiering av tannhelsetjenester på et prinsipielt nivå. Det er NTFs mål at denne rapporten skal kunne bidra i den kommende utredningen som regjeringen og SV er blitt enige om å igangsette om tannhelsetjenestene i Norge.

OE-rapporten presenterer status quo for den orale helsen i Norge og viser den relativt positive utviklingen en ser i be-



Figur 1. De viktigste årsakene til helsetap i Norge 2016.

	Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)	Den private tannhelsetjenesten	
	a) Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fuller 18 år b) Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon c) Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie d) Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret e) Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere	Voksenbefolkningen Kjeveortopedisk behandling til barn Personer som dekkes av offentlig tilbud, men som ønsker behandling hos private	
Finansiering 2019	Fylkeskommunen	Folketrygden	Pasientenes egenbetaling
	2,9 mrd. kr.	2,2 mrd. kr.	~13,5 mrd. kr.

Figur 2. Organisering og finansiering av tannhelsetjenestene i Norge 2019.

folkningens generelle orale helse. Det er dog ikke til å stikke under en stol at det er forbundet betydelig helsetap med dårlig oral helse for den enkelte.

Gjennom rapporten vil leseren få et innblikk i organiseringen av den norske tannhelsetjenesten, som en todelt tannhelsemodell, og hvordan finansiering av tannhelsetjenestene i Norge skjer. Den norske modellen er i sin essens organisering av et offentlig og et privat tilbud som utfyller hverandre. Rapporten tar likevel opp noen sentrale utviklingstrekk og utfordringer med dagens system, blant annet avdekkes det behov for mer kunnskap om effekten av ulike tiltak for befolkningens helse og ressursbruken.

Rapporten slår fast at det fortsatt er store ulikheter i den orale helsen hos befolkningen. Den generelle orale helsen i Norge er god, og sammenlignet med store deler av verden er tannhelsetilbudet i Norge godt. Det er imidlertid fremdeles grupper som ikke får den behandlingen de burde hatt, og dekningsgraden for tannhelsetjenester er noe lavere i Norge enn gjennomsnittet i EU.

Selv om den norske tannhelsemodellen treffer godt for store deler av befolkningen er det fortsatt grupper som ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad. Dette gjelder blant andre:

- Eldre, uføre og kronisk syke med opphold i somatiske/psykiatriske institusjoner (sykehjem, aldershjem og sykehus)
- Pasienter som mottar hjemmebaserte tjenester
- Tortur- og overgrepsutsatte og personer med sterk angst for tannbehandling (odontofobi).

Dentalstøp
Import
Kvalitet til lavpris
import@dentalstoep.no
55 59 81 70
dentalstoep-import.no

- Vi framstiller og trimmer alle modeller i Norge
- Ansvar for det tanntekniske produktet ligger hos oss
- All kontakt foregår på norsk, med oss i Norge
- 5 års garanti på fast protetikk, og 3 år på avtagbar
- Vi henter og sender arbeid daglig med Postnord, til hele landet. For å bestille opphenting, ring oss på 55 59 81 70, så ordner vi resten for dere

Vi tar også imot digitale avtrykk fra alle kjente system

I tillegg er det også de som ikke, eller i tilstrekkelig grad, favnes av dagens trygderefusjoner eller stønadsberettigede tilstander, samt mennesker som rett og slett har dårlig økonomi.

For den som ønsker å se til andre nordiske land er det også et kapittel om andre sammenlignbare land som Sverige, Danmark og Finland. Konklusjonen er dog at til tross for at det er ulike systemer er det mange av de samme utfordringene i disse landene.

Et overordnet spørsmål er hvordan en skal sikre gode tjenester og riktig ressursbruk? På prinsipielt og til dels teoretisk nivå adresseres målet om bedre folkehelse, hvordan oppnå effektiv utnyttelse av knappe ressurser, og hvordan ulike fordelingsvirkninger av offentlige tilskudd og midler skal kunne bidra til utjevning av sosiale forskjeller.

Rapportens hovedfunn

Positiv utvikling i befolkningens orale helse

- Det har vært en markant bedring i barn og unges orale helse de siste tiårene og mye tyder på at den orale helsen også er blitt bedre blant voksne

Betydelig helsetap forbundet med dårlig oral helse

- Helsetapet forbundet med tann- og munnsykdommer i Norge utgjorde om lag 24 000 tapte «gode leveår» i 2016.

Lav andel offentlig finansiering sammenlignet med øvrige helsetjenester

- De totale utgiftene i Den offentlige tannhelsetjenesten utgjorde 3,8 milliarder kroner i 2019, hvorav 2,9 milliarder ble finansiert av fylkeskommunene og om lag 900 millioner av betalende pasienter. De totale utgiftene til pasientene er anslått til 13,5 milliarder kroner.
- Tannhelsetjenester i Norge finansieres i hovedsak av pasientene selv, og andelen offentlig finansiering (ca. 28 %) er lav sammenlignet med øvrige helsetjenester (ca. 88 %).

Flere utfordringer med dagens tannhelsemodell

- Til tross for bedring i den orale helsen er det fortsatt sosial ulikhet i oral helse, og økonomi er fortsatt den viktigste årsaken til at enkelte ikke går til tannlegen.

Egenskaper ved markedet gir behov for offentlig finansiering og kontroll

- Spesielle egenskaper ved tannhelsemarkedet som asymmetrisk informasjon, imperfekt eventuelt ikke-fungerende konkurranse og tredjepartsbetaling, gjør at markedsprinsipper ikke alltid er gjeldende, og økonomiske mekanismer i markedet gjør at det kan oppstå uheldige samfunnsvirkninger knyttet til over- og underbehandling.

OE-rapporten ble ferdigstilt mot slutten av 2021 og lanseres nå på NTFs hjemmesider. Besøk www.tannlegeforeningen.no og last ned rapporten i sin helhet der. Spørsmål om rapporten kan rettes til rådgiver for politikk og kommunikasjon på e-post: cf@tannlegeforeningen.no.

Camilla er tilbake!

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSRÅDGIVER I NTF

Det var med blandede følelser NTF tok avskjed med avtroppende president Camilla Hansen Steinum ved årsskiftet. Selv om det var vemodig at hennes ti år som vår fremste tillitsvalgte nå var over, var vi også takknemlige for den utviklingen og profesjonaliseringen hun hadde bidratt til i foreningen gjennom sin tid i førersetet. Ikke minst var vi forventningsfulle og spente på hva fremtiden skulle by på med en ny president ved roret. Lite visste sekretariatet og medlemmene da at vi bare noen knappe måneder senere skulle få gleden av å ønske henne velkommen tilbake – denne gangen som ansatt i sekretariatet i 60 prosent stilling!

Camilla Hansen Steinum er naturlig nok et kjent fjes og navn for NTFs medlemmer, men vi har likevel (som seg hør og bør) stilt vår nyansatte spesialrådgiver noen spørsmål for å bli enda bedre kjent og gi medlemmene litt innsikt i hennes nye rolle og oppgaver.

Hva er det viktigste du kan bidra med inn til NTF?
Etter mange år som tillitsvalgt i NTF kjenner jeg foreningen svært godt. I tillegg har jeg erfaring fra undervisning ved fakultetet, og praksis fra både offentlig og privat tannhelsetjeneste. Jeg har jobbet som privatpraktiserende under hele presidentperioden, og jeg arbeider fortsatt klinisk flere dager i uken. Jeg har lært mye i mine 10 år som president i NTF og jeg gleder meg til å fortsatt kunne bruke den kompetansen til det beste for NTFs medlemmer. Oral helse er helse – og det er nå større politisk oppmerksomhet rundt tannhelsetjenesten enn tidligere. Det er viktig at NTF fortsetter arbeidet opp mot politikere og andre beslutningstagere og bidrar til utviklingen av fremtidens tannhelsetjeneste.

Hva gleder du deg mest til i den nye jobben?
Jeg gleder meg til å fortsatt jobbe i NTF, nå som en del av avdeling for fag og kommunikasjon og et meget kompetent sekretariat. Det pågår mange viktige prosesser og det er stor oppmerksomhet rundt tannhelsetjenesten. Jeg håper å bidra med den kunnskapen jeg har opparbeidet meg gjennom årene. Selv om jeg er glad i jobben som tannlege, syns jeg også det er svært spennende å få bruke andre sider av meg selv i arbeidet i NTF.

Hva ser du for deg blir de(n) største utfordringen(e)?
Det blir utrolig viktig å få på plass en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, noe NTF har etterspurt i mange år. Bare slik kan vi skape en tannhelsetjeneste for fremtiden som ivaretar både befolkningen og profesjonen. NTF har en svært viktig rolle i dette arbeidet. Det er dessverre fortsatt en utfordring å få politikere og andre beslutningstakere til å se oral helse som en viktig og integrert del av helsebegrepet. Det må vi jobbe videre med.

Har du noen oppfordringer eller hilsener til NTFs medlemmer?
Jeg gleder meg til å jobbe i NTF – denne gangen i en helt ny rolle. Jeg har vært så heldig å møte og bli kjent med mange av NTFs medlemmer i min tid som tillitsvalgt – og jeg gleder meg til å bli kjent med enda flere fremover. Det er veldig viktig å ha god kontakt og dialog med medlemmene – det er dem foreningen er til for – og det er helt avgjørende for å sikre at NTF utvikler seg i takt med behovene i medlemsmassen.

I NTF er vi svært fornøyde med å ha «kuppet» Camilla. Med det har vi sikret oss en kjent og kjær kollega, samtidig som vi har styrket kapasiteten på det tannhelsepolitiske området og økt den odontologiske fagkompetansen i sekretariatet. Vi ønsker henne hjertelig velkommen tilbake!

Velkommen
til NTFs nye lokaler!

TONJE CAMACHO, KOMMUNIKASJONSRÅDGIVER I NTF

NTFs sekretariat flyttet 14. mars inn i nye kontorer i Christiania Torv 5. Nå har vi gleden av å ønske medlemmer, tillitsvalgte og andre besøkende velkommen til våre splitter nye lokaler i 5. etasje i det som også blir kalt Legenes hus.

Kontorene er sentralt plassert i utkanten av kvadraturen, like ved Akershus festning og nær rådhuset, med kort avstand til offentlig transport, hoteller og restauranter. Vi har tilgang på nyoppussede møte- og konferanselokaler, samt en svært god og hyggelig kantine. Og selvsagt holder Legeforeningens sekretariat til i samme bygg.

Et slikt samboerskap med Legeforeningen kan også åpne for tettere samarbeid. Vi er blitt godt tatt imot, og alt tyder på at samlokaliseringen vil kunne gi synergieffekter for begge foreninger, både politisk og administrativt.

Bakgrunn for flyttingen

Fristen for å fornye leieavtalen i Haakon VIIs gate 6 gikk ut i september 2021, og NTF startet derfor en prosess for å vurdere ulike muligheter alt på høsten i 2020. Etter å ha undersøkt en rekke alternativer og hentet inn tilbud, falt valget til slutt på Legenes hus. Avtalen ble signert april 2021, med innflytting i mars 2022. Avtalen gjelder for en periode på 10 år, men med rett til fem års forlengelse.

Klokka 0000 på utgivelsesdato

www.tannlegetidende.no

LEGENESHUS

Møt våre tillitsvalgte

I de neste utgavene av Tidende vil vi presentere sentrale og lokale tillitsvalgte som står på for foreningen og medlemmene.

I anledning oppstarten av årets lønnsfohandlinger starter vi med en oversikt over lederne for Utvalg for tillitsvalgte (UTV).

UTVene er NTFs førstelinjetjeneste i alle spørsmål vedrørende lønns- og arbeidsvilkår for ansatte tannleger. og gjennomfører hvert år lønnsforhandlinger for tannleger i offentlige etater (lærestedene, fylkeskommunene og helseforetakene). Leder for sentralt forhandlingsutvalg (SF), Farshad Alamdari, forklarer mer om hva jobben består av:

Hva gjør egentlig en UTVer?
De bistår medlemmene og ivareta deres interesser og søker å løse tvister mellom medlemmene og arbeidsgiver. De fungerer både som rådgivere og representanter overfor arbeidsgiverne, og sørger for at NTF blir representert i virksomhetens ulike samarbeidsorganer. De er medlemmenes talerør, og bindeledd mellom dem og vedkommende arbeidsgiver. I tillegg gjennomfører de lokale tillitsvalgte lønnsoppgjøret hvert år, hvor de har rett og plikt til å forhandle og inngå avtaler på vegne av medlemmene ved virksomhetene.

Hvordan gjennomføres lønnsforhandlingene?
I de fleste av NTFs tariffområder gjennomføres lønnsforhandlingene lokalt. Her forbereder, gjennomfører og evaluerer de tillitsvalgte lønnsarbeidet og lønnsforhandlingene i sin helhet. Der det ikke oppnås enighet løses tvistene i lokale nemder. I statlig tariffområde er rammen fastsatt sentralt, mens KS-området og Oslo kommune (DOT) er per definisjon frie lokale forhandlinger uten fastsatt ramme, hvor partene forhandler seg frem til en økonomisk ramme.

Farshad Alamdari
Leder Sentralt forhandlingsutvalg (SF)

Hvilke utfordringer står UTVene overfor i årets oppgjør?
Vel, jeg nevnte at i KS-område og Oslo kommune er i prinsippet frie lokale forhandlinger uten fastsatt ramme sentralt. Dette prinsippet er dessverre blitt alvorlig utfordret og truet de siste årene. Frontfagsmodellen som skal være en norm over tid, er dessverre blitt en fasit og et tak. Vi erfarer dessverre at mange arbeidsgivere holder seg kategorisk til frontfagsrammen og rammen i de sentrale oppgjørene. Dette skaper mye frustrasjon og har de siste årene ført til flere brudd.

Andreas Förster
Agder

Øivind G. Ellingsen
Innlandet

Louise Frostad Liaset
Møre og Romsdal

Torbjørn Fauske
Nordland

Henrik Andreas Storås
Oslo

Christiane H. Dale
Rogaland

Charlotte Johansen
Troms og Finnmark

Line Johansen Sund
Trøndelag

Ali R. Karagöz
Vestfold og Telemark

Stefan Lindner
Vestland

Birgit Hjorth Kollevold
Viken

Kristine Tunes
Forsvaret

Erland Eggum
Helfo

Marianne Lofstad
Helse Sør-Øst

Kjersti R. Stenhagen
Helsedirektoratet

Elen U. P. Neiden
Lovisenberg

Aida Mulic
NIOM

Vivian Tram Pham
SiO

Tania Øystese
TkMN

Nils Henrik Melin
TkNN

Reidun Agnalt
TkØ

Sivakami Rethnam Haug
Universitetet i Bergen

Ingvild J. Brusevold
Universitetet i Oslo

Anne M. Gussgaard
Universitetet i Tromsø

NASJONAL MARKERING AV 5. MAI 2022

Etter å ha levd med «forsterkede tiltak» i månedsvis er tiden inne for å gå BACK to BASICS!

Men hva er egentlig "back to basics" når det gjelder smittevern? Årets tema for markeringen av den internasjonale håndhygienedagen er håndhygiene og andre basale smittevernrutiner.

Regionale kompetansesentre i smittevern

FHI Folkehelseinstituttet

TEMA:
Håndhygiene og andre basale smittevernrutiner

MÅLGRUPPE:
Hele helsetjenesten

LES MER/MELD DERE PÅ:

Folkehelseinstituttets temaside om håndhygiene

FACEBOOK:

Folkehelseinstituttet – håndhygiene i helsetjenesten

NTFs Midnattsolsymposium

Vi ser igjen frem til to spennende faglige dager i Tromsø, hvor temaet denne gang er "Fremtidsrettet protetikk".

Nytt for årets Midnattssolsymposium er at det vil bli arrangert en parallell-sesjon for tannhelsesekretærer begge dager.

Program for tannleger

Torsdag 16. juni (kl. 10:00 - 16:30)

- Åpningsforedrag: Hva kan bli den neste pandemien - og vil vi være bedre forberedt?
- Protetisk behandlingsplanlegging
- Digital planlegging i et preprotetisk perspektiv
- Alignere i et preprotetisk perspektiv
- Laustenner til glede og bekymring
- Avtakbar: Tips og triks, klinisk og tannteknisk fremstilling
- Slik gjør vi det her nordpå!

Fredag 17. juni (kl. 09:00 - 15:00)

- Kompositt eller keram – ja takk begge deler!
- Dentala keramer, kliniska möjligheter och utmaningar; Porslin, glaskeramer och zirkonia
- Tannluker - hva gjør vi med dem?
- Panelsamtale om behandlings-muligheter
- Digitale avtrykk er kommet for å bli

Sted: Clarion Hotel The Edge, Kaigata 6, Tromsø

Målgruppe: Tannleger og tannhelsesekretærer

Kursavgift:

For tannleger kr 6900 inkl. lunsj
For tannhelsesekretærer kr 3900 inkl. lunsj

16. – 17. juni 2020, Tromsø

Program for tannhelsesekretærer

Torsdag 16. juni (kl. 09:00 - 15:30)

- Åpningsforedrag: Hva kan bli den neste pandemien - og vil vi være bedre forberedt?
- Scanning for tannhelsesekretærer
- Samarbeid - moderne tannbehandling
- Estetisk tannpleie – bleking, kompositt og bondet protetikk

Fredag 17. juni (kl. 09:00 - 15:00)

- Jo mere vi er sammen
- Ka skal vi ta oss tel når tannlegen er borte?
- Protetikkpasienten - mer enn manglende tenner?
- Hvordan kan jeg ha det bra og fungere godt på jobb?
- Hva skal inn når tennene går ut?

Benytt anledningen til å gi hele tannhelseteamet et faglig løft!

Årets Midnattssolsymposium byr på en unik mulighet til å ta med hele teamet på tur, for faglig påfyll og sosialt samvær. Tromsø byr på midnattssol, vakker natur og en rekke turmål, samt enestående mat- og kulturopplevelser. Hva med å melde hele klinikken på Midnight Sun Marathon?

Festaften:

Velkommen til fest i uformelle lokaler på Full Steam på Bangsundbrygga.
Vi byr på middag, drikke og underholdning med Lyse Netter.

Tid: Torsdag 16. juni kl 1930

Frist for lav påmeldingsavgift: 20. mai 2022

Påmelding gjøres via www.tannlegeforeningen.no

Telemark Tannlegeforening ønsker velkommen til

Kragerøkurset

10. og 11. juni:

Protetikk eller ikke-protetikk på rotfylte tenner, ex eller ikke-ex?

Kursomtale

Kurset tar for seg ulike problemstillinger man møter i allmennpraksis når det gjelder hva man kan bruke en rotfylt tann til. Bør vi rotfylle oftere? Hvor mye tannsubstans må til for å fremstille en krone og stiftkonus? Hvordan bedømmer vi prognosen til tannen? Hva er planen for resttannsettet? Hvilke behandlingsalternativer har vi? Hvorfor er det viktig å bevare tenner fremfor ekstraksjon med en gang? Hva med traumetenner med usikker langtidsdiagnose i estetisk sone? Implantat eller konvensjonell protetikk? Kurset vil også ha fokus på diagnoser, som tidvis er vanskelig å stille og kan gjøre prognosen usikker, som for eksempel resorpsjoner, infraksjonslinjer, sprekker og endo/periolesjoner.

Kurset vil gå nærmere inn på ulike protetiske behandlingsalternativ når resttannsettet er redusert: kombinasjonsprotetikk, avtakbare løsninger og broløsninger. Kurset vil også se på utfordringer med misfargede rotfylte tenner i estetisk sone og hvilke muligheter man har for å maskere dette. Ulike keramer og indikasjonsområder vil derfor bli belyst. Gjennom kliniske kasus vil problemstillinger bli vurdert, og vi vil diskutere fordeler og ulemper med de ulike behandlingsalternativer. Problemstillingene vil forsøkes løst med støtte i vitenskapelig litteratur. Målet med kurset er å øke kunnskapen rundt de mulighetene og begrensninger man har i et redusert tannsett, samt å gjøre det enklere for allmennpraktikeren å bedømme tannens diagnose, behandlingsalternativer og prognose

Kursgivere

Eva Gustumhaugen, spesialist i oral protetikk, UiO. Jobber som spesialist i oral protetikk ved Kirurgiklinikken AS, og som spesialtannlege i oral protetikk ved Sentrum tannklinikk, Spesialavdelingen, DOT.

Thomas Myrhaug, spesialist i endodonti, UiO og privatpraktiserende.

Påmelding og betaling

Påmelding og betaling: deltager.no

Hotellrom MÅ bestilles per e-post til Åse/Telemark Tannlegeforening: Booking@krageroresort.no

Man kan *ikke* bestille online via andre bookingkanaler eller per telefon.

Kursavgift: kr 5 500. Inkluderer foredrag, lunsj og konferansepakke begge dager og sosialt arrangement

Ledsager: kr 1 790.

Hotellrom: kr 1 495 for enkeltrom, 1 170 for dobbeltrom, per person

Påmeldingsfrist: 1.mai 2022. Påmelding og betaling: deltager.no

For eventuelle spørsmål, kontakt lokal kurskontakt i Telemark: Christine Aanesen, e-post: ttfkursnemda@gmail.com

Kurset teller

Kurset teller 9 timer i NTFs etterutdanningssystem

VILLA SANA - Modum bad

NTF har en avtale med Villa Sana ved Modum bad om kurs og rådgivning for medlemmene for å forebygge utbrenthet og fremme tannlegers helse og livskvalitet. Alle utgifter i forbindelse med rådgivning inklusive reiseutgifter, dekkes av NTF ved Sykehjelpsordningen. Tap av eventuell arbeidsfortjeneste dekkes ikke.

Rådgivning
Rådgivningssamtalen foregår over en dag fra kl 09.00-15.00 på Villa Sana (Modum Bad), i Oslo eller i Bergen. Det er også opprettet tilbud om videorådgivning på 2,5 t.

NTFs medlemmer tar selv kontakt med Villa Sana for en rådgivningsdag. Henvendelse kan skje per e-post: villasana@modum-bad.no

KURSTILBUD VÅREN 2022

Arbeidshelse – tredagerskurs for tannleger
Kurset arrangeres 7. - 9. juni 2022, og er et kurstilbud for ni tannleger over tre dager. Kurset inneholder undervisning og tilbud om enkeltsamtale, kombinert med et godt opplevelsesorientert og rekreativt tilbud.

Undervisningen handler blant annet om: Selvfølelse, livskvalitet, balansen mellom arbeid og hjem, oppmerksomt nærvær og tannlegerollen, samt konkrete utbrenningsforebyggende tiltak.

Påmelding og mer informasjon finner du på www.modum-bad.no

Arbeidsliv

Norsk autorisasjon – norsk språk ... igjen[1]

Tannleger utdannet innenfor EØS-området får norsk autorisasjon som tannlege, uten vurdering av norske språkferdigheter. Betyr dette at utenlandske tannleger kan jobbe som tannlege i Norge uten norskkunnskaper? Det enkle svaret på dette spørsmålet er nei.

TONE GALAASEN, ADVOKAT I NTF

Norsk autorisasjon uten vurdering av språkkunnskaper

Det stilles krav til både muntlige og skriftlige norskkunnskaper for alle tannleger som praktiserer i Norge, selv om tannleger med utdanning fra EØS-området ikke må dokumentere norsk språkkompetanse i forbindelse med søknad om norsk autorisasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at det i utgangspunktet er opp til arbeidsgiver å kontrollere at helsepersonell behersker norsk i tilstrekkelig grad. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at selvstendig næringsdrivende tannleger selvsagt også må ha tilstrekkelige norskkunnskaper til å oppfylle de lovbestemte kravene. Alle tannleger bør ha kjennskap til de mulige konsekvensene av manglende språkferdigheter.

Helsepersonelloven § 4 - Forsvarlighet

Helsepersonell har et personlig og selvstendig ansvar for forsvarlig virksomhet. De er forpliktet til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Mangelfulle språkkunnskaper kan føre til at helsepersonell blir fratatt autorisasjonen, dersom det fører til uforsvarlig virksomhet. Statens helsepersonellnemnd uttaler at «Det er et grunnleggende krav til helsepersonell som utøver sitt yrke i Norge at de skal ha tilstrekkelige kunnskaper om det norske språket. Kunnskaper er særlig viktig i kommunikasjonen med pasientene, og for at dokumentasjonen skal forstås av andre enn klageren. … Dette overordnede kravet til en forsvarlig virksomhet, herunder en forsvarlig kommunikasjon, gjelder selv om det ikke stilles bestemte krav til språkkunnskaper før autorisasjon»[2].

Utilstrekkelige norskkunnskaper har også ført til reaksjoner overfor helsepersonell fra Helsetilsynet, som har uttalt: «Evnen til å forstå norsk språk og kunne kommunisere med helsepersonell, pasienter og pårørende er også en forutsetning for å arbeide som lege». Tilsvarende gjelder for tannleger.

I en tilsynssak mot et helseforetak ble det påpekt at «Arbeidsgiver er ansvarlig for å sikre at ansatte har tilstrekkelig språkkunnskaper for å kunne utføre forsvarlige helsetjenester».

Helsepersonelloven § 6. Ressursbruk og folketrygdloven § 5-6

Helsepersonell skal sørge for at pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre, ikke blir påført et unødvendig tidstap eller utgift. Hovedregelen er at voksne pasienter selv må betale for tannbehandling i Norge. Enkelte pasienter har imidlertid rett til å få dekket utgifter til «undersøkelse og behandling hos tannlege for sykdom».

Det er nødvendig med gode norskkunnskaper for å sette seg inn i, og være i stand til å følge, et detaljert og komplisert regelverk for refusjon fra staten (Helfo). Mangelfulle språkkunnskaper kan lede til at pasienter ikke får de rettighetene de har krav på. Feil og misforståelser, eller misbruk av regelverket, kan imidlertid også få svært store konsekvenser for den enkelte tannlege, som risikerer høye krav om tilbakebetaling av feil utbetalt refusjon. I alvorlige tilfeller kan tannleger også miste retten til å praktisere for trygdens regning.

Helsepersonelloven § 10 og pasient- og brukerrettighetsloven

Det grunnleggende hensynet til pasienten, er selvsagt helt sentralt. Pasienter har behov for informasjon og kommunikasjon på et språk de forstår. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, mulig risiko og bivirkninger. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet

og betydningen av opplysningene. Dette er nødvendig også for at pasienten skal kunne gi informert samtykke til behandlingen.

Norsk som journalspråk. Helsepersonelloven §§ 39-40 og pasientjournalforskriften § 10

Pasientjournalen skal som hovedregel skrives på norsk. Det forutsettes at utenlandsk helsepersonell i Norge, som yter helsehjelp på et selvstendig grunnlag, også kan skrive journal på norsk. Det er viktig at journalene føres på et språk som forstås av alt helsepersonell som kan få bruk for dem i den norske helse- og omsorgstjenesten. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Innarbeidede faguttrykk kan naturligvis benyttes.

Dansk eller svensk kan benyttes, i den utstrekning det er forsvarlig. Spesielle ord og uttrykk, som skiller seg vesentlig fra tilsvarende norske begreper, bør unngås, forklares eller oversettes, for å unngå misforståelser.

I særlige tilfeller kan Statens helsetilsyn gi tillatelse til å benytte annet språk, f.eks. engelsk. Tillatelse gis bare i helt spesielle tilfeller, f.eks. dersom en utenlandsk tannlege kun skal behandle ansatte ved sitt hjemlands ambassade.

Likestillings- og diskrimineringsloven

Diskriminering på grunn av språk er som hovedregel forbudt. Forskjellsbehandling er ikke ulovlig når den har et saklig formål, når det er nødvendig for å oppnå formålet og ikke er uforholdsmessig inngripende. Likestillingsombudet[3] har lagt til grunn at det er en saklig forbigåelse, og ikke i strid med loven, å legge avgjørende vekt på søkers mangelfulle skriftlige norskkunnskaper i stillinger hvor språket er sentralt for å kunne utføre arbeidsoppgavene.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet og språkkrav. Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits § 24

Utenlandske tannleger som får godkjent yrkeskvalifikasjoner etter EØS-regelverket, må også ha nødvendige språkkunnskaper for å kunne utøve yrket forsvarlig i Norge (vertsstaten).

Forskriften § 24 bidrar til en bevisstgjøring av at også EØS-borgere som søker stillinger i helsevesenet «skal ha språkkunnskapene som er nødvendige for å utøve yrket i vertsstaten».

EFTA-domstolen[4] har slått fast at en autorisasjon kan nektes i den grad det er dokumentert at vilkårene for å kalle tilbake en autorisasjon etter nasjonale regler er oppfylt, jf. helsepersonelloven §§ 57-58, selv om vilkårene i direktiv 2005/36 EF (yrkeskvalifikasjonsdirektivet) er oppfylt.

Dette er fulgt opp av Statens helsepersonellnemnd[5], som har stadfestet vedtak om avslag på autorisasjon blant annet på grunn av mangelfulle språkkunnskaper.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet artikkel 53 Språkkunnskaper, slår fast at vertsstaten (i dette tilfellet Norge), kan stille språkkrav dersom dette har betydning for yrkesutøvelsen, bl.a. når det har konsekvenser for pasientsikkerheten. Vurdering av den enkeltes språkkompetanse må vanligvis gjøres etter godkjenning av søkers yrkeskvalifikasjoner.

Det er presisert i fortalen punkt 26 at: «… For yrker som har sammenheng med pasientsikkerhet, er det særlig viktig å foreta språkkontroll i henhold til direktiv 2005/36/EF *før* yrkesutøveren får adgang til yrket i vertsstaten. …» Det er videre understreket at dette er et myndighetsansvar, og at forholdsmessighetsprinsippet må overholdes her, som på alle andre områder innenfor EØS-retten.

Kontrollen av språkkunnskaper skal være rimelig, sett i sammenheng med den aktivitet som skal utføres. Forskjellige stillinger kan ha forskjellige krav til språkferdigheter. Dette gjelder også innen samme helsepersonellgruppe. De språkkravene som stilles må være nødvendige for en forsvarlig yrkesutøvelse, noe som må vurderes konkret. Dette innebærer blant annet at EØS-statene ikke kan forlange systematiske språktester.

NTF, Legeforeningen og Psykologforeningen påpekte behovet for språkkontroll i en felles høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet 16. september 2016[6]. Norske myndigheter har likevel, foreløpig valgt å ikke implementere direktivets bestemmelser om språkkontroll.

REFERANSER

1. En tidligere versjon av artikkelen ble publisert på norsk og engelsk i Tidende nr. 9 / 2014
2. HPN-2020-2939
3. Likestillingsombudet sak 08/1222
4. EFTA-domstolens dom av 15. desember 2011 er en rådgivende uttalelse til Statens helsepersonellnemnd bl a om adgangen for en medlemsstat til å stille språkkrav som tilleggsvilkår for autorisasjon til lege som omfattes av EØS reglene om automatisk godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.
5. HPN 11/169. Se også helsepersonelloven § 53 andre ledd
6. Departementets høringsnotat om implementering av direktiv 2013/55/EU og felles høringsuttalelse kan leses her: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---endringer-i-eos-forskriften-om-godkjenning-av-helsepersonell---gjennomforing-av-endringer-i-eus-yrkeskvalifikasjonsdirektiv/id2501546/?uid=7fec590a-09b0-4f62-88dc-5274cf6dfe53

Arbeidsliv

Norwegian Authorization – Norwegian Language Proficiency ... once again[1]

Dentists educated within the EEA-Area, are granted an authorization as a dentist in Norway, without assessment of Norwegian language skills. Does this mean that dentists with foreign backgrounds can practice as a dentist in Norway without Norwegian language proficiency? The simple answer to this question is no.

TONE GALAASEN, ATTORNEY AT LAW, THE NORWEGIAN DENTAL ASSOCIATION

Norwegian authorization without language evaluation

Both written and spoken language proficiency is required of all dentists who practice in Norway, although dentists educated in another EEA-country are not required to prove Norwegian language proficiency when applying for authorization in Norway.

The Ministry of Health and Care Services reasons that it is up to the employer to check the proficiency of an applicant for a professional health care position. It's important however, to notice that also self-employed dentists in private practice must have sufficient Norwegian language skills to fulfill the requirements of the law. All dental practitioners should be acquainted with possible consequences of inadequate language skills.

The Health Personnel Act §4 – Reliability/Safety

Health professionals have a personal and independent responsibility for reliable and safe practice. They are obliged to execute their work according to the requirements for the safe, reliable, and considerate help which can be expected according to their qualifications, the nature of the work, and the given situation in general.

The consequence of insufficient language skills can be the loss of authorisation as a dentist, when it leads to irresponsible activities. The Norwegian Board of Health Personnel states that "There is a fundamental requirement for health personnel exercising their profession in Norway that they should have sufficient knowledge of the Norwegian language. Knowledge is particularly important in communication with patients, and in order for the documentation to be understood by anyone other than the complainant. ... This overall requirement for prudent activities, including proper communication, applies even if there are no specific requirements for language skills prior to authorisation"[2].

Inadequate language skills have also led to reactions against health personnel from The Norwegian Board of Health Supervision, who have stated: "The ability to understand the Norwegian language and to be able to communicate with health care givers, patients, and next of kin, is also a requirement for functioning as a physician." This also applies to dentists.

In a case brought before the Board of Health Supervision, a health services institution was instructed: "The employer is responsible for its staff having adequate language skills to function reliably and safely."

The Health Personnel Act § 6 Resource usage and The National Insurance Act § 5-6

Health personnel shall ensure that the healthcare does not inflict unnecessary loss of time or expense, on the patient, health institution, the authorities or others. The main rule is that adult patients themselves have to pay for dental treatment in Norway. However, some patients have the right to be reimbursed for expenses for "examination and treatment by a dentist for disease".

Sufficient Norwegian skills are required to familiarize themselves with, and be able to follow, detailed and complicated regulations for reimbursement from the authorities (Helfo). Inadequate language skills can lead to patients not being given the rights they are entitled to. However, errors and misunderstandings, or misuse of the regulations, can also have major consequences for the individual dentist, who risks high demands for repayment of incorrectly paid reimbursements. In

severe cases, this may lead to the loss of the right to practice at the expense of Norwegian authorities.

The Health Personnel Act § 10 and the Patient and User Rights Act

The basic concern for the welfare of the patient has a central position. The patient has a natural need for information and communication in a language he/she understands. The patient must have the information necessary, in order to understand his/her health situation, the content and extent of the treatment offered, and possible risks and side effects. Health personnel shall, as far as possible, assure that the patient has understood the content and significance of the information given. This is necessary for the patient, to be able to evaluate the situation and give his/her consent to treatment.

Norwegian language in medical records. The Health Personnel Act §§ 39-40 and the Patient Record Regulation § 10

Patient records shall as a main rule be written in Norwegian. It is assumed that foreign personnel in Norway, who offer health services on an independent basis, also is capable of writing patient records in the Norwegian language. It is important that the records is written in a language which can be understood by all medical personnel for use in Norwegian health and medical care services. Established medical terms may, of course, be used.

Danish and Swedish may also be used, where this is justifiable. Special words and expressions, which differ essentially from the Norwegian, ought to be avoided, explained or translated, to avoid misunderstandings.

In particular situations the Norwegian Board of Health Supervision may give permission to use another language, e.g. English. Permission is given only is special cases, e.g. if a foreign dentist is only treating persons in the service of an embassy of his or her home country.

The Gender Equality and Discrimination Act

Discrimination on the grounds of language is as a main rule forbidden. Discrimination is however not illegal when it has a just objective, when it's necessary in order to reach this objective and when it's not unnecessarily encroaching. The Equal Opportunities Commissioner has established that it is a just omission, and not against the law, to place decisive importance to an applicant's lack of written language proficiency in positions where language proficiency is essential to the position.[3]

Directive 2005/36/EC The Professional Qualifications Directive and language requirements.

Regulation concerning authorization, licence and specialist validation for health personnel with professional qualifications from other EEA-countries or Switzerland § 24

Foreign dentists whose professional qualifications have been approved within the EEA, shall also have the language skills necessary to deliver safe and reliable professional care in Norway (as the host country).

The regulation §24 on language requirements contributes to an increased awareness that EEA citizens who apply for positions in Norwegian health services "shall have a knowledge of languages necessary for practising the profession in the host Member State"...

EFTA[4] has ascertained that authorization may be denied when documentation demonstrates that the conditions for retracting an authorization in accordance with national regulations, cf. Health Personnel Law §§ 57-58, even if the requirements in the Directive 2005/36 EF on mutual recognition of professional qualifications are fulfilled.

This is followed up by the Norwegian Health Personnel Board[5] which has affirmed a decision on denying authorization on, among other things, lack of adequate language skills.

The Directive on the recognition of professional qualifications Article 53 Knowledge of languages, clarifies that the host state (in this case Norway), has the authority to set language requirements, if this is of importance for performance in a given profession, e.g. where patient safety may be in question. Evaluation of the professional's language competence must ordinarily be carried out after the applicant's professional qualifications have been approved.

The preamble paragraph 26 underlines: "… Competent authorities should be able to apply language controls after recognition of professional qualifications. It is important for professions that have patient safety implications in particular that language controls under Directive 2005/36/EC be applied *before* the professional accesses the profession in the host Member State.

Controlling language proficiency shall be reasonable, assessed against the professional activity to be performed. Different jobs will require different levels of language proficiency. The requirements will differ within the same groups of health professionals. The language requirements designated as necessary for safe, correct professional service must be evaluated specifically for each task or position in question. This means that the EEA countries cannot require systematic language tests.

The Norwegian Dental Association, The Norwegian Medical Association and The Norwegian Psychologist Association pointed out the need for language control in a joint consultation statement to the Ministry of Health and Care Services 16 September 2016[6]. Norwegian authorities have, so far, chosen not to implement the Directive's provisions on language control.

REFERANSER

1. An earlier version of this article was published in Norwegian and English in Tidende nr. 9 / 2014
2. HPN-2020-2939
3. Case 08/1222
4. The European Free Trade Associaton's court verdict of December 15, 2011 is an advisory statement, among other things, on a member state's authority in language skills requirements for authorization for physicians which is covered by EEA rules on automatic authorization of professional qualifications.
5. The Health Personnel Board, case 11/169 cf. law concerning health personnel § 53, section 2
6. The Ministry's consultation paper on the implementation of Directive 2013/55/EU and the joint consultation statement can be read here: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---endringer-i-eos-forskriften-om-godkjenning-av-helsepersonell---gjennomforing-av-endringer-i-eus-yrkeskvalifikasjonsdirektiv/id2501546/?uid=7fec590a-09b0-4f62-88dc-5274cf6dfe53

Tidendes pris for beste oversiktsartikkel

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

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

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til redaktøren.

Spør advokaten

Reisekostnader ved ansettelsesintervju

LIN MUUS BENDIKSEN, SPESIALRÅDGIVER I NTF

Jeg skal ansette en ny tannlege på klinikken min og har lyst ut den ledige stillingen. En av de mest aktuelle kandidatene er bosatt utenlands. Må jeg tilby meg å dekke hele eller deler av reisekostnadene i forbindelse med et mulig intervju? Kan dere fortelle meg om det er noen regler på området, eventuelt gi meg et råd om hvordan jeg bør opptre her.

Svar:

Det finnes ingen regler som gir arbeidssøkere rett til å få dekket utgifter til reise og eventuelt nødvendig opphold for å delta i et intervju.

Hvis arbeidsgiver er svært interessert i en bestemt søker, og er kjent med eller antar at søker neppe har anledning til å komme hvis ikke utgiftene blir dekket, kan det være lurt å strekke seg og betale søkerens utgifter eller tilby seg å bidra med deler av utgiftene.

Jeg vil tro at det er mer aktuelt for de fleste å åpne opp for at intervjuet kan gjennomføres digitalt, i hvert fall når det dreier seg om et førstegangsintervju. Det er ikke helt det samme som å møtes fysisk, men etter gjennomført førstegangsintervju vet du antakelig mer om det er aktuelt å gå videre med den aktuelle søkeren og kan vurdere spørsmålet om dekning av reisekostnader på nytt.

I utgangspunktet må altså en arbeidssøker som skal flytte over landegrensene selv bære byrdene ved ekstra utgifter og tidsbruk ved å stille på intervju i et annet land.

Bedrifter eller bransjer som ansetter mange utenlandske arbeidstakere har gjerne en fast praksis eller et reglement for reisekostnader i forbindelse med intervjuer.

Hvis dere velger å dekke reisekostnadene, er dette å anse som ansettelseskostnader for arbeidsgiver, og skattefritt for arbeidssøker.

Kontaktpersoner i NTFs kollegahjelpsordning

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

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

Erik Nilsen
er-nils2@online.no

Bergen Tannlegeforening
Anne Christine Altenau,
tlf. 977 40 606

Jørn H. Kvist
tlf. 995 62 420

Buskerud Tannlegeforening
Anna Karin Bendiksby,
annakarinbe@gmail.com

Lise Opsahl,
tlf. 90 03 11 34

Finnmark Tannlegeforening
Lisbeth Thomsen
lthomse@online.no

Haugaland Tannlegeforening
John Magne Qvale,
johnqvale@getmail.no

Margrethe Halvorsen Nilsen,
tlf. 97 71 05 50

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

Nordland Tannlegeforening
Connie Vian Helbostad,
conhel@nfk.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

Saksbehandling ved klage på overtredelse av de etiske reglene og tilgjengeliggjøring av vedtak

SILJE STOKHOLM NICOLAYSEN, JURIDISK RÅDGIVER I NTF

Saker som gjelder overtredelse av de etiske regler skal oversendes lokalforeningens styre.

Lokalforeningens styre skal foreta de nødvendige undersøkelser, opptre som mekler og forsøke å løse sakene, men kan ikke benytte reaksjonsmulighetene NTFs etikkråd har. Unntaket er der saken er av prinsipiell karakter/særskilt interesse eller gjelder spørsmål om tolkning av det etiske regelverket, da skal NTFs etikkråd ta saken opp til behandling uten at den først er behandlet av lokalforeningens styre. NTFs etikkråd kan også ta opp saker til behandling på eget initiativ, og lokalforeningen kan oversende saker til rådet dersom saken synes å by på særlige vanskeligheter.

Når en sak er brakt inn for lokalforeningen/NTFs etikkråd, skal den innklagede underrettes skriftlig om dette og få mulighet til å uttale seg skriftlig om saken. Den som har brakt saken inn skal få oversendt tilsvaret fra innklagede til orientering. Medlemmer som tilskrives i forbindelse med en konkret sak plikter å avgi forklaring overfor lokalforeningsstyret/NTFs etikkråd. Dersom slik forklaring ikke er mottatt innen fristens utløp, kan saken tas opp til avgjørelse basert på den informasjon som foreligger.

Dersom en tannlege har overtrådt NTFs etiske regler har rådet følgende reaksjonsmuligheter:

- Meddele kritikk av forholdet og eventuelt gi pålegg om at dette beklages og/eller bringes til opphør.
- Ved alvorlige overtredelser kan rådet innstille overfor NTFs hovedstyre på følgende:
- Tannlegen ilegges en bot, begrenset oppad til 1/2G (folketrygdens grunnbeløp).
- Eksklusjon av tannlegen, med eventuell offentliggjøring i NTFs Tidende.

Rådet kan også innstille overfor hovedstyret på eksklusjon dersom en tannlege ikke vil rette seg etter en avgjørelse i rådet.

Rådets avgjørelse er endelig og kan ikke påklages. Den skal være begrunnet og meddeles den innklagede, samt den aktuelle lokalforening. Den som har brakt saken inn orienteres når den er ferdigbehandlet, og det er rådet som bestemmer i hvilken form og utstrekning vedkommende skal underrettes om innholdet i rådets avgjørelse. Andre, som ikke har vært del av klagen, har ikke rett til innsyn i hvem som er innklaget eller rådets avgjørelser.

Kurs i regi av NTF og NTFs lokal- og spesialistforeninger

27. apr	**Trondheim**	Medlemsmøte STTF
28. apr	**Haugesund**	Medlemskurs Haugaland tannlegeforening
29. apr	**Stavanger**	Medlemskurs RTF
11. mai	**Øyna/Inderøy**	Kurs i periodontal kirurgi NTTF
13. mai	**Bodø**	Vårkurs i peiodonti - Nordland TF
20.–21. mai	**Loen**	Loenmøtet 2022
31. mai	**Nettbasert**	Webinar ØNH for tannleger (OTF)
10.–11. juni	**Kragerø**	Kragerøkurset 2022
16.–17. jun	**Tromsø**	NTFs Midnattssolssymposium 2022
30. aug	**Høyres Hus**	Medlemskurs OTF
1. sep	**Haugesund**	Slimhinnelidelser Haugaland TF
2. sep	**Nettbasert**	NTFs digitale fagdag
23. sep	**Trondheim**	Høstkurs STTF
11. okt	**Høyres Hus**	Medlemskurs OTF
1. nov	**Høyres Hus**	Medlemskurs OTF
3.–5. nov	**Norges Varemesse, Lillestrøm**	NTFs landsmøte
25.–26. nov	**Rogaland**	Novemberkurs RTF
6. des	**Høyres Hus**	Medlemskurs OTF

Andre kurs, møter og aktiviteter

21.–23. apr	**Tyrkia**	EFCD – ConsEuro
25. apr	**Nettbasert**	Møte SNU
29.–30. apr	**Bergen**	Arbeidskurs BEST – Tannslitasje
30. mai	**Oslo**	Møte SNU
08.–09. jun	**Oslo**	Hovedstyremøte
09.–10. jun	**Oslo**	Forum for tillitsvalgte
14.–15. juni	**Sandefjord**	Samfunnsodontologisk Forum
15.–18. jun	**København**	EuroPerio 2022
15.–18. jun	**Lisboa, Portugal**	EAPD Congress 2022
20.–21. juni		Møte NOAT
20.–25. juni	**Nettbasert**	IADR/APR General Session & Exhibition
30. aug	**Nettbasert**	Møte SNU
31. aug	**Oslo**	Hovedstyremøte
~~29. sep–02. okt~~	**Mumbai**	~~FDI World Dental Congress~~ AVLYST
13. okt	**Nettbasert**	Hovedstyremøte
24. okt	**Nettbasert**	Møte SNU
16.–18. nov	**Gøteborg**	Odontologisk Riksstämma
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

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

Rapport om akademisk ytringsfrihet

Onsdag 30.mars, presenterte utvalgsleder, Anine Kierulf, ekspertgruppens råd og forslag til tiltak for å verne den akademiske ytringsfriheten.

Utvalget kommer med en rekke forslag i sin 120 sider lange NOU 2022: 2 (Norges offentlige utredninger), med undertittel: «God ytringskultur må bygges nedenfra, hver dag».

Utvalget skriver at lovforslagene har fire hovedmål: tydeliggjøre det institusjonelle ansvaret for ansatte og studenters akademiske frihet; presisere at det institusjonelle ansvaret innebærer å sørge for opplæring i og forutsetninger for at ansatte og studenter kan utøve akademisk frihet, herunder akademisk ytringsfrihet; tydeliggjøre at den akademiske friheten fra eksterne instrukser og styring også gjelder formidlingsdelen av de akademiske oppgaver; løfte frem den individuelle retten til, og ansvar for å drive akademisk formidling.

Personalia

Dødsfall

Terje Nordvik, f. 09.07.1940, tannlegeeksamen 1966, d. 31.12.2021

John Anders Rørstrand, f. 13.12.1977, tannlegeeksamen 2018, d. 04.09.2021

tilbakeblikk

1922

Gave til Statens Tandlægeinstitut

«Tandlægenes Varehus A/S har oversendt Statens Tandlægeinstitut en *sjelden* og og værdifuld gave, nemlig et helt skelet av den for sit tandsæt og sin skeletfinger saa bekjendte halvabe «Aye-Aye» en dyrenes slikkepot. En beskrivelse av dyret med billeder kommer i næste nr. av «Tidende».»

Fra Tidende nr. 5, april, 1922

1972

Hvordan etterutdanne?

«En enqueteundersøkelse om etterutdannelse blant tannleger

Behovet for og ønsket om etterutdannelse er stort i alle yrkesgrupper. Dette forårsaker en rekke praktiske og økonomiske problemer både for yrkesutøverne og for de institusjoner som skal organisere etterutdannelsen. …

Så vidt kjent foreligger det ingen undersøkelser som har forsøkt å analysere behovet for etterutdannelse av tannleger. Det synes derfor ønskelig å fremskaffe bedre opplysninger om forskjellige sider ved etterutdannelsen, bl.a. tannlegenes forventninger. Fagnevnden i Den norske tannlægeforening og Etterutdannelsesrådet ved Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo, foranlediget derfor at et representativt utvalg av norske tannleger ble tilsendt spørreskjemaer som tok sikte på å uteske deres meninger om behovet for etterutdannelse, og hvilke former slik utdannelse burde ha.»

Fra Tidende nr. 4, 1972

2012

Første symposium

Holmenkollsymposiet, 12.-13. mars, 2012

«370 deltakere strålte om kapp med vårsolen den første formiddagen under symposiet i oral protetikk.

NTFs president og fagnemndsleder, Camilla Hansen Steinum og Inger-Johanne Nyland foretok sammen den offisielle åpningen av symposiet, og satte dets tilblivelse i nær sammenheng med innføringen av obligatorisk etterutdanning for tannleger som er medlem av Den norske tannlegeforening. Dette blir ikke den eneste nyvinningen på etterutdanningssiden kunne fagnemndslederen love.

Underdirektør Ole Marker fra Dansk Tandlægeforening hadde tatt turen fra København til Oslo for å kaste glans over åpningen av NTFs første symposium. Danskene har holdt på med dette i 20 år, og Marker konstaterte at det har tatt nordmennene litt tid å bli inspirert.»

Fra Tidende nr. 4, 2012

Verdens lykkerapport 2022

viser økt stress og bekymring og en pandemi av generøsitet

Hvert år den 20. mars markerer FN verdens lykkedag med lansering av World Happiness Report (WHR). I en tid hvor krig avløser pandemi, og klima og voksende ulikhet er betydelige utfordringer, er lykken under press. Årets rapport viser at stress og bekymring har økt globalt, men også at prososialitet og generøsitet har økt i koronatiden. Som i fjor troner Finland øverst på listen fulgt av Danmark, og Island. Nederst på listen finner vi Afghanistan. Norge fortsetter å falle i rangeringen, men er fremdeles blant landene med den mest fornøyde befolkningen og ligger i år på 8. plass mellom Sverige og Israel.

Til tross for trusler, pandemi og globale omveltninger viser både verdens lykkerapport 2022 og Folkehelseinstituttets (FHI) egne undersøkelser at den gjennomsnittlige fornøydheten i den norske befolkningen har vært relativt stabil over tid. Den verdensomspennende undersøkelsen viser også at stress og bekymring har økt i hele verden de siste 10 årene - og at unge har fått det verre, mens de over 60 har fått det bedre. Norske undersøkelser viser det samme. Særlig observeres bekymringsfulle tall for ungdom og unge voksne. Som i andre land er livskvaliteten også i Norge skjevt fordelt og det finnes en rekke utsatte grupper. Det blir viktig å følge utviklingen fremover.

Pandemien, dens ettervirkninger og krigsfrykt kan medføre stress, psykiske belastninger og økt ulikhet. De nasjonale og globale utfordringene aktualiserer arbeidet med å fortsette å måle, analysere og bruke kunnskap om livskvalitet for å tilrettelegge for en positiv og bærekraftig utvikling. Vi skal ikke bare reflektere over og debattere fremtiden: vi skal skape den.

World Happiness Report (WHR)

WHR har vært utgitt av FNs nettverk for bærekraftig utvikling hvert år siden 2012. Årets rapport er altså den tiende i rekken og inneholder rangeringer av nasjonal fornøydhet basert på data fra Gallup World Poll. Omtrent 1 000 personer fra hvert land deltar i denne undersøkelsen hvert år og blir bedt om å evaluere ulike sider av livskvaliteten. Selve rangeringen er basert på ett spørsmål om fornøydhet med livet på en skala fra 0-10, hvor 10 er det best tenkelige livet og 0 er det verst tenkelige (Cantrils stige). Vektede gjennomsnitt blir brukt for å konstruere et representativt populasjonsutvalg for hvert land som deltar. I den offisielle rangeringen brukes et gjennomsnitt for de tre siste årene; det gir høyere utvalgsstørrelse og mer presise estimater. Positive og negative

TECHNOMEDICS
KVALITET & KOMPETANSE

Endo1
Trådløs ultralyd

Trådløs ultralyd for endo irrigasjon.
www.technomedics.no/endo1

NeedleOff
Sikker kanylehåndtering

Apparatet som oppfyller direktivets intensjon!
www.technomedics.no/needleoff

R-motion
Nytt resiprokerende system

En helt spesiell design, legering og fleksibilitet.
www.technomedics.no/r-motion

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

følelser hver for seg måles med tre enkeltspørsmål.

Resultater fra WHR 2022

Årets lykkerapport rangerer livskvaliteten i 146 land. Som i fjor troner Finland øverst, etterfulgt av Danmark og Island, mens Zimbabwe, Libanon og Afghanistan ligger nederst. På spørsmål om fornøydhet med livet skårer befolkningen i Finland 7,8 på en skala fra 0 til 10. Nederst på listen finner vi Afghanistan med en skåre på 2,4. Norge havner på en 8. plass mellom Sverige og Israel, alle med en skåre på 7,4. Som eneste land i Norden har Norge falt jevnt og trutt på den internasjonale rangeringen – fra en førsteplass i 2017. I fjor rangerte Norge som nummer 6. Forskjellen mellom Finland og Norge er ikke stor (liten effektstørrelse i statistisk forstand), men hvis trenden fortsetter kan det være et tegn på at politikken ikke fører oss rett vei.

WHR-rapportene viser gjennomgående at de som har det best er de som har god utdanning og inntekt, god helse, som har støttende relasjoner, som har tillit til andre og opplever sjenerøsitet, frihet og fravær av korrupsjon. Dette mønsteret ser vi også i 2022. Resultatene tyder også på at fornøydheten med livet generelt er høyest blant dem over 60 år, og at de eldres fornøydhet har økt de siste årene.

De siste 15 årene med livskvalitetsmålinger viste at fornøydheten i verden samlet sett steg inntil 2011. De siste 10 årene observeres en langvarig oppadgående trend i stress, bekymring og tristhet i de fleste land i verden. Tross bekymringsfulle internasjonale trender gir rapporten likevel grunnlag for optimisme og håp i en verden som trenger mer av begge deler. Positive følelser forekommer dobbelt så hyppig som negative. Enkelte land – som Romania, Bulgaria og Serbia har også hatt en særlig positiv utvikling. I tillegg har fornøydheten holdt seg overraskende stabil gjennom pandemien og årets tall (2021) viser en pandemi av velvilje og generøsitet: I alle deler av verden har andelen som gir hjelp til fremmede, penger til veldedighet og bidrar som frivillige økt i forhold til i 2020 og sammenlignet med perioden 2017-2019. Dette har ført til livskvalitet både blant givere, mottakere og observatører: det gjør godt å se hjelp nå ut til dem som trenger det.

Det er altså en overraskende stor grad av stabilitet i livskvaliteten i verden tross to år med pandemi, men gjennomsnittstallene kan skjule store gruppeforskjeller.. Det er også mulig at befolkningsgruppene som har vært hardest rammet av pandemien – som mennesker på sykehjem, på sykehus og uten fast bopel – er underrepresenterte i undersøkelsene. Resultatene kan også delvis reflektere tidspunktene data er samlet inn. Vi vet for eksempel at livskvaliteten i Norge har variert med omfang og varighet av smitteverntiltak[1]. Resultatene kan også skyldes at folk flest er tilpasningsdyktige og har en tendens til å endre forventninger i tråd med muligheter og begrensninger. I tillegg kan ulemper (f.eks. redusert fysisk sosial kontakt utover hjemmet) delvis veies opp av gevinster (f.eks. mer kontakt med familie).

Utvikling i Norge over tid

Gjennomsnittsnivået for fornøydhet med livet i Norge har ligget mellom 7,4 og 7,6 (skala 0-10) helt fra årlige oversikter over verdens «lykkenivå» først ble publisert i 2012. Finland og Danmark ligger øverst på den internasjonale rangeringen i år som i fjor, og har hatt stigende gjennomsnittsskårer de senere årene, mens Norges har falt noe på den internasjonale rangeringen og som eneste land i Norden (se figur 2). Det er altså enkelte tegn til at den subjektive livskvaliteten i Norge har falt noe de senere årene, i alle fall sammenlignet med land som vi vanligvis sammenligner oss med. Hva dette skylde har vi lite robust kunnskap om. Norsk Monitor-undersøkelsen tyder på at lavere livstilfredshet har sammenheng med lavere fremtidsoptimisme (økt bekymring om økonomi, arbeidsliv og bærekraft), særlig blant dem under 40 år. Den sosiale ulikheten har vokst de senere årene, andelen som lever med vedvarende lavinntekt har steget og flere barn vokser opp i fattigdom. Dette er faktorer som er viktige for livskvalitet generelt, men om økende ulikhet er årsaker til Norges lavere rangering på den internasjonale lykkerangeringen vet vi ikke.

At lykke- og tilfredshetsnivået i Norge alt i alt har holdt seg forholdsvis stabilt tross økende velstand kan ha sammenheng med flere faktorer. Det er særlig fire forhold som blir trukket frem for å forklare en generell stabilitet i livskvalitet over tid:

Tilvenning («den hedoniske tredemøllen») - folk flest har en tendens til å venne seg til nye og forbedrede levekår og heve forventningene sine i tråd med forbedringer.

Avtagende marginalnytte - det femte kakestykket gir mindre økning i tilfredshet enn det første.

Sosial sammenligning («keeping up with the Joneses») – folk flest har en tendens til å sammenligne seg med andre mennesker og ofte med dem som har det bedre.

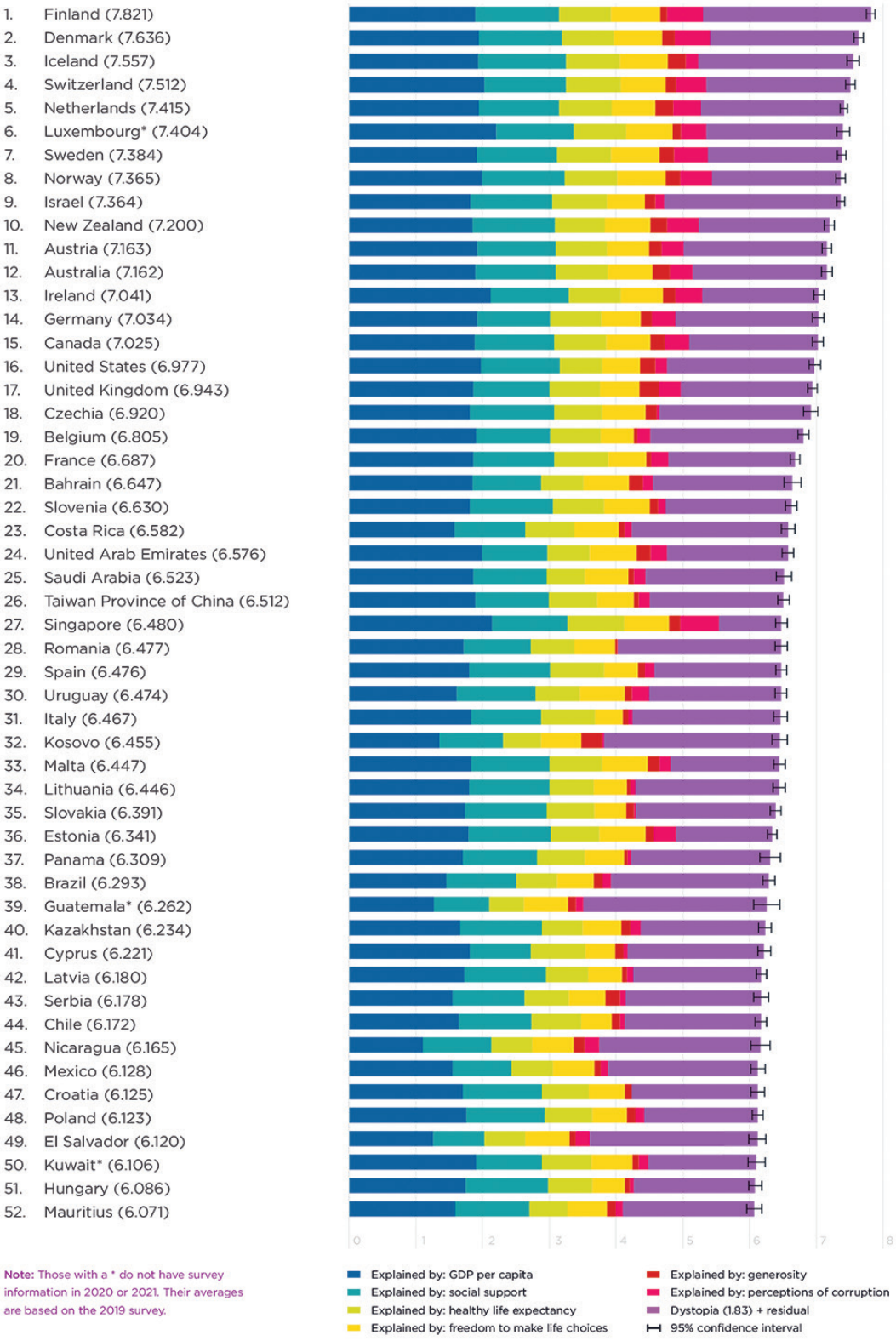
Stabile personlighetstrekk og genetikk (se kapittel 5 i årets WHR).

Det forholdsvis stabile lykke- og livstilfredshetsnivået i Norge kan også ha sammenheng med forhold som har bidratt negativt («lykkedempere») og dermed utlignet den positive effekten av forbedrede økonomiske kår og velstandsutvikling, som for eksempel en utvikling i verdipreferanser i form av økt materialisme og økt sekularisering[2] eller av økt sosial ulikhet. Endringer over tid, for eksempel som følge av politiske forhold, finanskrise og pandemi viser at livskvaliteten kan endre seg for nasjoner og grupper i tråd med endringer i betingelser og miljø.

Negativ trend blant ungdom og unge voksne

FHUS-undersøkelsene viser systematisk at den laveste livskvaliteten rapporteres blant de unge, hvor relativt mange er lite fornøyde med livet, opplever lite mening eller er mye

Figure 2.1: Ranking of happiness 2019-2021 (Part 1)



Note: Those with a * do not have survey information in 2020 or 2021. Their averages are based on the 2019 survey.

Figur 1. WHR rangering 2022. Fargene på søylene angir betydningen av syv sentrale faktorer for livskvalitet.

ensomme, engstelige eller nedfor. Tilsvarende øker gjennomsnittlig fornøydhet med livet fra 6,8 hos dem mellom 18 og 24 år, til 8,1 i aldersgruppa 65-74 år. Imidlertid flater livskvaliteten ut blant dem over 70 år, og synker blant de aller eldste. Tall fra Folkehelseundersøkelsen i Vestfold og Telemark[3] fra høsten 2021 viser at andelen som er *lite* fornøyd med livet er 16,9 prosent i utvalget totalt, og synker gradvis fra 27 prosent blant unge i alderen 18-29 år til 11 prosent blant de over 70 år. Tydelige aldersvariasjoner finner man også for ulike livskvalitetsindikatorer i SSBs livskvalitetsundersøkelser i 2020[4] og 2021[5], samt Fylkeshelseundersøkelsene (FHUS) fra 2019[6] - og i årets internasjonale lykkerapport. Den negative utviklingen blant ungdom og unge voksne i Norge er en forholdsvis ny trend.

Tilsvarende viser tall fra Ungdata-undersøkelsene en negativ trend og at nedgang i fremtidsoptimisme og økning i depressive symptomer er forsterket av Covid-19 pandemien[7]. Samlet sett har nivået av atferdsproblemer og tilfredsheten med sosiale relasjoner holdt seg stabil, skjermtid økt og cannabis og alkoholbruk gått ned. I tillegg ser pandemien ut til å ha forsterket forskjeller: den negative trenden er særlig tydelig for jenter, yngre ungdommer og ungdom fra lavere sosioøkonomiske kår.

Ensomhet og innenforskap

Mennesker flest har behov for å tilhøre et fellesskap, oppleve innenforskap. Sosial støtte, gode relasjoner og sosial deltagelse, samt opplevelse av tillit og tilhørighet er av stor betydning for livskvaliteten. Norge skårer vanligvis høyt på internasjonale rangeringer av sosial støtte og deltakelse. Under pandemien viser FHIs tall[8] økt ensomhet og psykiske plager i perioder med nedstengning og høye smittetall. Som vist globalt i lykkerapporten 2022 så vi også tegn til økt sosial støtte og prososialitet, balnt annet under den første nedstengningen i mars 2020. Katastrofemedfølelse er vanlig i alle typer kriser og er av stor betydning for livskvalitet og motstandsdyktighet, både for giver og mottaker. I en tid hvor krig og flyktningkrise truer Europa er dette viktig å påminnes.

Konkrete grep for å styrke psykisk helse og livskvalitet

Fem temaer er særlig koblet til god livskvalitet og psykisk helse. Temaene er universelle - aktuelle for alle, uavhengig av alder, kjønn og bakgrunn. De kan benyttes av enkeltindivider så vel som inspirasjon for strukturelle tiltak. De fem grepene er: Å knytte bånd (investere i relasjoner, være en del av et miljø), å være aktiv (fysisk aktivitet, i alle former), å være oppmerksom (være til stede i øyeblikket), fortsette å lære (være nysgjerrig, engasjert og utvikle seg), og å gi (bidra til at andre får det bedre og til et bedre samfunn). Det å inkludere disse fem aktivitetene i hverdagslivet vil bidra til at vi føler oss verdsatte og at vi tilfører verdi, og at vi opplever mening og tilhørighet. De fem grepene kan også være temaer for kommunenes planarbeid, hvor man aktivt kan tilrettelegge for at kommunens innbyggere kan bruke de fem grepene. For mer informasjon se HelseNorge https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/fem-rad-for-sterkere-psykisk-helse/ og Hverdagsgledestudien https://www.fhi.no/studier/hverdagsgledestudien/.

Livskvalitet som mål og styringsverktøy i politikk og folkehelse

Verdensbildet understreker betydningen av arbeidet med å jobbe for gode, bærekraftige og verdige liv for alle. Verdens lykkerapport ble opprinnelig initiert på bakgrunn av økt politisk fokus på livskvalitet, og behovet for en mer inkluderende, rettferdig og bærekraftig politikk som bidrar til å redusere lidelse, fattigdom og ulikhet. Rapporten konkluderer med tre viktige utviklingstrekk det siste tiåret: i) at politikere over hele verden i økende grad ser livskvalitet som et overordnet mål for politikken, ii) at livskvalitet kan måles og iii) at vi nå vet mye om hva som forårsaker den. Det gjør oss bedre i stand til å tilrettelegge godt for en gode liv i befolkningen. I en tid med pandemi og krig, klimakrise og økende ulikhet er dette behovet større enn noensinne.

God livskvalitet er en ambisjon på tvers av politiske, verdimessige og faglige skillelinjer - et fremtidskompass vi alle kan ta eierskap til. Den er også en drivkraft som fremmer menneskelige ressurser som mestring, deltakelse og innenforskap, innovasjon og produktivitet. God livskvalitet beskytter oss mot stress, psykiske plager og fysisk sykdom og styrker motstandskraften i møte med belastninger. Befolkningens livskvalitet er dermed et viktig grunnlag for samfunnsmessig fremgang, et fundament for en bedre fremtid. Kunnskapen vi nå har kan hjelpe oss selv, politikere og andre samfunnsplanleggere med å tilrettelegge for en bedre fremtid. Norge kan bli et foregangsland på dette feltet.

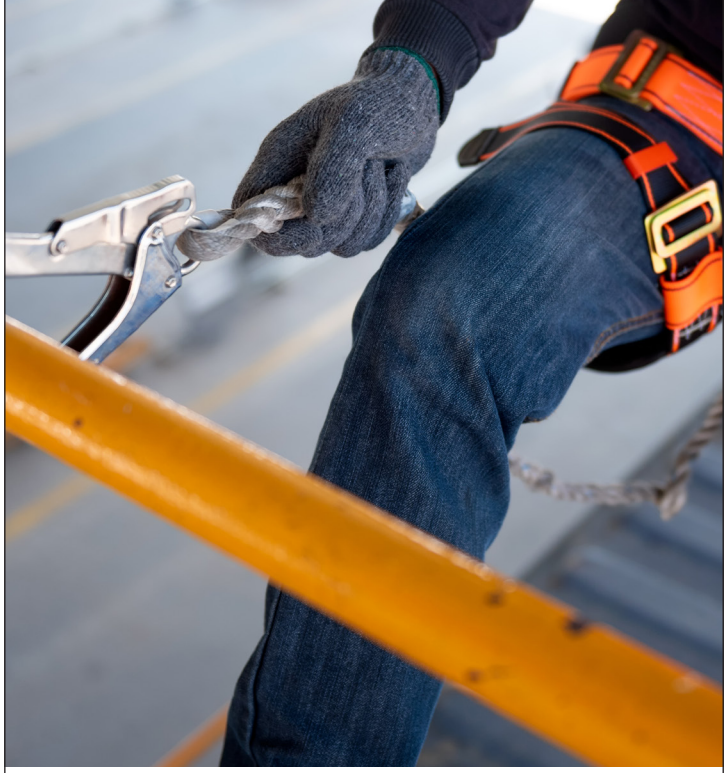
Livskvalitet er en satsing for FN, OECD, EU, Norge og Folkehelseinstituttet. I 2021 annonserte regjeringen en nasjonal livskvalitetsstrategi som nå er underveis. Den skal bidra til en mer helsefremmende, bærekraftig og rettferdig fremtid. En viktig del av strategien er livskvalitetsmåling. Rundt halvparten av alle OECD-land utvikler nå rammeverk for måling av livskvalitet som supplement til økonomiske indikatorer (BNP) for å veilede offentlige prioriteringer. Livskvalitetsindikatorer gir oss et verktøy for å prioritere innsats; et styringsverktøy for fremtidsberedskap og skreddersydde tiltak. Regelmessige målinger gir oss i tillegg muligheter for å evaluere effekt av politiske tiltak, demografiske endringer, pandemi og kriser – og utviklingen over tid. Hvem får det bedre, hvem sakker akterut? De subjektive livskvalitetsmålingene gir oss samtidig en ekstra stemme, en mulighet for medborger-

skap. Det kan bidra til at tiltak og beslutninger treffer behovene våre bedre.

Fra 2018 har livskvalitetsmåling blitt fremmet som styringsverktøy for politikkutvikling i Norge og FHI og SSB gjennomfører nå helhetlige målinger. Utfordringen videre er å gå fra måling og kunnskap til utvikling og gjennomføring av politikk. Vi vet at samfunn som er livskvalitetsfremmende omfordeler velstand, de bidrar til sunne, jevne levekår, inkluderende arbeid, trygghet, lav korrupsjon og sosialt inkluderende nærmiljøer: De leverer godt i forhold til grunnleggende menneskelige behov for trygghet, autonomi og fellesskap.

Har du lastet ned Tidende-appen?

Appen Tannlegetidende er designet for best mulig leseopplevelse, både på nettbrett og telefon. Du finner Tannlegetidende i App Store og Google Play, og logger inn med samme brukernavn og passord som i medlemsportalen til NTF. Med Tidende-appen har du alltid lett tilgang til den nyeste utgaven av Tidende, pluss alle utgivelser av Tidende siden 2002.



Holder *ganske* sikkert for deg?

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

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

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

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på **fagpressen.no/palitelig**

Fagpressen

* ComScore/Kantar **Fagpressens opplagskontroll

Akademikerne om finansieringsutvalget:
Mange gode forslag

Finansieringsutvalget foreslår kraftige forenklinger i finansieringssystemet for universiteter og høyskoler. Det er Akademikerne fornøyd med.

– Her er det mange gode forslag, og som i stor grad sammenfaller med våre innspill, sier konstituert leder i Akademikerne Lise Lyngsnes Randeberg.

Torsdag 17. mars la utvalgsleder Siri Hatlen frem utvalgets rapport. Utvalget ble satt ned i september i fjor for å følge opp stortingsmeldingen «Styring av statlige universiteter og høyskoler».

– Vi er fornøyde med at utvalget har lyttet til oss og Tekna. Vi har jobbet sammen for å få til gode løsninger i sektoren. Nå starter jobben med å få det vedtatt.

Randeberg er spesielt fornøyd med at utvalget foreslår mer strategisk bruk av Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning, forenkling av indikatorsystemet med blant annet fjerning av kandidat-indikatoren og publiseringsindikatoren, mer lokal frihet til å utvikle egen identitet for institusjonene og studieplasser for videre-utdanning.

Akademikerne har i innspillsrunden påpekt av at incentivene i styringssystemet i for stor grad knyttet til kvantitet og ikke kvalitet, og at det har vært behov for en forenkling.

– Det er naturligvis fornuftig å ha incentiver som stimulerer til gjennomstrømming, men i dag veier dette incentivet urimelig tungt, sammenlignet med andre indikatorer. Det samme gjelder forskningen, hvor det gir bedre uttelling å publisere artikler i moderat kvalitet enn én av høy – og som virkelig har impact, sier Randeberg.

– En forenkling i indikatorsystemet og mer strategisk bruk av Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning og utviklingsavtaler vil sannsynligvis bidra til en dreining i riktig retning, mener Randeberg.

Etter- og videreutdanning

– Vi er svært tilfredse med at utvalget foreslår at nye midler til institusjonene til videreutdanning og fleksibel utdanning bør finansieres over rammebevilgningen til institusjonene. Utvalget anbefaler at en satsing på videreutdanning finansieres som en del av de årlige bevilgningene til institusjonene. Det betyr at en ekstra satsing på videreutdanning finansieres på samme måte som en økning av studiekapasiteten for øvrig, det vil si gjennom flere studieplasser. Det mener vi vil være lurt, påpeker Randeberg.

Etter- og videreutdanning inngår ikke i basisfinansieringen, og de gir dårlig uttelling i de resultatbaserte indikatorene. Dette gjør at det er ikke er lønnsomt å satse på livslang læring. Et stort antall søknadsbaserte ordninger bidrar dessuten til unødvendig mye administrasjon og lite forutsigbarhet ettersom finansieringen stort sett gjelder utvikling og pilotering.

Utvalget anbefaler også at regjeringen kan vurdere å styrke finansieringen med et påslag i satsen for gjennomførte studiepoeng for å gjøre det enda mer attraktivt for universiteter og høyskoler å legge til rette for videreutdanninger.

– Dette var en anbefaling vi ga i vårt innspill, og som vi vil oppfordre regjeringen til å vurdere behovet for i lys av utvalgets forslag. Målet er ikke at det skal bli mer lønnsomt med små kurs enn store kurs, men like lønnsomt når kostnadene er tatt i betraktning, sier Randeberg.

Den høye midlertidigheten

Akademikerne har i innspillsrunden pekt på at det er en utfordring at en så stor andel av forskningen er eksternt finansiert. For mye konkurranseutsetting bidrar til at unødvendig mye tid går med til å jobbe med søknader og prosjektorganisering. Det leder også til høy bruk av midlertidige prosjektstillinger.

– Vi kan ikke umiddelbart se at utvalget har tiltak som vil bedre den høye midlertidigheten i sektoren, men vil lese rapporten nøye og komme tilbake til dette, sier Randeberg.

Finansieringsutvalget foreslår:

- Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning bør inneholde planer for dimensjoneringen av høyere utdanning i Norge
- Utviklingsavtalene bør få en tyngre rolle i styringen av sektoren og det bør følge finansiering med avtalene.
- Utvalget vil forenkle indikatorsystemet betydelig ved å gå fra åtte til to indikatorer. De ønsker kun å beholde indikatorer for studiepoeng og avlagte doktorgrader. Utvalget mener endringene i indikatorene vil bidra til bedre samlet måloppnåelse for sektoren over tid. Forutsetningen er at de gjeldende budsjettrammene blir videreført og at uttellingen på indikatorer som avvikles, øker basisfinansieringen.
- Utvalget foreslår å fjerne publiseringsindikatoren, som de mener har utspilt sin rolle. De peker på at kulturen for å publisere er en helt annet i dag enn den var på begynnelsen av 2000-tallet.
- Utvalget foreslår også å avvikle kandidatindikatoren for å gjøre det mer attraktivt for institusjonene å tilby kortere videreutdanningskurs. Utvalget mener at studiesentre eller utdanningssentre og lignede aktører kan spille en viktig rolle i å nå ut med fleksible og desentraliserte tilbud. Finansieringen av slike sentre må harmoniseres nasjonalt og kan skje via universitetene og høyskolene eller til sentrene, eller i kombinasjon. Nye midler til institusjonene til fleksibel utdanning bør finansieres over institusjonenes rammebevilgninger.
- Utvalget anbefaler å redusere antallet finansieringskategorier til mellom to og fire. Dette skal tydeliggjøre at kategoriene ikke er ment å reflektere eller styre faktiske kostnader, og redusere den uønskede normative effekten på institusjonene og det opplevde statushierarkiet blant ulike utdanninger. Utvalget peker på at utviklingen i høyere utdanning de siste 20 årene har redusert kostnadsforskjellene mellom ulike typer utdanninger og anbefaler at departementet går i dialog med sektoren om den konkrete inndelingen av et redusert antall kategorier.
- Utvalget foreslår ikke å omfordele rammebevilgningen mellom institusjonene, men at det over tid legges til rette for en ytterligere styrking av flere forskningsmiljøer, for å sikre god tilgang til forskningsbasert utdanning av høy kvalitet i hele landet og gi større deler av arbeidslivet bedre tilgang til kunnskapsmiljøer.

MINNEORD

Johanne Bye

1957–2022

Vår kjære avholdte og gode kollega Johanne Bye gikk brått og altfor tidlig bort den 10. mars 2022, 64 år gammel.

Barneklinikken ved Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo har mistet en verdifull og kjær medarbeider. Johanne var utdannet tannpleier ved Universitetet i Oslo og har nesten hele sin yrkeskarriere vært ansatt ved Det odontologiske fakultet.

De siste 20 årene har hun vært sentral i organiseringen av tannbehandling av barn i narkose, og hun har vært en viktig ressurs ved barneavdelingen. Mange pasienter, pårørende og kolleger vil savne den omsorgsfulle og personlige oppfølgingen Johanne ga. I mange år var hun også styremedlem i Norsk forening for pedodonti.

Johanne var kunnskapsrik, hadde humor og samvær med henne besto ofte av mye god latter. Hun var en ekte Oslo-jente med stor kjærlighet for byen og marka. Hun var godt kjent «overalt» og inviterte gjerne til tur med spennende turforslag.

Johanne brukte marka ofte, med gode sko, joggesko og skistøvler. Dersom fjelltur var planlagt, kom hun med kart og ville ha tips til turer. Vi har fått høre om mange opplevelsesrike turer med brødrene og familien, og noen av turene deltok vi på. Johanne var allsidig, og Manchester City har også mistet en stor supporter.

Johanne skulle jobbe ut april for så å starte en ny tilværelse som pensjonist, noe hun så frem til. Slik ble det dessverre ikke.

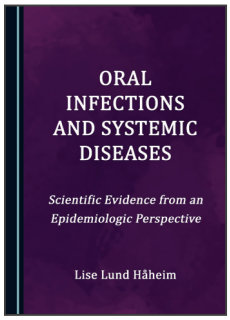
Vi føler oss heldige som har jobbet så lenge med Johanne og har fått ha henne som venn. Våre tanker går til Jørgen, Johannes sønn, som var hennes største glede og som hun var uendelig stolt av, og til familien som hun hadde et nært forhold til.

På vegne av gode kolleger og venner ved UiO, Tiril Willumsen, Tove I. Wigen, Anne Marit Arnesen og Anne Rønneberg

Tidendes pris for beste kasuspresentasjon

Tidende ønsker å motta gode kasuspresentasjoner til tidsskriftet. Vi har derfor opprettet en pris som vi tar sikte på å dele ut hvert annet år, og neste gang ved NTFs landsmøte i 2022.

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



Lise Lund Håheim:

Oral infections and systemic diseases – Scientific evidence from an epidemiologic perspective

En rekke systemiske sykdommer og sykdomstilstander har blitt assosiert med periodontale sykdommer gjennom felles inflammasjonsveier, mikrobiell involvering eller en kombinasjon av infeksjons-inflammatoriske mekanismer. Nye laboratorieteknikker er tatt i bruk for å forstå denne komplekse relasjonen på et molekylært nivå.

I boken til Håheim er imidlertid målet å gi en oppdatert oversikt over orale infeksjoners konsekvenser for generell helse på grunnlag av evidensbasert epidemiologisk forskning. Det settes søkelys på hvordan dentale og periodontale infeksjoner kan være assosiert med ulike systemiske sykdommer, og om i noen tilfeller sammenhengen er kausal.

Boken baserer seg på kunnskap fra vitenskapelige fagfellevurderte artikler fremkommet ved systematiske søk i PubMed, med hovedfokus på forskningslitteratur publisert de siste 20–30 år. Artiklene som er vurdert er hovedsakelig systematiske oversiktsartikler og metaanalyser.

Boken er på 156 sider i A5 format, er inndelt i fire hovedbolker, bestående av til sammen 18 kapitler. Språket er engelsk. Det er sparsomt med illustrasjoner. De tre som foreligger er i svart-hvitt hentet fra internett og er ikke av god kvalitet. Det er i tillegg to foto uten kildehenvisning. Det er totalt 10 tabeller som gir god oversikt over respektive emner.

Del 1 har tittelen «Scientific perspectives in oral health research». Den utgjør en mindre del av boken, men gir en god introduksjon til emnet epidemiologisk forskning. Vi minnes på viktigheten av å skille mellom assosiasjon og årsakssammenheng, og utfordringen med at det anvendes ulike kriterier for definisjon av oral sykdom. Den nye klassifikasjonen av periodontale sykdommer er ikke omtalt. Fordeler og ulemper ved ulike typer studiedesign (prospektive kohortstudier, tverrsnittstudier, kasus-kontroll studier og randomiserte studier) er listet opp i tabellform, noe som gir en god oversikt. Dette er ikke en bok i patogenese, så ønsker en å gå i dybden på det, bør en søke andre kilder.

Del 2, «Systemic diseases», utgjør bokens kjerne (100 sider). I alt 12 ulike systemiske sykdommer har fått hvert sitt kapittel, der de viktigste systematiske oversiktsartikler og metaanalyser som omhandler relasjon mellom oral infeksjon og respektive sykdom gjennomgås. Hovedvekt er lagt på relasjon mellom orale infeksjoner og hjerte-karsykdommer, men forskningsartikler på bl.a. diabetes, revmatoid artritt, for tidlig fødsel og lungesykdom er studert.

Mens Del 2 tok for seg orale infeksjoners innvirkning på systemiske sykdommer, rettes Del 3 motsatt vei; systemiske sykdommers innvirkning på oral helse, og toveis relasjon mellom noen tilstander. En rekke systemiske sykdommer der assosiasjon til periodontitt forskes på i dag får her en kort omtale.

I Del 4, «The Oslo Study», informerer forfatteren kort om ulike epidemiologiske populasjonsstudier i Norge med fokus på Oslo studien 1972/1973 og oppfølgeren, Oslo II studien 2000. Hovedtema i disse studiene er kardiovaskulære sykdommer, og i dette siste kapittelet foreligger det omfattende referanselister fra denne forskningen.

Håheim har i denne boken gitt en god oppsummering av forskning som foreligger på en mulig sammenheng mellom ulike orale infeksjoner og systemiske sykdommer sett fra et epidemiologisk ståsted, grundig dokumentert med litteratursøk med vekt på systematiske oversiktsartikler og metaanalyser. Et stort antall artikler er gjennomgått. Boken burde egne seg for forskere og tannleger som ønsker en oppdatering på emnet sett fra et epidemiologisk perspektiv.

Anne Isine Bolstad

Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, Lady Stephenson Library; 2022. NE6 PA, UK. ISBN (10):1-5275-7735-X. ISBN (13):978-1-5275-7735-0. 156 sider, A5 størrelse, 3 illustrasjoner, 2 foto, 10 tabeller.

UiO : Universitetet i Oslo
Det odontologiske fakultet
Institutt for klinisk odontologi

Kunngjøring om ekstraordinært opptak til spesialistutdanning i pedodonti med studiestart høsten 2022

Spesialistutdanning i pedodonti

Det er én ledig plass ved spesialistutdanningen i pedodonti, ved Avdeling for pedodonti og atferdsfag, Institutt for klinisk odontologi, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo. Oppstart er august 2022.

Spesialistutdanning i pedodonti er prioritert og Helsedirektoratet gir tilslutning til utlysning av en studieplass og opptak av én kandidat til, såfremt at kandidaten vurderes av UiO og Nasjonal opptakskomite for spesialistutdanning i odontologi (NOS) til å oppfylle kravene for opptak i henhold til Rangeringsinstrukser ved vurdering av søkere til spesialistutdanning i odontologi. (https://www.odont.uio.no/studier/spesialistutdanning/soke/rangeringsinstrukser-vedtatt-av-nos-23_november_2018.pdf)

Helsedirektoratet gir tilskudd til lønn til kandidater under spesialistutdanning i pedodonti og tilskudd til etablering av stillinger for spesialister i pedodonti.

Utdanningsprogrammet er basert på heltids studium over tre år. De generelle opptakskravene er bestått odontologisk grunnutdanning og to års erfaring fra allmennpraksis. I helt spesielle tilfeller kan det dispenseres fra kravet om to år (jf. Spesialistreglene). (https://www.odont.uio.no/studier/spesialistutdanning/11-5993-34-regler-for-spesialistutdanning-av-tannleger.pdf-13888775_1_1.pdf)

Søknad sendes via Søknadsweb, og må inneholde CV (både arbeidserfaring, kursdeltagelse, eventuelle publikasjoner og annen meritterende virksomhet) samt attesterte kopier av vitnemål og norsk autorisasjon. Anbefaling fra ledelsen i tannhelsetjenesten vedlegges søknaden.

Søknad og opptak

Søknads- og dokumentasjonsfrist er 30. april 2022. Søknaden og relevant dokumentasjon i pdf-format legges inn elektronisk via Søknadsweb. (https://fsweb.no/soknadsweb/velgInstitusjon.jsf)

Søknader sendt på annen måte og ufullstendige søknader vil ikke bli vurdert.

Ved spørsmål ta kontakt med studieseksjonen ved Det odontologiske fakultet studiekonsulent(at)odont.uio.no.

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

Tegn støttemedlemskap i Norsk odontologihistorisk forening, NOHF!

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

Det er nå 40 år siden det ble invitert til å tegne støttemedlemskap i NOHF. Siden den gangen har mange av dem som tegnet medlemskap gått bort og i dag er det nok mange som ikke er klar over at vi har en slik forening.

Arbeidet med å dokumentere vår historie er en viktig del av vår faghistorie og bør være en æressak å støtte opp om. Fortsatt gjenstår viktige arbeidsoppgaver med å ta vare på, vedlikeholde, registrere samt å stille ut de mange samlinger av gjenstander, bilder og historier som finnes rundt omkring i landet.

Et støttemedlemskap vil bidra til å gjøre dette arbeidet mulig.

Medlemskap kan tegnes ved å innbetale kr 200,- til Norsk odontologihistorisk forening, kontonummer: 0530.18.54686. Beløpet kan også Vippses til foreningens konto

Med hilsen
Nils Rune Tønnessen
Leder i Norsk odontologihistorisk forening

tidende

Frister og utgivelsesplan 2022

Nr.	Debattinnlegg, kommentarer o.l.	Annonsefrist	Utgivelse
~~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

TANNLEGE SØKES

Vi søker dyktig tannlege to dager i uken til vår lille praksis på Hagan like utenfor Oslo. Du må beherske norsk skriftlig og muntlig og ha norsk autorisasjon. Vi kan tilby travle dager med stor variasjon i behandling, mulighet for utvidelse etter hvert. Søknad: post@hagantannhelse.no

OSLO: GRÜNERLØKKA

Vi søker tannlege i heltid/deltid stilling som kan jobbe selvstendig. Mulighet for både deltid og heltid. Moderne klinikk med fullt utstyr, to behandlingsrom og OPG. Søknad sendes til fluortannklinikk@gmail.com

Tannlegestilling Odda

Tannlege søkes til 100% stilling

- Veletablert praksis i Odda sentrum
- Stor pasientbase og variert arbeidshverdag
- Fullt utstyrt klinikk, 3 behandlingsrom, tannpleier, tannhelsesekretær
- Gode betingelser for riktig kandidat
- Veileder tilgjengelig
- Startdato sommer 2022
- I nærheten av fantastisk natur, gode tur- og skimuligheter

Alle søkere må beherske norsk skriftlig og muntlig, og ha norsk autorisasjon.
For spørsmål ring 90205917. Send CV og søknad til karsten@tannlegesenter.as

Tannlegesenter

FOTO: TINGH

Ledige stillingar i
tannhelsetenesta

Møre og Romsdal fylkeskommune

Les om våre ledige stillingar og finn søknadsskjema her:
mrfylke.no/tannhelsemr

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.

FLOW TANNHELSE AVD. FREDRIKSTAD: 80–100 % FAST STILLING SOM TANNLEGE

Flow Tannhelse avd. Fredrikstad ser etter assistenttannlege til en 80 -100 % stilling.
Vi ser etter deg som brenner for faget og har et ønske om å videre-utvikle deg som tannlege. Klinikken er totalrenovert med nytt utstyr og har en attraktiv beliggenhet i gågaten i Fredrikstad sentrum.
Erfaring er ønskelig, men nyutdannende vil også vurderes.
Tiltredelse: Snarest
CV og søknad kan sendes til admin@flowtannhelse.no

ASSISTENTTANNLEGE søkes til svangerskapsvikariat på Skøyenåsen Tannklinikk i Oslo. Klinikken har to stoler, en tannhelsesekretær og eksisterende recall liste. Tiltredelse etter avtale. For oss står kunnskap, god kommunikasjon og kvalitet i fokus. Vi ønsker norsk autorisasjon og god norskkunnskap.
Ta kontakt på mail og send søknad og CV til anna.lande22@gmail.com.

ÅLESUND

BLINDHEIM TANNLEGESENTER søker tannlege i 100 % stilling fra sommer 2022.
Søker engasjert, kvalitetsbevisst og omgjengelig kandidat.
Krever norsk autorisasjon, og må beherske norsk munntlig og skriftlig.
Vi er klinikk med fire tannleger og oralkirurg tilknyttet.
Syv 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

HOLMESTRAND

Tannlege søkes til 80-100 % stilling i trivelig praksis sentralt på bryggekanten i Holmestrand. Oppstart fra sommeren 2022, avtales nærmere. Klinikken består av tre tannleger, en tannpleier og tre tannlegesekretærer. Må beherske norsk skriftlig og muntlig, og ha norsk autorisasjon. Det vil etterhvert kunne bli aktuelt å få kjøpe seg inn.
Send søknad med CV til ; tannlege @ kuvaas.no.
Tannklinikken Jack Kuvaas AS

TANNLEGE SARTOR TANNLEGESENTER I ØYGARDEN KOMMUNE

Stor, veletablert tannklinikk, 15 minutt fra Bergen sentrum, søker tannlege. Du overtar en stor pasientportefølje, tilsvarende full stilling. Vi søker en positiv, engasjert og kvalitetsbevisst tannlege, helst med erfaring. Søker må ha norsk autorisasjon og beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi har et godt og bredt fagmiljø, med flere allmenntannleger, tannpleiere og spesialister innen oral kirurgi og oral medisin, endodonti og periodonti. Søknad og CV sendes til Kathrine E. Risa: sartann@dcportal.no,
tlf. 56331130/98455043.
www.sartortannlegesenter.no

TANNLEGE – ROGALAND

Vi søker etter en ny tannlege som kan ta over etablerte pasientlister og forsterke vårt fantastiske team på Kvernaland Tannlegesenter. Deltid eller fulltid. Klinikken ligger ca. 20 minutter utenfor Stavanger, og har en lojal pasientbase i vekst. Vi har moderne utstyr, tre behandlingsrom, OPG, og to sekretærer.

Vi ser etter tannleger som brenner for faget sitt, er serviceinnstilt, og positive. Det er gode betingelser for den riktige kandidaten.
Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig, samt ha norsk autorisasjon. For spørsmål ring mobil 45267281.

Søknad + CV sendes til
cathrine@tannlegesenter.as

KVERNALAND Tannlegesenter

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

Velkommen til Oralkirurgisk Klinikk!

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

Våre spesialister

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

Oral protetikk:
Jørn Aas

Anestesilege:
Dr. Odd Wathne

Sentralt beliggende på Majorstua

Oralkirurgisk Klinikk
Sørkedalsveien 10 A,
0369 Oslo

post@oralkirurgisk.no
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

LISA

- Hurtigprogram - 13 minutter
- Interaktiv og brukervennlig display
- Superraskt klasse B-program for de vanligste lastene
- Kort tørketid takket være Eco-Dry funksjon

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

lisa

Produksjon: 07 Media